



## Migrant Clinicians Network

*Proceedings:*

FARMWORKERS AND  
MENTAL HEALTH CLINICAL INTENSIVE

---

*Actas:*

INTENSIVO CLÍNICO SOBRE LOS CAMPESINOS Y  
SU SALUD MENTAL

---

May 4, 2000    Portland, Oregon



Resource ID: 6051

Farmworkers And Mental Health Clinical  
Intensive

AUTHOR: CARMEN RETZLAFF, MPH

COMMUNITY HEALTH EDUCATION CONSULTANTS



All photos: Alan Pogue

## Following are proceedings from the Farmworkers and Mental Health Clinical Intensive.

sponsored by MCN

---

THE PROCESS OF MIGRATION and the nature of farm work are both stressors in the lives of migrant farmworkers. These stressors can profoundly impact the health of farmworkers. Many farmworkers access only primary care providers for health care. These providers must attend to physical *and* mental/emotional health needs of their patients. Clinicians involved with the Migrant Clinicians Network have expressed a need for more concrete information on handling the mental health needs of this population. MCN provided a one-day Mental Health Clinical Intensive preceding the 2000 National Migrant Health Conference in Portland, Oregon. This monograph, a summary of highlights of the Intensive, represents another response to the need of clinicians for more information and the needs of farmworkers for improved access to mental health services.

continues on page 2

Many farmworkers access only primary care providers for health care. These providers must attend to physical *and* mental/emotional health needs of their patients.

## A continuación se presentan las notas del Intensivo de Campesinos y Salud Mental.

patrocinado por MCN

---

EL PROCESO DE MIGRACIÓN y la naturaleza del trabajo de campo son ambos estresantes en las vidas de los campesinos migratorios. Estos estresantes pueden afectar profundamente la salud de los campesinos. Muchos campesinos tienen acceso solamente a los abastecedores principales de asistencia médica para el cuidado de su salud. Estos abastecedores deben atender a las necesidades de la salud física y mental/emocional de sus pacientes. Los clínicos involucrados con la Red de Clínicas para Emigrantes (MCN) han expresado una necesidad de información más concreta para el cuidado de la salud mental de esta población. MCN proporcionó un intensivo clínico de salud mental que duró un día antes de la Conferencia Nacional para la Salud de Emigrantes 2000 Portland, Oregon. Esta monografía, un resumen de los puntos importantes del intensivo, representa otra respuesta a la necesidad de los trabajadores clínicos de obtener más información y a las necesidades de los campesinos de tener mejor acceso a los servicios de salud mental.

continúa en la página 2

Muchos campesinos tienen acceso solamente a los abastecedores principales de asistencia médica. Estos abastecedores deben atender a las necesidades de la salud física y mental/emocional de sus pacientes.

THE FARMWORKERS AND MENTAL HEALTH CLINICAL INTENSIVE included information both on clinical and community responses to the mental health needs of migrant and seasonal farmworkers. The one-day session brought together clinicians and researchers with significant experience working with farmworkers in the area of mental health. These clinicians shared their expertise with other migrant clinicians, giving technical treatment protocol information, practical suggestions for soliciting patient disclosure of mental health disturbances, and successful strategies for addressing the emotional and mental health needs of farmworkers in a primary care setting.

The Intensive was coordinated and moderated by Deliana Garcia, MA, of the Migrant Clinicians Network (MCN). Martin Guerrero, MD, of the School of Medicine at Texas Tech University in El Paso was the primary speaker and presider.

continues next page

LA INTENSIVA CLÍNICA DE CAMPESINOS Y DE SALUD MENTAL incluyó información sobre las reacciones de clínicas y de la comunidad a las necesidades de la salud mental de campesinos migratorios y de temporada. La sesión de un día reunió clínicos e investigadores con considerable experiencia de trabajo con los campesinos en el área de la salud mental. Estos clínicos compartieron sus experiencias con otros clínicos migratorios, proporcionándoles información técnica del protocolo de tratamiento, sugerencias prácticas para solicitar al paciente información sobre los disturbios a su salud mental, y las estrategias acertadas para tratar las necesidades emocionales y de la salud mental de los campesinos en un ambiente primario de asistencia.

El intensivo fue coordinado y moderado por Deliana Garcia, MA, de la red de clínicas para emigrantes (MCN). Martín Guerrero, MD, de la escuela de medicina del Tecnológico de Texas en El Paso presidió y fue el principal comentarista.

continua en la página 21

"You [the primary care provider] can manage patients with somatic presentations with underlying depression and anxiety."

—Wilton Kennedy, PA-C

## Physical Presentations of Mental Health Disorders

Wilton Kennedy, PA, of North Carolina's Blue Ridge Community Health Center presented a primary care provider's experience in identifying and addressing underlying mental health issues accompanying various physical presentations. In Central Western North Carolina, Kennedy works with a population that was, a few years ago, primarily migrant farmworkers, and has evolved so that his clients are now about 50% "settled out" farmworkers employed at area golf courses, landscaping agencies, as housekeepers, or in other service industry positions. He sees little difference in the health needs of the migrant and non-migrant groups.

Kennedy addressed the realities of working with limited resources in a health care system that is "fragmented by specialist care," and spoke directly to the issue of specialist referral for migrant farmworkers and other indigent patients. Specialists, said Kennedy, tend to "give their disease" to your patient: "If you refer some one with intestinal problems to a G.I specialist, they will be diagnosed with irritable bowel. If you send some one to an infectious disease specialist, they will be labeled as having chronic fatigue syndrome. If you sent them to a rheumatologist, they will be found to have fibromyalgia." He warned, "You, the [primary care] clinician, will still get those patients back to care for and manage. The specialist visit will cost time, money and inconvenience to the patient, and the result may only be the disease label."

Kennedy said that his years of experience in migrant health have taught him to take on treatment and monitoring of some mental health issues with more confidence. "You can manage patients with somatic presentations with underlying depression and anxiety," he encouraged. "You can assume control, especially if you have in-house mental health staff and outreach worker support."



"Managing depression is like managing diabetes or any other chronic illness. The patient may tell you, 'I took one of these [antidepressants] and I didn't feel any better.' It takes time and persistence to engage the patient, convince them they need antidepressants, and that they won't get better the first or second week of treatment."

-Wilton Kennedy,  
PA-C

"Education is critical. Patients aren't going to do what they're told. They are going to do what they think they need to do. You can choose to be part of that or not."

-Wilton Kennedy,  
PA-C

Kennedy reminded primary care providers to be diligent about ruling out organic diseases as causes of any complaint. "Both chronic disease and mental health disorders can and do occur simultaneously," he advised. "Also, remember cultural illnesses. Educate staff and other providers about these conditions. You know these disorders better than most of the specialists you might refer to, and migrant clinicians are more likely to speak Spanish than specialists." He encouraged providers to remember that what he termed "cultural illnesses" (meaning illnesses with names and symptoms unfamiliar to the recipient culture) can also occur simultaneously with other illnesses.

Kennedy shared three questions he uses to query patients about symptoms that appear to have no organic cause (i.e. the most common complaint he has seen, abdominal pain):

1. What do you think you have?
2. What do you think caused it?
3. What have you done to treat it?

He has found that these few questions can give a lot of information and inform a treatment plan. He encouraged providers to remember that this is a population that is not necessarily familiar with the medical system, and may not offer unsolicited information. "This patient may have never been to a doctor before today."

"The provider-patient relationship is the cornerstone to recovery, rehabilitation and cure," he continued. "Patients presenting with somatic complaints are very time-consuming. You must take the time to investigate, educate, reassure, and follow-up. Managing depression is like managing diabetes or any other chronic illness. The patient may tell you, 'I took one of these [antidepressants] and I didn't feel any better.' It takes time and persistence to engage the patient, convince them they need antidepressants, and that they won't get better the first or second week of treatment."

Kennedy also offered advice on treating somatic complaints by gender. "When possible," he advised, "offer the patient the option of seeing a same-sex provider." A male complaining of stress and anxiety in combination with problems related to the genitalia may reveal more in follow-up to a male provider, he suggested. A woman may reveal more details about domestic violence to a female practitioner. "If you have that luxury," said Kennedy, "don't be territorial with patients."

Kennedy reminded primary care providers to include screening for anxiety, depression and substance abuse in their practices, and to allow for appropriate treatment. "Education is critical. Patients aren't going to do what they're told. They are going to do what they think they need to do. You can choose to be part of that or not."

### **Stressors Associated with Migration from Mexico to the US**

Maria de Jesús Díaz Pérez, PhD, of the *Instituto Mexicano de Psiquiatria* presented research on the socio-economic and cultural profile and potential stressors of Mexican workers migrating to the United States for work and their families left behind. The migration of Mexicans to the US has a long history, she reminded participants. Historical conditions change, but migration continues, demonstrating a profound interconnection between the two countries.

"Immigrants," she told participants through a translator, "may come to the US with several aspirations. But their main objective is for income, for survival: to send money to their families." Wage differences are essential to understanding the dynamics of Mexico-US migration. For workers with no specialized skills, according to Díaz Pérez, the daily wage in Mexico could be compared to the hourly wage in the US.

Díaz Pérez reported statistics from the *Binational Study on Mexico-US Migration*<sup>1</sup>: there were more than seven million Mexi-

cans in the US, including four million with legal papers. Most migrants Díaz Pérez classifies as temporary migrants, which she says are the majority of Mexico to US migrants. These are generally in search of seasonal work and may be documented or undocumented. A second category is permanent residents, who can also be documented or undocumented. The smallest group are those who have gone through the US naturalization process.

The four Mexican states with high migration traditions are Jalisco, Michoacan, Guanajuato, and Zacatecas. More and more people are now traveling to the US from other states, especially rural areas, including Oaxaca and Guerrero. On the US side, some states have been traditional receiving states for Mexican migrants. This picture, too, is becoming more complex. Relatively new receiving states like North Carolina are now among the most common destinations. The data also reveals an increasing number of women involved in migration.

Díaz Pérez quoted a recently-published study<sup>2</sup> in which a number of variables were found to be predictors of migration to the US:

- Being male between the ages of 15 and 44
- Living in an extended family
- Being from a small community (less than 100,000 inhabitants)
- Having previous migratory experience
- Having family members, friends or acquaintances living in the US
- Having children under the age of 12 living in the same household
- Having papers to cross the border
- Not owning land, a home, or a business in Mexico

Díaz Pérez also pointed out common personal economic motivations, including the desire to build a house or buy some animals, or to provide an education for their children. Those who come to earn money to buy a house or other specific purchase generally

stay in the US for short periods. Those trying to provide educational opportunities for their families may stay longer, sending money back to Mexico. Those with specific personal motivations who migrate voluntarily (versus out of desperation) generally show better adaptation to the new culture, according to Díaz Pérez.

Díaz Pérez referred to the "double standard" as an important phenomenon in Mexico-US migration.<sup>3</sup> In the community of origin, she explained, the man who travels North for work to support his family is seen as valiant, as a good provider. When he gets to the US he is viewed as a criminal, an illegal alien. When he returns home, the migrant worker is viewed as "someone" in the community. "These perceptions are so distinctly different," she said, "this places undocumented workers at high risk for the development of psychosocial problems."

Americans attempting to understand migration should also realize that there is a cost to the worker for coming to the US. "There is a false perception," said Díaz Pérez, "that those coming from Mexico had no jobs there. But these are not the poorest of the poor." She noted that the cost of migration includes the amount of money the migrant forfeits from the time he makes the decision to migrate to the time he receives his first payment in dollars.<sup>4</sup> This could mean days or months without income, a fact which prohibits many from going north.

A second phenomenon noted by Díaz Pérez is the "revolving door" of ongoing cultural exchange. "Usually workers come with the intention of returning to Mexico." The workers bring back parts of living styles they have experienced in the US. As in migrant-receiving communities in the US, small communities in Mexico begin to show signs of cultural exchange, like bilingual signs and homes with satellite dishes. Some rural communities have changed dates of their traditional celebration of the day of the town's patron saint in order to correspond to the

In the community of origin, the man who travels North for work to support his family is seen as valiant, as a good provider. When he gets to the US he is viewed as a criminal, an illegal alien. "These perceptions are so distinctly different, this places undocumented workers at high risk for the development of psychosocial problems."

—María de Jesús Díaz Pérez, PhD

Some rural communities have changed dates of their traditional celebration of the day of the town's patron saint in order to correspond to the migrant schedule: Having the men returning from work participate is an important way for the community to remain united.

Mexican communities with high rates of emigration to the US are disproportionately comprised of women, the elderly and children during large portions of the year.

"The men do not feel that they belong anywhere. In the US, they spend the whole time wishing they were in Mexico. In Mexico, things don't feel the same, they may feel as if their family is waiting for them to leave, like they are intruding upon the normal life of the family."

—María de Jesús Díaz Pérez, PhD

migrant schedule: Having the men returning from work participate is an important way for the community to remain united.

Díaz Pérez reported that migration can cause several types of stress for the worker, including marital stress, parental stress, and stress due to cultural and family change.<sup>5</sup> Marital stress can occur from partners having differing opinions about returning to Mexico. According to Díaz Pérez, men sometimes want to travel to the US alone because their wives may not want to return. Men may want to return to increased prestige in the village, but women may find greater economic and social opportunity in the US.

Similarly, fathers may choose to leave children behind because they do not want their children growing up in the US. They fear the heightened levels of sexuality and violence in the States. There is a perception that the US government interferes with the education and discipline of children. Mexican migrants experience cultural and family change as a stressor when they associate living in the US with the painful loss of tradition and culture. In addition, when they compare themselves to Americans, they see that in the US they are in the lowest social position, which can also be experienced as a great sense of loss.

Díaz Pérez went on to educate American providers about the characteristics of migrant communities in rural Mexico. Life in rural Mexico, she explained, is often dramatically different than in the US. Rural communities often do not have electricity, sewage systems, etc. Gender roles are very traditional. Mexican communities with high rates of emigration to the US are disproportionately comprised of women, the elderly and children during large portions of the year.

Díaz Pérez quoted a study of migrants' wives in rural communities<sup>6</sup>, which found that stressors for the wives of families headed by migratory workers include:

- Cultural distance

- Concern for absent spouse
- Increased responsibility for woman left behind
- Family disintegration—fear of abandonment (that the man will establish a family in the US and stay there)

Women left behind in these communities find their traditional roles changed. In rural Mexico, it is generally considered bad for women to work outside the home, said Díaz Pérez. When men migrate, however, women become responsible for holding the family together. The resulting non-traditional roles, she said, are not usually assumed voluntarily, but seen as an undesirable consequence of the man's migration.

Other problems are associated with the man's return to his home community. The woman may be stressed by his demands for explanations of changes made during his absence or feel that his demands for attention from her or the children are unreasonable. "The men," said Díaz Pérez, "do not feel that they belong anywhere. In the US, they spend the whole time wishing they were in Mexico. In Mexico, things don't feel the same, they may feel as if their family is waiting for them to leave, like they are intruding upon the normal life of the family."

Díaz Pérez quoted current study reports of dramatic rises in substance abuse in rural Mexicans with US emigration. For men, rates are lowest among those who have no contact with US emigration. Rates begin to rise for men who know people who emigrate, and rise further if they have a family member who emigrates. Rates are highest for migrant men themselves. The pattern is similar for women (with more abuse of prescription drugs), but a more dramatic rise is seen in women who have a family member who emigrates, almost equaling rates among women who migrate themselves.

Finally, Díaz Pérez explained to symposium participants some key points about health care in Mexico and how US providers can effectively work with those realities,



especially in the area of mental health. Mexico does have socialized medicine, but Díaz Pérez pointed out that this makes health care low cost, but not no-cost. Poor women, especially, are reluctant to spend money on their own health, and do not access services often. They prioritize the use of time and money to get health care first for children, then for husbands, then for themselves. On the other hand, she pointed out, people in Mexico make less distinction between physical and mental health and see the two as being more entwined. They are not as hesitant to see a general practitioner about mental health concerns.

Díaz Pérez presented a model for pathways to mental health services in Mexico.<sup>7</sup> The sequence for seeking care goes as follows:

1. Self care—  
herbs, over-the-counter medication, etc.
2. Social network—  
family members, friends
3. Informal services—  
*curanderos/as*, injectionists (of vitamins, etc.), pharmacists, priests
4. General practitioner
5. Specialist

In rural areas, symptoms must be especially severe to warrant formalized medical care, since it is very expensive and may involve lengthy travel to an urban area. Specialized mental health care is almost never accessed, according to Díaz Pérez. Public specialized hospitals are available only in the major cities in Mexico, she said.

Díaz Pérez pointed out several ways in which knowledge of this model for pathways to mental health services can be applied to their work with Mexican migrant patients.

- Clinicians need to help patients work through this pathway, and facilitate their moving through it as quickly as possible if they really do need specialized help.
- Clinicians can be a liaison between the client and an unfamiliar health system.

Often it is necessary to teach the client specific strategies for dealing with the system.

- Clinicians can use components of curandera care in recommendations to patients. Curanderas return control to the person over their own health via rituals. Inclusion of harmless rituals (for example, drinking one glass of water one hour before taking the medication, or taking a walk after taking it) as part of the treatment may help clients feel more in control of their own recovery.
- Clinicians should build patients' confidence in their already-existing abilities and resources. Acknowledge self-control and will power as important sources of internal strength.
- Religion, for many, is an extremely important source of help, and should be considered as an asset to recovery. Building on already-existing help networks will help ensure adherence to treatment.

"It is a lot of responsibility for clinicians," Díaz Pérez concluded, but ultimately primary care providers must consider mental health part of health. There is no physical health without mental health."

## **Epidemiology of Mental Health and Substance Abuse**

Martin Guerrero, MD provided an overview of mental health and substance abuse epidemiology in general and as it specifically relates to the farmworker population. Guerrero works primarily with indigent and elderly Hispanics in El Paso, Texas, and much of his experience is translatable or applicable to migrant farmworkers.

Guerrero cited results from a community-based survey of Hispanics and non-Hispanics<sup>8</sup> and a subset of migrant farmworkers<sup>9</sup> in the Central Valley of California—Fresno and surrounding rural communities. This study<sup>10</sup>, and a subsequent related study<sup>11</sup>

The National Comorbidity Survey revealed that 16 percent of patients with mental disorders had comorbid illnesses (two or more simultaneously).

are unique in that they compare results among US-born and Mexican-born Hispanic farmworkers. The studies also correlate number of years in the US and acculturation levels to disease prevalences.

This data, collected using the Mexican American Prevalence and Services Survey (MAPSS), showed, Guerrero said, higher rates of DSM-III-R disorders for Hispanics in urban neighborhoods than in smaller towns, and even lower rates in very rural settings. Significantly, recent immigrants showed lower rates of substance abuse than immigrants who had lived longer in the US. US-born Hispanics had even higher rates than the immigrant groups. The study found that the rates of all disorders, and especially drug dependence, for recent immigrants were comparable to Mexico City residents (with both groups having lower rates than US-born Hispanics and non-Hispanics).

Major depressive disorder was more common for women than men among immigrants and in the US-born population. Alcohol and drug abuse rates were significantly higher among men than women in the recent immigrant and native-born groups. The most common disorder in migrant women was agoraphobia (7% prevalence rate), characterized by "difficulty moving about geographically due to anxiety and fear," according to Guerrero. The most common disorder for migrant men was alcohol dependence (9%). For migrant farmworkers, female gender appears to indicate a lower risk for drug and alcohol dependency.

For male migrants, older men were at higher risk for alcohol or drug disorders than younger men, and marital status had no effect on risk for these disorders. Attainment of six or more years of education put men at higher risk for drug and alcohol-related disorders. Increased levels of acculturation (measured in large part by language preference, Spanish vs. English) increased the likelihood of both mood and alcohol/drug disorders. Migrants who lived the ma-

ajority of the year in Mexico had half the alcohol abuse prevalence rates of migrants who lived mostly in the US, said Guerrero.

Guerrero pointed out the evidence of comorbidity in the studies he cited. "If one disorder is present, look out for others," he cautioned. He referred to a third study, the Comorbidity Survey<sup>12</sup>, which showed a two to one higher prevalence rate for depression among women than men, "a common and very consistent finding in general US populations," said Guerrero. "In fact, this finding is so consistent that female gender is considered a risk factor for mood or affective disorders, just as male gender is a risk factor for heart disease." The National Comorbidity Survey revealed that 16 percent of patients with mental disorders had comorbid illnesses (two or more simultaneously).

### Diagnosable Syndromes

Martin Guerrero went on to give specific information on the two most common mental health diagnoses made in the primary care setting, depression and anxiety disorders. Guerrero noted that the standardized treatment protocol information he presented had not been developed specifically for use with migrant populations.

#### DEPRESSION

Panic disorders are a risk factor for depression. If left untreated, 70% of people with panic disorders develop depressive disorders, a potent example of comorbidity, said Guerrero. Stroke is another risk factor, he said, particularly left hemisphere and anterior frontal-lobe strokes.

"Major depression is a chronic illness. Depressive disorders are underdiagnosed and under-treated," he said. "There is still significant stigma surrounding this disease. Physical symptoms are sometimes the predominant presenting symptoms." Guerrero pointed out the hidden costs to undertreatment, in that the persistent physi-

cal symptoms can be very expensive to treat on an ongoing basis.

Guerrero reported that, especially in terms of depression and anxiety disorders, "The trend in psychiatry today is that we're not just going to settle for response, we are looking for *recovery* with these disorders. Recovery is the key to preventing relapse. We've done a great job at recognizing other chronic diseases like coronary heart disease, cancer and AIDS. We need to do the same with depression. This is a very treatable disease, unlike other common chronic medical diseases."

#### ANXIETY DISORDERS

"These disorders present even more commonly with physical symptoms than depressive disorders," said Guerrero. "Somatic complaints can be very dramatic and mask the anxiety disorder." He recommended that clinicians who recognize symptoms consistent with panic attack do routine blood work and an electro-cardiogram (EKG), but hold off on more expensive diagnostics to see if the patient responds to panic disorder treatment. Symptoms of panic disorder, Guerrero said, include racing pulse, sweating, shortness of breath, severe anxiety and tremors.

### Substance Abuse and Mental Illness in the Farmworker Population and Community Response

Rosemary Quagan, MSW, CCAS, and Michael Doolen, LCSW, CCAS, presented information for providers looking to strengthen the response of their health centers and communities to the problems of substance abuse in the farmworker population. Quagan and Doolen provide treatment to farmworkers at Harvest House in Eastern North Carolina. Harvest House is a model community response: a drug and alcohol treatment facility designed and catering specifically to migrant farmworkers.

"Alcohol and drug addiction are a problem for this population," said Quagan, "And

there are often few referral sources for migrant and community health centers." Some health centers have in-house mental health staff, but few have a resource like Harvest House to which to refer. Quagan and Doolen focused their talk on what providers can do even if many services are not available. "What you can do, even if you don't have special services," said Quagan, "is screening and referral."

Quagan advocated the use of drug and alcohol abuse screening tools in the primary care setting. The three they use and recommend were:

- CAGE
- DSM-IV criteria
- Betty Weinstein Alcoholism Tool

These tools, she stressed, are to be used for screening only, not for diagnosis. "Besides these basic screening tools," said Quagan, "note and follow up on any odd sign. Make a referral for a more extensive diagnostic interview. For example, an odd sign would be smelling of alcohol at a morning clinic appointment."

The CAGE questions are:

- C** Have you ever felt you ought to cut down on your drinking and drug use?
- A** Have people annoyed you by criticizing your drinking or drug use?
- G** Have you felt bad or guilty about your drinking or drug use?
- E** Have you ever drank/used first thing in the morning to steady nerves or to get rid of a hangover (eye-opener)?

The CAGE, Doolen said, is a quick, easy-to-use screening tool. He recommended prompting clients about people annoying them by suggesting possible sources, like spouse, family members, priest, or boss. The eye-opener question can also be asked in the form of "When do you drink, when do you get started?"

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) lays out specific criteria that must be present in certain levels to lead to a diagnosis of Alcohol and Sub-

"The trend in psychiatry today is that we're not just going to settle for response, we are looking for recovery with [depression and anxiety] disorders. Recovery is the key to preventing relapse."

—Martin Guerrero, MD

stance Abuse Dependence. Harvest House has made these criteria into a checklist which can be used as a screening tool. Again, this tool is used in the primary care setting, and a positive screen indicates the need for a referral for a more extensive interview.

## **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**

### **CRITERIA FOR SUBSTANCE DEPENDENCE:**

A maladaptive pattern of substance use, leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by three (or more) of the following, occurring at any time in the same 12 month period:

1. Tolerance (increased amounts of the substance to achieve desired effect; or, diminished effect with continued use of the same amount).
2. Withdrawal (the characteristic withdrawal symptoms for the substance; or, substance taken to relieve symptoms).
3. Substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended
4. There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use

5. A great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance or recover from its effects
6. Important social, occupational or recreational activities are given up or reduced because of substance use
7. The substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance.

One of the DSM-IV indications for both alcohol and substance dependence is withdrawal symptoms. In the Harvest House population, alcohol and cocaine are the most common substances abused. Doolen reminded clinicians that alcohol withdrawal symptoms are classic and easier to recognize: tremors, hangover. "A possible question to get at this would be, 'Would a drink help those symptoms?' If yes, this is withdrawal." But symptoms of cocaine withdrawal are often harder to identify, and might include ongoing depression, said Doolen.

Another DSM-IV indication for both types of dependence is tolerance: is the person using increasing amounts of the substance to achieve the desired effect? This, along with the substance being used in larger amounts, Doolen pointed to as especially important indications for cocaine abuse. "Guys are looking for that high they have the first time," he said. "I have found that this search for the original feeling correlates with age of first use. I ask, 'How old were you the first time you drank/used? Do you remember that as a good experience?' The younger the person was at the time of their first good experience, the more likely the person is to be dealing with substance abuse."

Doolen and Quagan reported that they see very few cases of marijuana abuse, though they have had such clients. Here tolerance issues are not as prevalent. Withdrawal symptoms, said Doolen, are also not



as defined, but can include mood swings, depression, and irritability.

Quagan pointed out that the DSM-IV diagnostic criteria of a great deal of time being spent in activities related to the use (looking for it, using it, recovering from it) can also be a treatment issue. "They need to talk about how to find ways to fill up that time when they quit using," she said, "This is a particular problem in camps, where there is no transportation to find recreation alternatives, and, besides drinking with others, there is not much to do."

Quagan and Doolen advocate use of the Weinstein Alcoholism Tool as a secondary tool to the DSM-IV screen, if the person seems borderline on the DSM-IV criteria. This tool asks a few different questions:

1. Is there someone in your biological family who has or had a serious alcohol or drug problem?
2. In the last two years, have you had one or more episodes of memory loss of one hour or longer when drinking?
3. Have you been aware of or has someone told you that you have personality changes when drinking that cause you to behave the opposite of the norm?
4. Have you had more than one alcohol related arrest in the last five years, or had a Blood Alcohol Concentrations (BAC) of .16 or higher upon one arrest?
5. Does someone close to you think you have a problem with alcohol?
6. Have you (in the last year) experienced out of control drinking, and/or do you feel energized after four or five drinks?
7. Have you ever had a serious problem with any other mood altering drug (including prescription drugs)?
8. Have you ever voluntarily attended an Alcoholics Anonymous meeting? OR, if you looked in a mirror and asked your reflection, 'Do I have a drinking problem?' would the answer be yes?

All of the screening tools have elements that must be explained if the client is not familiar with the terminology. Quagan reports that, though they do the tests in Spanish as well as English, many of their clients are not familiar with terms relating to black out or memory loss. She pointed out that Alcoholics Anonymous (AA) is also common in Mexico, and many Mexican farmworkers will be familiar with this concept. "This is also one of the best referral resources for those returning to Mexico," she said, in contrast to the US, where Spanish language groups may not be as available.

Both Doolen and Quagan stressed the importance of citations for Driving While Intoxicated (DWI) as important indicators. These citations are usually associated with extreme cost to the client, and if the drinking persists despite repeated convictions, it is usually a clear indication of an addiction. "One DWI," said Doolen, "statistically represents 40 times of driving drunk." Quagan pointed out that in Mexico it is also technically illegal to drive while intoxicated, but the decision is based on the subjective opinion of the arresting officer, and is therefore inconsistently enforced.

In making referrals, Quagan encouraged clinicians to be familiar with and use their local resources. Locate and make connections with:

- Detox programs ("Don't confuse detox and treatment," warned Quagan.)
- Local hospitals (if only detox resource available and condition is life-threatening)
- Community Health Care Centers (which may have substance abuse counselors or services)
- Local AA and NA groups (there are groups in virtually every town, but you may need to initiate a group in Spanish or other language: use AA and NA World Service Organizations for literature)

"[Alcoholics Anonymous] is one of the best referral resources for those returning to Mexico."

—Rosemary Quagan,  
MSW, CCAS

[DWI] citations are usually associated with extreme cost to the client, and if the drinking persists despite repeated convictions, it is usually a clear indication of an addiction. "One DWI statistically represents 40 times of driving drunk."

—Michael Doolen,  
LCSW, CCAS

"Take the risk and start your own mental health services."

- Albert Pacheco, PhD

- Area mental health programs (ask about Spanish speaking providers and availability of interpreters)
- Local treatment programs

### **Harvest House: A Model Community Response**

Harvest House is a drug and alcohol treatment facility designed and catering specifically to migrant farmworkers. Rosemary Quagan, MSW, CCAS, Treatment Coordinator at Harvest House, shared some of their experience in an e-mail interview:

#### **1. HOW DID HARVEST HOUSE GET STARTED?**

Tri-County Community Health Center had been in existence for over 15 years. Our providers were seeing a great number of patients with medical problems related to alcohol abuse and had no where to send them for treatment. In 1994, our Executive Director, Michael Baker, together with some other interested clinic staff, submitted a proposal to the Center for Substance Abuse Treatment in Washington, DC. We were awarded funds earmarked for "special populations" and began the program with a three-year demonstration grant.

#### **2. WHAT HAVE BEEN SOME LESSONS LEARNED IN STARTING AND MAINTAINING THE SERVICES AT HARVEST HOUSE?**

Get to know the population you are going to be working with. Because of the language and cultural differences and also the high illiteracy among our patients, the tradition type of inpatient curriculum is not appropriate. We cannot rely on a lot of reading and written exercises, but rather must be creative with passing on the message. Also, it is important to have staff members with previous experience and related education in substance abuse.

#### **3. WHAT ARE SOME RESOURCES YOU CAN SUGGEST FOR HEALTH CENTERS WISHING TO START PROVIDING SUBSTANCE ABUSE**

#### **SERVICES FOR FARMWORKERS?**

Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous and Cocaine Anonymous World Services provide quite a bit of literature, also some in Spanish. Also, try to network with local area mental health services, shelters, churches and other organizations which might help out with different situations.

### **Community Response to Mental Health Issues in Farmworker Communities**

Albert Pacheco, PhD, provided another viewpoint on community responses to mental health care for migrant farmworkers. Dr. Pacheco has helped establish model mental health services in three areas of Washington State. Since 1991, his work has focused on migrant farmworkers and especially Hispanic populations. He currently directs Nueva Esperanza Counseling Center, a part of La Clinica Community Health Center in eastern Washington.

Dr. Pacheco spoke strongly about the advocacy role of clinicians who serve migrant farmworkers. He suggested being part of community social service provider groups and collaborations, bringing to their attention this group that they may be missing in providing services. "You need to be visible advocates, saying, 'There is a population here that is not being served. And if all else fails, we'll sue for our piece of the pie,'" he said.

Pacheco also encouraged migrant health service providers to "Take the risk and start your own mental health services. In three Washington migrant health centers, we have done this. Even in community partnerships, we still allowed too many people to slip through the cracks." He encouraged clinics to consider the addition of mental health services as a smart move in the new health care economy. "There are opportunities with managed care," he said, "For Migrant and Community Health Centers, the more services you provide, the more competitive you

well be on the market. Also, private practitioners and Community Mental Health Centers need to partner to survive, and may be available to work with you." He said that he is available for consultation on how to develop services that provide for farmworkers.

Pacheco focused the remainder of his discussion on how to make mental health services culturally appropriate and accessible to migrant farmworkers, especially Hispanic populations. "Mental health services is a concept that needs to be presented in a culturally appropriate manner," he said. "Even Hispanic, bilingual providers tend to use the jargon. Even 'mental health' is a foreign term." He suggested the use of "*problemas de la vida*" as a concept people can more easily grasp. Therapy and counseling can also be unfamiliar and uncomfortable concepts to this population, associated with being crazy. He sometimes uses the term *consejero/a*, which is "part of the culture, but is a loose translation of the concept of counselor. *Consejero* can include not only a professional, but also a family member, a priest, etc." People may often associate the term mental illness with "a stark raving lunatic," he said. The term alcoholism conjures up images to many farmworkers of a skid row alcoholic, not a functioning person with an addiction problem.

Another cultural norm of which providers need to be aware, Pacheco said, is that many farmworkers are committed to showing respect to health care providers. One way of doing this is to not refuse the provider's suggestions. "Therefore, they'll say, 'yes,' they'll go to a specialist or counselor, but they won't go," said Pacheco, emphasizing that this is meant as respectful, not deceitful.

"At La Clinica, we placed a mental health person on site to minimize loss or falling through the cracks that way," said Pacheco. He suggested that clinics might also look into contracting out that piece. Sometimes the farmworker population is part of a local

mental health agency's mandate to serve, and they may welcome the opportunity to provide services at the clinic site as an access point. "If you provide your own services, you may need to provide weekend and evening hours," said Pacheco. "And you want to become a licensed mental health services provider (become a Community Mental Health Center, or a licensed alcohol and drug treatment facility), so that you can leverage federal and state funds."

Another point to remember in service provision, said Pacheco, echoing earlier statements by Diaz Pérez, is that "For Hispanic and other traditional cultures, the concept of health is broad, as opposed to a strict medical physiological model. They may already have sought out other help sources. For example, when I grew up, the first line of help was my Grandmother. And if she couldn't cure it, it was bad!" He encouraged providers to ask about folk remedies; patients may not offer this information unsolicited for fear of being thought of as silly by the professional. Washington State, Pacheco reported, mandates that culturally appropriate services be provided, including facilitating access to traditional healing mechanisms. He recommended making connections with traditional healers. "This goes a long way in reducing professional snobbery," he said.

"Immigrants may hold traditional values even tighter than they would at home," he continued, like any group of foreigners who meet and share commonalities in a strange land. "Use those values to deliver your message," he encouraged. Examples for Mexican immigrants might include selling the need for getting help as important for family or children (*por el bien de la familia/de los niños*), he said.

He encouraged clinicians to consider all kinds of barriers to service access, not just cultural and linguistic. "We like to provide services out of facility as much as possible for migrant and seasonal farmworkers. Some

"Mental health services is a concept that needs to be presented in a culturally appropriate manner. Even Hispanic, bilingual providers tend to use the jargon. Even 'mental health' is a foreign term."  
—Albert Pacheco, PhD

"If you provide your own [mental health] services, you may need to provide weekend and evening hours."  
—Albert Pacheco, PhD

Washington State mandates that culturally appropriate services be provided, including facilitating access to traditional healing mechanisms.

Use social workers, promotoras, and para-professionals as your eyes and ears if you can't do much outreach. But try to take a day to go out as a team, to see the living conditions. I think people honor that, you coming to their homes. It means a lot as a demonstration of caring."

Albert Pacheco, MD

like to come into the office for privacy, but we try to go out with other outreach services, like screenings. Also, there are legal and political implications in this work. People don't know you and don't trust you."

Finally, he stressed again the importance of linking with other outreach-oriented services. "Use social workers, promotoras, and para-professionals as your eyes and ears if you can't do much outreach. But try to take a day to go out as a team, to see the living conditions. I think people honor that, you coming to their homes. It means a lot as a demonstration of caring."

### Clinical Responses to Mental Illness in the Farmworker Population

Martin Guerrero concluded the Mental Health Clinical Intensive with a popular session on treatment specifics. Clinicians were extremely interested in gleaning his expertise on medication doses, combinations, and preferences. Guerrero started this portion, however, with an admonition to not rely on drugs alone. "Keep this in focus with non-pharmacological treatment," he said, "as part of a comprehensive psychosocial program." He recommends a full year of counseling with drug treatment for depression, quarterly with the physician, or monthly with a counselor, if available.

Like Kennedy, Guerrero encouraged primary care providers to treat common mental health disorders with confidence. "Recovery is attainable," he said, "and is attainable without specialist referral." He stressed the need for education as part of treatment. "In some cases, you need to educate people about lifelong treatment, how to manage their illness. For migrants, you need to talk about how they will manage while they are out of your care."

Guerrero encouraged practitioners to treat aggressively and to settle for no less than recovery. "Providers often under-treat," he said, "they don't push all the way forward to the goal of complete symptom

resolution for three to six months. If symptoms reoccur, adjust medication levels. And because there are so many meds now, the patient should also not have to tolerate severe side effects."

Guerrero reminded practitioners to listen to the patient over the recommended dosage advice. "The patient writes their own PDR [Physician's Desk Reference]. They tell you what dosage works for them." He gave examples of patients he has treated that required higher than usual medication levels as their therapeutic dosages. He reminded practitioners that the need for a higher dose may not necessarily be linked to more severe depression: some people may not absorb the drugs as well due to gastro-intestinal tract or liver idiosyncrasies. "Sometimes treatment may require drug combinations," said Guerrero, "especially in very trying times. Patient history and family history of past medication response can predict what will work best," he said.

The advent of Serotonin Selective Reuptake Inhibitors (SSRIs), Paxil, Zoloft, Prozac, Celexa, said Guerrero, has made treatment by non-specialists much more feasible. These drugs are important in primary care, because they have no major systemic or cardiac toxicity. (Unlike with tricyclics, providers no longer need to have a baseline EKG for each potential patient.) Guerrero shared some general points on the use of common SSRIs, including:

- Prozac tends to be activating, but not in all patients, as opposed to Paxil, which is more sedating and might be prescribed at night for patients with insomnia.
- Zoloft is fairly benign in terms of drug interactions (i.e. with anti-hypertensives), unlike Prozac or Paxil, which are not usually contraindicated, but need to be monitored.
- SSRIs are also the drugs of choice for treating generalized anxiety and panic disorders, he advised. Doses are gen-

The patient writes their own PDR. They tell you what dosage works for them."

Martin Guerrero, MD



erally higher for these disorders than for depression.

Guerrero reminded providers to look into programs offered by pharmaceutical companies, which provide drugs for indigent care, so that costs are not a barrier to treatment. Symposium participants voiced concerns about free drug programs, which included recent efforts by drug companies to assure that recipients are not undocumented aliens. They also related troubles with keeping enough samples on hand to meet the demand.

"How long do you treat before increasing the dose or switching meds?" Guerrero asked rhetorically as he moved into a discussion of dosage. "Traditional wisdom said six to eight weeks. I like to see *some* positive response in the *first week* (in sleep, appetite, energy, mood, concentration, etc.). I may switch that early. If there are some positive effects with minimal side effects, I wait it out longer. But I don't think I or my patients usually have the luxury to wait six to eight weeks."

If he sees no effect, Guerrero advocates switching to another drug with a different mechanism. He cited retrospective study results that supported long term best effects with dual mechanism drugs, such as those that increase norepinephrine and serotonin. "Sixty-five percent of patients will respond to the first prescription in a young, otherwise healthy population," he said. In elderly patients, the timeline is extended, and they may require 12 weeks to see resolution, as opposed to three to four weeks in a younger population.

Guerrero next addressed the issue of depression with concurrent alcohol use. "Poor little Paxil and Prozac don't stand a chance against alcohol," he said. "If they are still using alcohol, the antidepressants lose. If they are still using alcohol and not intending to stop, I try to talk soul to soul with them. 'Why is using [drinking alcohol] more important than getting better?' I ask." He

does not advocate the prescription of an antidepressant if substance abuse is still present, but suggests dealing with the alcohol usage first.

With patients who have both alcohol use and depression problems, Guerrero said that in seventy percent of cases, the alcohol use caused the dysphoria. In thirty percent of cases, patients who stop using alcohol continue having symptoms of depression. These patients have dual diagnoses of alcohol abuse and depression. This is also true with women, who are affected to an even greater degree by the dysphoric qualities of alcohol, he said.

Thirty to 90 days after abstinence, if the patient is still depressed, Guerrero begins treatment. "With alcoholic dysphoria," he said, "the patient may not need lifelong treatment, unlike unipolar depression (with three or more past episodes), which will almost certainly need ongoing management." Patients with "reactive depression" after alcohol treatment often are adjusting to being "awake," and not having an escape from reality. The depression they felt while using may worsen. If endogenous depression is not present (three or more past episodes), Guerrero treats for twelve months after the index episode. "Anything less," he cautioned, "and you have more chance of relapse."

After the treatment, he reminded clinicians to talk with patients about potential recurrence of symptoms. Prozac remains in the body for four to six weeks, so that they may see more symptoms a month or more after treatment is stopped. "Try to get them to come back when symptoms reappear, not to wait for a full blown episode."

With alcoholic dysphoria, he continued, the patient may be dealing primarily with alcohol cravings, even after resolution of depressive symptoms. SSRIs can help deal with cravings. Naltrexone and other opiate antagonists are most effective in reducing cravings, Guerrero said. This therapy is

"How long do you treat before increasing the dose or switching meds? Traditional wisdom said six to eight weeks. I like to see *some* positive response in the *first week*...I don't think I or my patients usually have the luxury to wait six to eight weeks."

—Martin Guerrero, MD

"Poor little Paxil and Prozac don't stand a chance against alcohol. If they are still using alcohol, the antidepressants lose."

—Martin Guerrero, MD

In seventy percent of cases, the alcohol use caused the dysphoria.

In thirty percent of cases, patients who stop using alcohol continue having symptoms of depression.

different than aversive therapy with Antabuse. Naltrexone is a good alternative for people who are not good candidates for Antabuse.

Guerrero answered numerous questions from clinicians about specific drugs, treatments, and practices. Some of their concerns and his recommendations included:

- Appropriate use of benzodiazepines: "If you are really treating the disorder right with SSRIs, you probably wouldn't need benzodiazepines," said Guerrero. He might use them as short term measures, and tells patients that he will taper off them after about two weeks. "If I can get by without them, I will."
- Narcotics for fibromyalgia: Guerrero does not recommend opiates as first line of treatment, and reminded clinicians that SSRIs can reduce the need for opiates.
- Tricyclics for chronic pain: Tricyclics can be better for chronic pain than SSRIs, said Guerrero, but they have more side effects. He suggested a dual mechanism drug like Effexor, with norepinephrine and serotonin. He said he uses the combination Remeron (at night) with Effexor (in the morning). He also suggested Serzone, which "blocks its own side effects" of insomnia, sexual dysfunction, anxiety and gastro-intestinal problems by binding to an 5-HT<sub>2</sub> receptor.
- Use of electro-convulsive therapy (ECT): Guerrero approves ECT as the "gold standard" for treatment-resistant patients, and says it can be life-saving in severe cases.
- Lithium augmentation: Guerrero reminded practitioners that lithium is contraindicated with kidney disease, and that it has a "short range between therapeutic and toxic doses."
- Dosage differences by ethnicity: Guerrero cited preliminary work at UCLA on the efficacy of tricyclics and the first SSRIs. "It looks like Hispanics may need higher levels," he said. Asian populations have been shown to have lower tolerances for these drugs than other groups. Because of polygenetic morphism, some people of Asian origin lack the liver enzymes to metabolize these drugs and may get side effects right away.
- Antidepressants and weight loss: SSRIs are not good treatments for weight loss. Any initial weight loss might be regained after long-term SSRI use, said Guerrero. Drugs with antihistaminic effects can cause weight gain, which is OK for people who experience loss of appetite with depression.
- Prozac for PMS: Prozac has shown some results with PMS symptoms, said Guerrero. He quoted a study, which had specifically treated PMS sufferers without depression. He also suggested monthly treatments of Prozac or Zoloft the week before symptoms appear. "If symptoms are severe, the woman may choose to use an antidepressant year round."
- Antidepressants and pregnant women: Guerrero quoted a JAMA article, which showed that the risk of congenital abnormality with use of SSRIs was very low. He suggested that if a woman wants to get pregnant, the provider document a discussion about it with her. If symptoms are severe (i.e. suicidal), the patient may choose to stay on the drug. "The patient has the ultimate say."
- Antidepressants and breastfeeding: "We don't know the long-term effects of these drugs. Use of Prozac started only 11 years ago. All drugs have the potential to alter gene expression," said Guerrero. "The FDA doesn't re-

commend any of them with breastfeeding. I would say no."

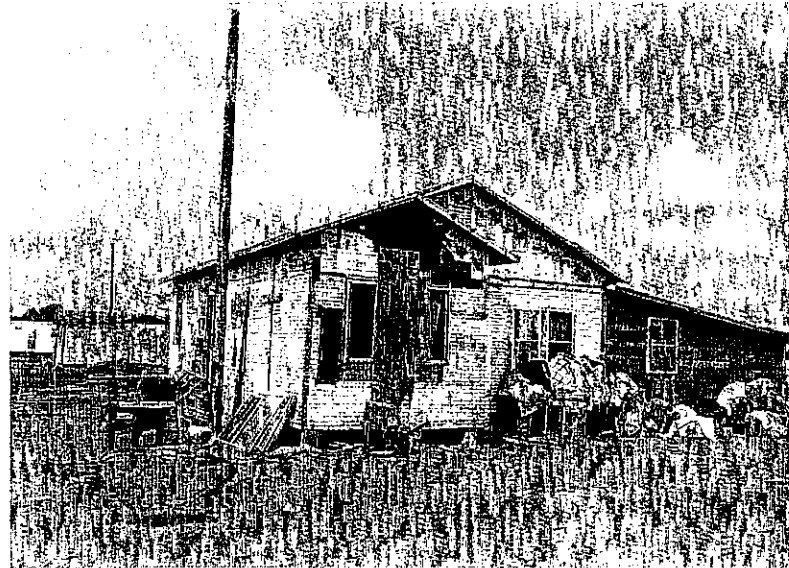
- **Treating ADHD:** Guerrero said that he saw the use of amphetamines, such as Ritalin, as a means of buying time. "These medications should be adjuncts to parenting interventions, which can have real and lasting effects. They should not be used as long-term treatment." He suggested use of Welbutrin and Effexor with adults, who do not respond as well to stimulants.

Guerrero ended his talk about treatment and pharmaceutical specifics with comments about the spiritual aspects of mental illness and recovery. When an audience member asked for his views on the role of spiritual-

ity in healing these illnesses, Guerrero did not hesitate. He recalled a quote: "We are not human beings having a spiritual experience. We are souls having a human experience." His explanation implied that he not only endorses concurrent spiritual exploration with medical treatment, but believes its importance supercedes medication. "Pharmacology is a small part of it: the spiritual aspect is the big picture. These things are easy to do, concrete. Treating the soul is hard." Guerrero shared some of his philosophy of psychiatric medicine, which included seeing illness as a chance to re-evaluate life, not only for the patient, but for loved ones and the clinician as well. "I see illnesses as opportunities to be better," he concluded.

"Pharmacology is a small part of it: the spiritual aspect is the big picture. These things are easy to do, concrete. Treating the soul is hard."

-Martin Guerrero, MD



## Contact Information:

---

The Migrant Clinicians Network and the presenters at the Mental Health Clinical Intensive encourage you to contact them for further information on providing mental health services to migrant farmworkers.

Migrant Clinicians Network  
PO Box 164285  
Austin TX 78716  
Phone: 512-327-2017  
Fax: 512-327-0719  
mcn@migrantclinician.org  
dgarcia@migrantclinician.org

Martin Guerrero, MD  
Department of Psychiatry  
Texas Tech University  
4800 Alberta  
El Paso TX 79905  
Phone: 915-545-6830  
Fax: 915-545-6442  
psyemg@ttuhsc.edu

Wilton Kennedy, PA-C  
College of Health Sciences  
920 South Jefferson Street, PO Box 13186  
Roanoke VA 24031  
Phone: 540-985-8256  
Fax: 540-224-4551  
manzana@brinet.com

Maria de Jesús Díaz Pérez, PhD  
Instituto Mexicano de Psiquiatria  
Calzada Mexico Xochimilco 101. Del.  
Tlalpan  
Mexico, D.F., C.P.14370  
Phone: (5)655-3578  
diazpe@imp.edu.mx

Rosemary Quagan, MSW, CCAS, and  
Michael Doolen, LCSW, CCAS  
Harvest House/Casa Cosecha  
PO Box 227  
Newton Grove NC 28366  
Phone: 910-567-5050  
Fax: 910-567-5022  
rosemary.quagan@access.gov  
Mdoolen@aol.com

Albert Pacheco, PhD  
La Clinica Community Health Center  
Nueva Esperanza Counseling Center  
720 Court Street, Suite 8  
Pasco WA 99301  
albertp@bossig.com

## Endnotes

---

- <sup>1</sup> Secretaría de Relaciones Exteriores, 1997. "Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración" (Mexico-United States Binational Study on Migration). México: Editorial y Litografía Regina de Los Angeles, S.A.
- <sup>2</sup> RM Zenteno, DS Massey, 1999. "Especificidad vs. Representatividad: Enfoques metodológicos en el estudio de la migración mexicana hacia EU." *Estudios Demográficos y Urbanos*, 40, 75-116.
- <sup>3</sup> J Bustamante, 1995. "Migración de México a Estados Unidos: Un enfoque sociológico." En: Secretaría de Relaciones Exteriores (Ed.). "La migración laboral mexicana a Estados Unidos de América: Una perspectiva bilateral desde México." México: Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos, 25-76.
- <sup>4</sup> J Bustamante, 1996. "El marco teórico-metodológico de la circularidad migratoria: Su validación empírica." Trabajo presentado en El Colegio de la Frontera Norte. IV Simposio bienal de Evaluación Externa. COLEF IV, 23-25 de octubre.
- <sup>5</sup> R Cervantes, A Padilla, VN Salgado de Snyder, 1991. "The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment." *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 438-447.
- <sup>6</sup> VN Salgado de Snyder, 1993. "Family life across the border: Mexican wives left behind." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 15, 391-401.
- <sup>7</sup> VN Salgado de Snyder, MJ Diaz-Pérez, M Maldonado, E Bautista, 1998. "Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States." *Health and Social Work*, 24, 136-148.
- <sup>8</sup> WA Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola, E Alderete, R Catalano, J Caraveo-Anduaga. "Lifetime prevalence of DSM-III R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California." *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:771-778.
- <sup>9</sup> E Alderete, W Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola. "Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California." *AJPH*. 2000;90(4):608-614.
- <sup>10</sup> WA Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola, E Alderete, R Catalano, J Caraveo-Anduaga. "Lifetime prevalence of DSM-III R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California." *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:771-778.
- <sup>11</sup> E Alderete, W Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola. "Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California." *AJPH*. 2000;90(4):608-614.
- <sup>12</sup> Kessler, et.al. "Lifetime and twelve-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study." *Archives of Gen. Psychiatry*, vol.51:8-19, 1994

"Ustedes [los abastecedores principales de asistencia médica] sí pueden tratar a pacientes con presentaciones somáticas con depresión y ansiedades subyacentes."  
-Wilton Kennedy, PA-C

## Presentaciones físicas de los desórdenes de la salud mental

Wilton Kennedy, PA, del Centro de Salud Comunitario Blue Ridge de Carolina del norte presentó la experiencia de un abastecedor primario de asistencia médica en la identificación y el tratamiento de cuestiones subyacentes de salud mental que acompañaban varias presentaciones físicas. En Carolina del norte occidental central, Kennedy trabaja con una población que era, hace algunos años, principalmente campesinos migratorios, y se ha desarrollado de modo que ahora el 50% de sus clientes son campesinos que se han establecido como empleados de los campos de golf del área, de agencias de jardinería, como trabajadores domésticos, o en otras posiciones en la industria de servicio. Él ve poca diferencia en las necesidades de la salud de los grupos migratorios y los ya establecidos.

Kennedy habló de las realidades del trabajo con recursos limitados en un sistema de asistencia médica que "está fragmentado por la consulta con especialistas," y habló directamente sobre la cuestión de la recomendación de especialistas para los campesinos migratorios y otros pacientes indigentes. Los especialistas, según Kennedy, tienden "a asignar su propia enfermedad" al paciente de uno: "Si uno manda a su paciente con problemas intestinales a un especialista de gastrointestinal, lo diagnosticarán con síndrome de intestinos irritables. Si uno manda al paciente con un especialista en enfermedades infecciosas, lo etiquetarán como sufriendo de síndrome crónico de fatiga. Si lo envió a un reumatólogo, la conclusión será que sufre de fibromialgia." Kennedy advirtió, "usted, el trabajador clínico [de asistencia principal], continuará recibiendo a esos pacientes de nuevo para su cuidado y tratamientos. La visita del especialista costará tiempo, dinero y la inconveniencia al paciente, y el resultado puede solamente ser la nomenclatura de la enfermedad."

Kennedy mencionó que sus años de experiencia con la salud de emigrantes le han enseñado a tomar con más confianza el tratamiento y la supervisión de algunas cuestiones de la salud mental de sus pacientes. "Sí pueden tratar a pacientes con presentaciones somáticas con depresión y ansiedades subyacentes," indicó. "Ustedes pueden tomar control de la situación, especialmente si tienen personal de planta de salud mental y asistencia de alcance al trabajador."



"El tratamiento de la depresión es como la diabetes o cualquier otra enfermedad crónica. El paciente puede decirle, 'tomé uno de estos [antidepresivos] y no me sentí mejor.' Se requiere de tiempo y persistencia para involucrar al paciente, para convencerle de que necesita los antidepresivos, y de que no se va a mejorar la primera o segunda semana del tratamiento."

—Wilton Kennedy, PA-C

"La educación es absolutamente importante. Los pacientes no van a hacer lo que se les dice. Van a hacer lo que piensan que necesitan hacer. Ustedes pueden elegir ser parte de eso o no."

—Wilton Kennedy, PA-C

Kennedy les recordó a los abastecedores principales de asistencia médica ser diligentes en la eliminación de enfermedades orgánicas como causas de cualquier queja. "La enfermedad crónica y los desórdenes mentales pueden ocurrir simultáneamente," aconsejó. "También, recuerden a las enfermedades culturales. Eduquen al personal y a otros abastecedores sobre estas condiciones. Ustedes conocen estos desórdenes mejor que la mayoría de los especialistas que puedan recomendar, y probablemente los trabajadores clínicos para emigrantes hablan mejor el español que los especialistas." Kennedy animó a los abastecedores a que recordaran que lo que él llamó "las enfermedades culturales" (queriendo decir las enfermedades con nombres y síntomas desconocidos por la cultura receptora) pueden también ocurrir simultáneamente con otras enfermedades.

Kennedy compartió tres preguntas que él acostumbra hacerle a sus pacientes sobre los síntomas que aparentemente no tienen ninguna causa orgánica (es decir la queja más común que él ha escuchado, dolor abdominal):

1. ¿Qué piensa que tiene usted?
2. ¿Qué piensa usted es la causa de su dolor?
3. ¿Qué ha hecho usted para tratarlo?

El doctor ha encontrado que estas preguntas pueden proporcionar mucha información y proporcionar un plan de tratamiento. Aconsejó a los abastecedores que recuerden que ésta es una población que no necesariamente conoce el sistema médico, y que probablemente no ofrecen información no solicitada. "Puede ser que este paciente nunca haya consultado a un doctor antes de hoy."

"La relación entre el abastecedor y el paciente es la clave a la recuperación, rehabilitación y curación," continuó. "El tratamiento de pacientes que presentan quejas somáticas es muy tardado. Ustedes deben tomarse el tiempo de investigar, educar, tran-

quilizar, y administrar tratamientos complementarios. El tratamiento de la depresión es como la diabetes o cualquier otra enfermedad crónica. El paciente puede decirle, 'tomé uno de estos [antidepresivos] y no me sentí mejor.' Se requiere de tiempo y persistencia para involucrar al paciente, para convencerle de que necesita los antidepresivos, y de que no se va a mejorar la primera o segunda semana del tratamiento."

Kennedy también ofreció consejos sobre el tratamiento de quejas somáticas por género. "Cuando sea posible," aconsejó él, "ofrezca al paciente la opción de ver a un abastecedor del mismo género." "Un hombre que se queja de estrés y de ansiedad conjuntamente con problemas relacionados con los órganos genitales puede revelar más en las consultas complementarias a un abastecedor masculino," sugirió. Una mujer puede revelar más detalles sobre violencia doméstica a una doctora. "Si usted tiene ese lujo," dijo Kennedy, "no sean territoriales con los pacientes."

Kennedy recordó a los abastecedores principales de asistencia médica incluir en sus prácticas la búsqueda de síntomas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias, y tener en cuenta el tratamiento apropiado. "La educación es absolutamente importante. Los pacientes no van a hacer lo que se les dice. Van a hacer lo que piensan que necesitan hacer. Ustedes pueden elegir ser parte de eso o no."

### **Factores del estrés asociados con la migración de México a los E.E.U.U.**

La Dra. María de Jesús Díaz Pérez, del *Instituto Mexicano de Psiquiatría* presentó sus investigaciones sobre el perfil socioeconómico y cultural así como los posibles factores estresantes de los trabajadores mexicanos que emigran a los Estados Unidos para trabajar y dejando a sus familias en México. La migración del mejicano a los E.E.U.U. tiene una historia larga, mencionó. Las condiciones históricas cambian, pero la migración

continúa, demostrando una interconexión profunda entre los dos países.

"Los inmigrantes," dijo la doctora a los participantes a través de un traductor, "pueden venir a los E.E.U.U. con varias metas. Pero su objetivo principal es el ingreso, la supervivencia: enviar dinero a sus familias." Las diferencias de salario son esenciales para entender la dinámica de la migración de México a los E.E.U.U. Para los trabajadores sin habilidades especializadas, según Díaz Pérez, el salario por día en México es comparable al salario por hora en los E.E.U.U.

Díaz Pérez presentó estadísticas del Estudio binacional México-E.E.U.U. sobre Migración<sup>1</sup>: había más de siete millones de mexicanos en los E.E.U.U., incluyendo cuatro millones documentados. A la mayoría de los emigrantes Díaz Pérez los clasifica como emigrantes temporales, los que ella dice representan la mayoría de los emigrantes de México a los E.E.U.U. Éstas generalmente viajan en búsqueda de trabajo temporal y pueden ser documentados o indocumentados. Una segunda categoría son los residentes permanentes, que pueden también ser documentados o indocumentados. El grupo más pequeño es aquel de los que han pasado por el proceso de naturalización en los E.E.U.U.

Los cuatro estados mexicanos con la tradición de migración más alta son Jalisco, Michoacán, Guanajuato, y Zacatecas. Hoy en día es cada vez más gente la que está viajando a los E.E.U.U. de otros estados, especialmente de áreas rurales, incluyendo Oaxaca y Guerrero. Por el lado de los E.E.U.U. algunos estados han sido tradicionalmente estados de recepción para los emigrantes mexicanos. Esta realidad, está llegando a ser también más compleja. Relativamente los nuevos estados de recepción como Carolina del norte ahora están entre los destinos más comunes. Los datos también revelan un margen de aumento en las mujeres implicadas en la migración.

Díaz Pérez citó un estudio publicado recientemente<sup>2</sup> en el cual se descubrió que un conjunto de variables pueden usarse para predecir la emigración a los E.E.U.U.:

- Ser hombre entre las edades de 15 y 44
- Vivir en una familia extendida
- Ser de una comunidad pequeña (menos de 100.000 habitantes)
- Tener experiencia migratoria anterior
- Tener miembros, amigos o conocidos de la familia que viven en los E.E.U.U.
- Tener niños menores a 12 que viven en la misma casa
- Tener documentos para cruzar la frontera
- No poseer tierra, hogar, o un negocio en México

Díaz Pérez también precisó motivaciones comunes económicas personales, incluyendo el deseo de construir una casa o de comprar algunos animales, o de proporcionarles una educación a sus hijos. Los que vienen a ganar dinero para comprar una casa u otra compra específica generalmente permanecen en los E.E.U.U. por períodos cortos. Aquellos que intentan proporcionarles oportunidades educativas a sus familias pueden permanecer más tiempo, enviando su dinero a México. Los que tienen motivaciones personales específicas y que emigran voluntariamente (y no por desesperación) generalmente muestran adaptarse mejor a la nueva cultura, según Díaz Pérez.

Díaz Pérez mencionó el "estándar doble" como fenómeno importante en la migración de México a los E.E.U.U.<sup>3</sup> En su comunidad de origen, explicó, el hombre que viaja al norte para encontrar trabajo y ayudar a su familia es percibido como valeroso, como buen abastecedor. Cuando él consigue entrar a los E.E.U.U. le ven como un criminal, un extranjero ilegal. Cuando él vuelve a casa, el trabajador emigrante es recibido como "alguien importante" en la comunidad. "Estas percepciones son tan diferentes," comen-

En su comunidad de origen, el hombre que viaja al norte para encontrar trabajo y ayudar a su familia es percibido como valeroso, como buen abastecedor. Cuando él consigue entrar a los E.E.U.U. le ven como un criminal, un extranjero ilegal. Estas percepciones son tan diferentes, que pone a los trabajadores indocumentados en alto riesgo para el desarrollo de problemas psicosociales. "

—Dra. María de Jesús Díaz Pérez



Algunas comunidades rurales han cambiado la fecha de la celebración tradicional del día de su santo patrón para corresponder al horario migratorio. La participación de los hombres que vuelven del trabajo es una manera importante de mantener unida a la comunidad.

Las comunidades mexicanas con altas tasas de emigración a los E.E.U.U. están compuestas en su mayoría por mujeres, ancianos y niños durante gran parte del año.

tó, "que pone a los trabajadores indocumentados en alto riesgo para el desarrollo de problemas psicosociales."

Los americanos que procuran entender la migración deben también darse cuenta que al trabajador le cuesta mucho venir a los E.E.U.U. "Hay una idea falsa," dijo Díaz Pérez, "que los que vienen de México no tienen ningún trabajo allí. Pero éstos no son los más pobres de los pobres." Ella observó que el costo de emigrar incluye la cantidad de dinero que el emigrante pierde a partir del tiempo en que él hace la decisión de emigrar hasta cuando él recibe su primer pago en dólares.<sup>4</sup> Esto podría significar días o meses sin ingresos, un hecho que les hace imposible a muchos viajar al norte.

Un segundo fenómeno reconocido por Díaz Pérez es "la puerta giratoria" representativa del continuo intercambio cultural. "Los trabajadores vienen generalmente con la intención de volver a México." Los trabajadores traen consigo partes de sus estilos de vida que han experimentado en los E.E.U.U. Así como en las comunidades que reciben a los emigrantes en los E.E.U.U., las comunidades pequeñas en México comienzan a demostrar muestras del intercambio cultural, como letreros bilingües y hogares con antenas parabólicas. Algunas comunidades rurales han cambiado la fecha de la celebración tradicional del día de su santo patrón para corresponder al horario migratorio. La participación de los hombres que vuelven del trabajo es una manera importante de mantener unida a la comunidad.

Díaz Pérez informó que la migración puede causar varios tipos de estrés para el trabajador, incluyendo tensión marital, tensión familiar, y tensión debido al cambio cultural y en la familia<sup>5</sup>. La tensión marital puede ocurrir en las parejas que no están de acuerdo si quieren volver a México. Según Díaz Pérez, los hombres desean a veces viajar a los E.E.U.U. por sí solos porque sus esposas pueden desear permanecer en dicho país. Los hombres pueden desear volver por el

prestigio que disfrutaban en su pueblo, pero a las mujeres les atrae la diversidad de oportunidades económicas y sociales en los E.E.U.U.

De la misma manera, los padres pueden elegir dejar a sus hijos en México porque no quieren que ellos crezcan en los E.E.U.U. Temen los niveles aumentados de sexualidad y de violencia en los Estados Unidos. Existe la impresión de que el gobierno de los E.E.U.U. interfiere con la educación y la disciplina de los niños. Los emigrantes mexicanos experimentan el cambio cultural y de la familia como factor estresante cuando asocian la vida en los E.E.U.U. con la pérdida dolorosa de sus tradiciones y su cultura. Además, cuando se comparan a los americanos, es evidente que en los E.E.U.U. están en la posición social más baja, que también puede experimentarse con un gran sentido de pérdida.

Díaz Pérez pasó a educar a los abastecedores de asistencia médica americanos sobre las características de las comunidades migratorias de las áreas rurales de México. La vida en las comunidades rurales en México, ella explicó, es a menudo dramáticamente diferente a las comunidades rurales de los E.E.U.U. la escasez de electricidad, sistemas de drenaje, etc. es común. Los papeles por género son muy tradicionales. Las comunidades mexicanas con altas tasas de emigración a los E.E.U.U. están compuestas en su mayoría por mujeres, ancianos y niños durante gran parte del año.

Díaz Pérez citó un estudio sobre las esposas de los emigrantes de comunidades rurales<sup>6</sup>, que sugiere que los factores estresantes para las esposas de las familias encabezadas por trabajadores migratorios incluyen:

- Distancia cultural
- Preocupación por el esposo ausente
- Aumento en la responsabilidad por la mujer que permanece en México
- Desintegración de la familia —miedo al abandono (que el hombre estable-

cerá una familia en los E.E.U.U. y permanecerá allí)

Las mujeres que permanecen en sus comunidades entienden que su papel tradicional ha cambiado. En las áreas rurales de México, generalmente se considera como malo que las mujeres trabajen fuera del hogar, dijo Díaz Pérez. Cuando emigran los hombres, sin embargo, las mujeres quedan como responsables de mantener a la familia unida. El papel poco tradicional que resulta, comentó, generalmente no se asume voluntariamente, sino se considera una consecuencia no deseada de la emigración del hombre.

Existen otros problemas asociados al retorno del hombre a su comunidad de origen. La mujer puede sufrir estrés por las demandas del hombre que exige saber las razones de los cambios realizados durante su ausencia o al sentir que sus exigencias por la atención de ella o de los niños no son razonables. "Los hombres," según Díaz Pérez, "no sienten que pertenecen dondequiera. En los E.E.U.U., se pasan todo el tiempo deseando estar en México. En México, las cosas no se sienten igual, pueden percibir como si su familia solo está esperando a que se vayan, como si estuvieran interfiriendo con la vida normal de la familia."

Díaz Pérez citó informes actuales sobre el estudio de aumentos dramáticos en el abuso de sustancias por Mexicanos de áreas rurales que emigran a los E.E.U.U. Entre los hombres, las tasas más bajas son entre los que no tienen ninguna experiencia de emigración a los E.E.U.U. Las tasas comienzan a aumentar entre los hombres que conocen a gente que emigra, y aumentan aún más si algún miembro de la familia es emigrante. Las tasas más altas son las de los hombres que emigran. El patrón es similar para las mujeres (con mayor abuso de drogas conseguidas por receta médica), pero existe un aumento más dramático entre las mujeres que tienen un miembro de la familia que

emigra, casi igualando las tasas entre las mujeres que ellas mismas emigran.

Finalmente, Díaz Pérez explicó a los participantes del simposio algunos puntos clave sobre la asistencia médica en México y cómo los abastecedores de los E.E.U.U. pueden trabajar con eficacia al lado de estas realidades, especialmente en el área de la salud mental. México ha socializado la medicina, pero Díaz Pérez precisó que esto solamente ha bajado el costo del cuidado médico, no lo ha eliminado por completo. Las mujeres pobres, especialmente, frecuentemente deciden no gastar su dinero en su propia salud, y a menudo no buscan la atención que necesitan. Dan prioridad al uso de su tiempo y de su dinero a conseguir asistencia médica primero para sus hijos, luego para los maridos y finalmente para sí mismas. Por otra parte, la doctora precisó, la gente en México hace menos distinción entre la salud física y mental, y ve las dos como intercaladas. Esta gente no vacila en consultar a un internista sobre preocupaciones de salud mental.

Díaz Pérez presentó un modelo para las vías para conseguir servicios de salud mental en México.<sup>7</sup> La secuencia en la búsqueda de asistencia va como sigue:

1. Cuidado autoadministrado—  
hierbas, medicamentos que no requieren receta, etc.
2. Red social—  
miembros de la familia, amigos
3. Servicios informales—  
*curanderos(as)* inyeccionistas (de vitaminas, etc.), farmacéuticos, sacerdotes
4. Internista
5. Especialista

En áreas rurales, los síntomas deben ser especialmente severos para que el paciente busque asistencia médica formalizada, puesto que es muy costosa y puede implicar un viaje muy largo a un área urbana. El cuidado médico mental especializado casi nunca está al alcance, según Díaz Pérez. En Méxi-

"Los hombres no sienten que pertenecen dondequiera. En los E.E.U.U., se pasan todo el tiempo deseando estar en México. En México, las cosas no se sienten igual, pueden percibir como si su familia sólo está esperando a que se vayan, como si estuvieran interfiriendo con la vida normal de la familia."

—Dra. María de Jesús Díaz Pérez

co, los hospitales públicos especializados están disponibles solamente en las ciudades principales, comentó.

Díaz Pérez precisó varias maneras en las cuales se puede utilizar el conocimiento de este modelo de las vías para conseguir servicios de salud mental a su trabajo con los pacientes mexicanos que emigran.

- Los clínicos necesitan ayudar a sus pacientes a navegar esta vía, y facilitar su movimiento por ella lo más rápido posible si realmente necesitan ayuda especializada.
- Los clínicos pueden ser un enlace entre el cliente y un sistema desconocido de servicios de la salud. Frecuentemente es necesario enseñar al cliente las estrategias específicas para manejarse en el sistema.
- Los clínicos pueden utilizar componentes del cuidado de tipo *curandera*

puede ayudar a los clientes a sentir que tienen mayor control sobre su propia recuperación.

- Los clínicos deben reforzar la confianza de los pacientes en sus capacidades y recursos existentes. Reconozcan el autodominio y la fuerza de voluntad como fuentes importantes de la fuerza interna.

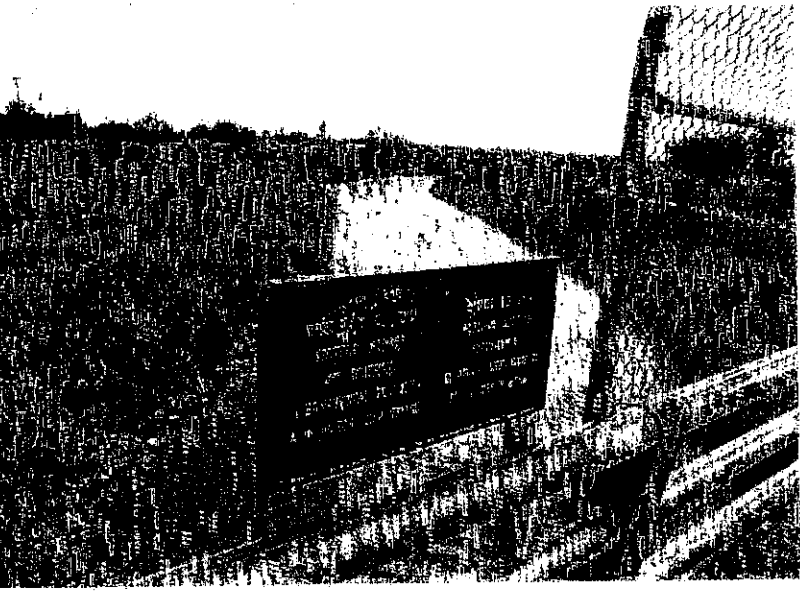
La religión, para muchos, es una fuente extremadamente importante de ayuda, y se debe considerar como factor positivo en la recuperación del paciente. La utilización de sistemas de asistencia que ya existen ayudará a asegurar la adherencia al tratamiento.

“Es mucha la responsabilidad de los clínicos,” concluyó Díaz Pérez, “pero a fin de cuentas los abastecedores principales de asistencia médica deben considerar la salud mental como parte íntegra de la salud. No hay salud física sin salud mental.”

## Epidemiología de la salud mental y el abuso de sustancias

El doctor Martín Guerrero, proporcionó una descripción de la epidemiología general de la salud mental y el abuso de sustancias y cómo se relaciona esto específicamente con las poblaciones campesinas. Guerrero trabaja sobre todo con hispanos ancianos e indigentes en El Paso, Texas, y mucha de su experiencia se puede traducir o aplicar a las comunidades de campesinos emigrantes.

Guerrero citó resultados de una encuesta creada por la comunidad sobre grupos hispanos y otros<sup>8</sup> y un subconjunto de campesinos migratorios<sup>9</sup> en el valle central de California— Fresno y de comunidades rurales alrededor del área. Este estudio<sup>10</sup> y un estudio relacionado subsecuente<sup>11</sup> son únicos por el hecho de que comparan los resultados de los campesinos hispanos nacidos en los E.E.U.U. y los nacidos en México. Los estudios también correlacionan el número de años que permanecieron en los E.E.U.U.



al hacer recomendaciones a sus pacientes. Las *curanderas* le regresan el control de su propia salud a la persona por medio de rituales. La inclusión de rituales inofensivos (por ejemplo, beber un vaso de agua una hora antes de tomar la medicina, o de tomar una caminata después de tomarla) como parte del tratamiento

y los niveles de aculturación al predominio de enfermedades.

Estos datos, recolectados por medio de la Encuesta de Predominio y Servicios para Americanos de origen Mexicano o 'MAPSS', muestra, según Guerrero, niveles más altos de los desórdenes tipo DSMIII-R para los hispanos en vecindades urbanas que en pueblos más pequeños, e incluso tasas aún menores en ambientes mayoritariamente rurales. Los inmigrantes recientes demostraron tasas perceptiblemente más bajas del abuso de sustancias que los inmigrantes que habían vivido más tiempo en los E.E.U.U. Los hispanos nacidos en los E.E.U.U. tenían incluso tasas más altas que los grupos inmigrantes. El estudio sugiere que los tasas de todos los desórdenes, especialmente la dependencia de drogas, en los inmigrantes recientes son comparables a los de los residentes de la Ciudad de México (ambos grupos presentan tasas más bajas que hispanos nacidos en los E.E.U.U. y grupos de otros orígenes).

El desorden depresivo principal resultó ser más común entre las mujeres que los hombres inmigrantes y en la población nacida en los E.E.U.U. Los tasas de abuso del alcohol y de drogas son perceptiblemente más altas en los hombres que en las mujeres entre los grupos de inmigrantes recientes y nacidos en México. El desorden más común entre las mujeres inmigrantes es agorafobia (tasa de predominio de 7%), caracterizada por "dificultad de movilizares geográficamente debido a la ansiedad y al miedo," según Guerrero. El desorden más común entre los hombres inmigrantes es la dependencia del alcohol (9%). Entre los campesinos migratorios, el género femenino aparece indicar menor riesgo de dependencia de la droga y del alcohol.

Para los emigrantes de género masculino, los de mayor edad muestran un riesgo elevado en cuanto a los desórdenes del alcohol o de la droga que los hombres más jóvenes, y el estado civil no tiene ningún efecto

sobre el riesgo para estos desórdenes. El haber completado seis o más años de educación elevó el riesgo de los desórdenes relacionados al alcohol y a las drogas. Los niveles elevados de aculturación (medidos en gran parte por la preferencia de idioma, inglés en vez de español) aumentaron la probabilidad de desordenes relacionados al estado emocional y de alcohol y drogas. Los emigrantes que vivieron la mayoría del año en México presentaron solo la mitad del tasa de predominio de abuso del alcohol comparado al tasa de predominio de los emigrantes que vivieron la mayor parte del año en los E.E.U.U., dijo Guerrero.

Guerrero presentó la evidencia de morbilidad complementaria en los estudios que él citó. "Si un desorden está presente, estén atentos ha encontrar otros," advirtió él. Guerrero hizo referencia a un tercer estudio, la encuesta sobre morbilidad complementaria,<sup>12</sup> que demostró tasas de predominio de depresión dos veces más altas entre las mujeres que entre los hombres, "un resultado común y muy constante en poblaciones generales de los E.E.U.U.," dijo Guerrero. "De hecho, este descubrimiento es tan constante que el género femenino se considera como un factor de riesgo para los desórdenes de estado emocional o afectivos, así como el género masculino es un factor de riesgo para las enfermedades cardíacas." La encuesta nacional de la morbilidad complementaria reveló que 16 por ciento de los pacientes con desórdenes mentales tenían enfermedades de morbilidad complementaria (dos o más simultáneamente).

### **Síndromes Diagnosticables**

Martín Guerrero prosiguió a dar información específica sobre las dos diagnosis más comunes de la salud mental hechas en el ámbito de asistencia médica principal, la depresión y los desórdenes de ansiedad. Guerrero observó que la información sobre el protocolo de tratamiento estandarizado que él presentó no había sido desarrollada

La encuesta nacional de la morbilidad complementaria reveló que 16 por ciento de los pacientes con desórdenes mentales tenían enfermedades de morbilidad complementaria (dos o más simultáneamente).

"La tendencia en la psiquiatría hoy en día es que no nos vamos a conformar con la reacción positiva, lo que estamos buscando con estos desórdenes [depresión y ansiedad] es la recuperación. La recuperación es la clave a la prevención de recaídas."

—Dr. Martín Guerrero

específicamente para el uso con poblaciones migratorias.

#### DEPRESIÓN

Los desórdenes del pánico son un factor de riesgo para la depresión. Si no son tratados, 70% de la gente con desórdenes de pánico desarrollan desórdenes depresivos, un ejemplo importante de morbilidad complementaria, dijo Guerrero. Los infartos son otro factor de riesgo, dijo él, particularmente los que afectan el hemisferio izquierdo y el lóbulo frontal anterior.

"La depresión grave es una enfermedad crónica. Los desórdenes depresivos son diagnosticados y tratados con poca frecuencia," comentó. "Todavía existe estigma significativo alrededor de esta enfermedad. Los síntomas físicos son a veces los síntomas que se presentan predominantemente." Guerrero precisó el costo oculto de no tratar el desorden debidamente, mencionando que el tratamiento de los síntomas físicos persistentes puede resultar muy caro a largo plazo.

Guerrero comentó que, especialmente en términos de los desórdenes de la depresión y de la ansiedad, "la tendencia en psiquiatría hoy en día es que no nos vamos a conformar con la reacción positiva, lo que estamos buscando con estos desórdenes es la recuperación. La recuperación es la clave a la prevención de recaídas. Hemos logrado mucho en el reconocimiento de otras enfermedades crónicas como lo son la enfermedad cardíaca coronaria, el cáncer y el SIDA. Necesitamos hacer lo mismo con la depresión. Esta es una enfermedad que se puede tratar con facilidad, desemejante de otras enfermedades médicas crónicas comunes."

#### DESÓRDENES DE ANSIEDAD

"Estos desórdenes se presentan aún más comúnmente con síntomas físicos que los desórdenes depresivos," comentó Guerrero. "Las quejas somáticas pueden ser muy dramáticas y enmascarar el desorden de la ansiedad." Él recomendó que los clínicos que

reconocen los síntomas relacionados con los ataques de pánico hiciesen exámenes rutinarios de sangre y un electrocardiograma (EKG), pero que detuvieran un diagnóstico más costoso para ver si el paciente responde al tratamiento de desorden de pánico. Los síntomas de desorden de pánico, listó Guerrero, incluyen pulso acelerado, sudor excesivo, respiración corta, ansiedad severa y temblorina.

#### Enfermedades mentales y abuso de sustancias en la comunidad de los campesinos y la reacción de la comunidad

Rosemary Quagan, MSW, CCAS, y Michael Doolen, LCSW, CCAS, presentaron información para los abastecedores que deseaban consolidar la reacción de sus centros y sus comunidades a los problemas del abuso de sustancias en la población de los campesinos. Quagan y Doolen proporcionan tratamiento a campesinos en Harvest House (casa de la cosecha) en el este de Carolina del norte. Harvest House es una reacción ejemplar de la comunidad: una facilidad para el tratamiento de problemas de drogas y alcohol diseñada para ofrecer sus servicios específicamente a los campesinos migratorios.

"La adicción al alcohol y a las drogas es un problema en esta población," dijo Quagan, "y hay a menudo pocos recursos de recomendación para los centros de salud del emigrante y de la comunidad." Algunos centros de salud tienen personal de planta de salud mental, pero pocos tienen un recurso tal como Harvest House al cual referirse. Quagan y Doolen enfocaron su presentación en lo que pueden hacer los abastecedores incluso si no están disponibles muchos de los servicios. "Lo que ustedes pueden hacer, incluso si no tienen acceso a servicios especiales," dijo Quagan, "es investigación y recomendación."

Quagan abogó el uso de herramientas de investigación del abuso de drogas y del alcohol en el ámbito de asistencia médica prin-

cipal. Las tres herramientas que utilizan y que recomiendan son:

- CAGE
- Criterios DSM-IV
- Herramienta del alcoholismo Betty Weinstein

Estas herramientas, insistió ella, deben ser utilizadas para investigar solamente, no para la diagnosis. "Además de estas herramientas básicas de la investigación," dijo Quagan, "observen y persigan cualquier señal extraña. Hagan una recomendación para una entrevista de diagnóstico más extensa. Por ejemplo, una señal extraña sería el olor de alcohol en una cita en la clínica por la mañana."

Las preguntas de CAGE son:

- C** ¿Ha considerado usted alguna vez reducir lo que toma y su uso de drogas?
- A** ¿Le ha molestado la gente con críticas de que toma mucho o por el uso de drogas?
- G** ¿Se ha sentido usted mal o avergonzado sobre su hábito de tomar o por el uso de drogas?
- E** ¿Alguna vez ha tenido usted que echarse un trago o usar drogas a primera hora en la mañana para estabilizar los nervios o para quitarse la cruda?

CAGE, comentó Doolen, es una herramienta rápida y fácil de utilizar para la investigación. Él recomendó incitar al cliente sobre la gente que le ha molestado sugiriendo posibles causantes, como cónyuge, miembros de la familia, sacerdote, o el jefe. La pregunta de 'despertar' se puede hacer también en la forma de "Cuando usted toma, a qué horas empieza?"

El manual de diagnósticos y estadísticas de desórdenes mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-IV) presenta los criterios específicos que deben estar presentes en ciertos niveles para conducir una diagnosis de la dependencia o el abuso del alcohol y de sustancias. Har-

vest House ha convertido estos criterios en una lista de comprobación que se puede utilizar como herramienta de la investigación. Una vez más esta herramienta se utiliza en el ámbito de asistencia médica principal, y un resultado positivo indica la necesidad de una recomendación para una entrevista más extensa.

## **Manual de diagnósticos y estadísticas de desórdenes mentales (DSM-IV)**

---

### **CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:**

Un patrón mal adaptado en el uso de sustancias, que conduce a la debilitación o al sufrimiento clínico significativo, manifestado por tres (o más) de las siguientes características, si ocurren en cualquier momento dentro del mismo período de 12 meses:

1. Tolerancia (aumento en la cantidad de la sustancia para alcanzar el efecto deseado; o, disminución del efecto por el uso continuo de la misma cantidad).
2. Síntomas de carencia (los síntomas característicos de la carencia de la sustancia; o, de la sustancia tomada para aliviar los síntomas).
3. La sustancia se toma a menudo en cantidades mayores o durante un período más largo a la intención médica
4. Hay un deseo persistente o esfuerzos fracasados de reducir o de controlar el uso de la sustancia
5. Se pasa mucho tiempo en las actividades necesarias para obtener la sustancia o para recuperarse de sus efectos
6. Se abandonan las actividades sociales, ocupacionales o recreacionales importantes o se reducen debido al uso de la sustancia
7. El uso de la sustancia se continúa a pesar del conocimiento de que existe

un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente ha sido causado o ha sido exacerbado por la sustancia.

Una de las indicaciones del DSM-IV para el alcohol y la dependencia de la sustancia son los síntomas de carencia. En la población de Harvest House, el alcohol y la cocaína son las sustancias que más comúnmente se abusan. Doolen recordó a los clínicos que los síntomas de carencia del alcohol son clásicos y más fáciles de reconocer: temblores, cruda. "Una pregunta que se puede hacer en este caso es, '¿Le ayudaría a eliminar esos síntomas una bebida?' Si la respuesta es afirmativa, se trata de síntomas de carencia. "Pero los síntomas de carencia de la cocaína son a menudo más difíciles de identificar, y pudieran incluir la depresión continua, dijo Doolen.

Otra indicación del DSM-IV para ambos tipos de dependencia es la tolerancia: está utilizando la persona cantidades mayores de la sustancia para alcanzar el efecto deseado? Doolen señaló esto junto con la sustancia que se está utilizada en cantidades más grandes como indicaciones especialmente importantes para el abuso de la cocaína. "Estos individuos están buscando el efecto que sintieron la primera vez," dijo él. "He encontrado que esta búsqueda de la sensación original se puede relacionar a la edad que tenía el individuo en la primer instancia de uso. Pregunto, '¿Qué edad tenía usted la primera vez que tomó o uso la droga? ¿Recuerda usted aquella experiencia como buena?' Cuanto más joven era la persona a la hora de su primera buena experiencia, mayor la probabilidad de que la persona esté sufriendo de abuso de la sustancia."

Doolen y Quagan expresaron que ven muy pocos casos del abuso de la marihuana, aunque han tenido tales clientes. Aquí las cuestiones de tolerancia no son tan frecuentes. Así mismo, los síntomas de carencia, dijo Doolen, no están bien definidos, pero pue-

den incluir cambios repentinos emocionales, depresión, e irritabilidad.

Quagan precisó que el criterio de diagnóstico de DSM-IV del tiempo que se pasa en las actividades relacionadas con el uso (buscándola, usándola, recuperándose del consumo) pueden también ser uno de los temas del tratamiento. "Se necesita hablar de cómo encontrar maneras de llenar el tiempo desde que se dejó de usar la sustancia," dijo, "este es un problema particularmente en campamentos, donde no existe transporte para encontrar alternativas de recreación, y fuera de tomar con otros, no hay mucho que hacer."

Quagan y Doolen abogan el uso de la herramienta de alcoholismo Weinstein como herramienta secundaria a la prueba DSM-IV, si la persona parece estar en el límite según los criterios de DSM-IV. Esta herramienta hace diversas preguntas:

1. ¿Hay alguien en su familia biológica que tenga o tuvo un problema serio de alcoholismo o abuso de drogas?
2. ¿Ha tenido usted uno o más episodios de pérdida de memoria de una hora o más después de tomar en los últimos dos años?
3. ¿Está enterado usted o le ha dicho alguien que usted sufre de cambios de personalidad al tomar que le causan comportarse al contrario de la norma?
4. ¿Ha sido arrestado usted a causa de haber tomado alcohol más de una vez en los últimos cinco años, o tenía concentraciones de alcohol en la sangre (BAC) de .16 o mayores al ser detenido?
5. ¿Le ha dicho que tiene un problema con el alcohol alguna persona cercana a usted?
6. ¿Ha experimentado usted (en el último año) episodios donde ha tomado sin control, y/o se siente lleno de energía después de tomar cuatro o cinco bebidas?

7. ¿Ha tenido usted alguna vez un problema grave con otra droga que alternase el comportamiento (incluyendo drogas por receta médica)?
8. ¿Ha asistido voluntariamente alguna vez a una reunión de alcohólicos anónimos? O, si usted contemplara su reflejo en un espejo y se preguntara a sí mismo, '¿tengo un problema con la bebida?' ¿sería afirmativa la respuesta?

Todas estas herramientas de investigación tienen elementos que deban ser explicados si el cliente no conoce la terminología. Quagan dice que, aunque se hacen las pruebas en español así como en inglés, muchos de sus clientes no conocen los términos referentes a la pérdida del conocimiento o a la pérdida de memoria. Ella precisó que Alcohólicos Anónimos (AA) son también conocidos en México, y muchos campesinos mexicanos conocerán este concepto. "Éste es también uno de los mejores recursos de recomendación para éstos que vuelven a México," dijo ella, en contraste a los E.E.U.U., en donde los grupos hispanohablantes pueden ser difíciles de encontrar.

Ambos Doolen y Quagan recalcaron la importancia de las multas de conducir bajo la influencia del alcohol (DWI) como indicadores importantes. Estas multas se asocian generalmente a costos extremos al cliente, y si el hábito de tomar persiste a pesar de varias convicciones, generalmente es una indicación clara de una adicción. "Una convicción por manejar bajo la influencia," dijo Doolen, "representa estadísticamente 40 veces de conducir bajo la influencia." Quagan precisó que en México es también técnicamente ilegal conducir bajo la influencia, pero la decisión está basada en la opinión subjetiva del oficial que hace el arresto, y por lo tanto la ley se hace cumplir inconsistentemente.

Al hacer recomendaciones, Quagan animó a los clínicos a familiarizarse y utilizar

sus recursos locales. Localice y haga conexiones con:

- Programas de desintoxicación ("no confundan la desintoxicación con el tratamiento," advirtió Quagan.)
- Hospitales locales (si es el único recurso de desintoxicación disponible y la condición del cliente amenaza su vida)
- Centros de asistencia médica de la comunidad (que pueden contar con consejeros o servicios del abuso de sustancias)
- Grupos locales de AA y de NA (existen grupos en casi todas las ciudades, pero puede ser que se vean obligados a iniciar un grupo en español o algún otro idioma: utilice las Organizaciones de Servicio Mundial de AA y de NA para obtener materiales)
- Programas de la salud mental locales (investiguen sobre los abastecedores de habla hispana y la disponibilidad de intérpretes)
- Programas locales de tratamiento

### Harvest House: Una reacción ejemplar de la comunidad

Harvest House es una facilidad para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol diseñada para tratar específicamente a los campesinos migratorios. Rosemary Quagan, MSW, CCAS, coordinadora de tratamientos en Harvest House, compartió algunas de sus experiencias en una entrevista por correo electrónico:

#### 1. ¿CÓMO COMENZÓ EL PROGRAMA DE HARVEST HOUSE?

El centro de salud de la comunidad Tri-County (tres condados) había existido por más de 15 años. Nuestros abastecedores estaban recibiendo a una gran cantidad de pacientes con problemas médicos relacionados con el abuso del alcohol y no tenían ningún lugar a donde enviarlos para que recibieran tratamiento. En 1994, nuestro direc-

"[Alcohólicos Anónimos] es uno de los mejores recursos de recomendación para aquellos que vuelven a México."

—Rosemary Quagan,  
MSW, CCAS

...las multas por manejar bajo la influencia del alcohol (DWI) se asocian generalmente a costos extremos al cliente, y si el hábito de tomar persiste a pesar de varias convicciones, es generalmente una indicación clara de una adicción. "Una convicción por manejar bajo la influencia representa estadísticamente 40 incidentes de conducir bajo la influencia."

—Michael Doolen,  
LCSW, CCAS



**"Tomen el riesgo y funden sus propios servicios de salud mental."**

**-Dr. Albert Pacheco**

tor ejecutivo, Michael Baker, junto con otro personal interesado de la clínica, sometió una propuesta al Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias en Washington, C.C. Nos concedieron los fondos destinados para "poblaciones especiales" y comenzamos el programa con una concesión de demostración de tres años.

## **2. ¿QUÉ LECCIONES HAN APRENDIDO AL FUNDAR Y MANTENER LOS SERVICIOS EN HARVEST HOUSE?**

Familiarícese con la población con la que va a trabajar. Debido a las diferencias culturales y de idioma así como los altos niveles de analfabetismo entre nuestros pacientes, el plan de trabajo de tipo tradicional para la hospitalización no es apropiado. No podemos confiar en muchos ejercicios de lectura y por escrito, sino debemos ser algo creativos para poder comunicar efectivamente el mensaje. Además, es importante tener miembros del personal con experiencia previa y educación relacionada al abuso de sustancias.

## **3. ¿QUÉ RECURSOS PUEDE RECOMENDAR PARA LOS CENTROS DE SALUD QUE DESEAN COMENZAR A PROPORCIONAR SERVICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS PARA LOS CAMPESINOS?**

Los servicios mundiales de alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos y cocaína anónimos proporcionan bastantes textos, incluyendo materiales en español. También, intenten ponerse en contacto con servicios de salud mental del área local, albergues, iglesias y otras organizaciones que pudieran ayudar en diversas situaciones.

## **Reacción de la comunidad a las cuestiones de salud mental en comunidades campesinas**

El Dr. Albert Pacheco, proporcionó otro punto de vista en cuanto a la reacción de la comunidad al cuidado médico mental para los campesinos migratorios. El Dr. Pacheco ha ayudado a establecer servicios de salud

mental ejemplares en tres áreas del estado de Washington. Desde 1991, su trabajo se ha concentrado en campesinos migratorios y especialmente poblaciones hispánicas. Actualmente, él dirige el centro de consejo-Nueva Esperanza, parte del centro de salud de la comunidad La Clinica en el este de Washington.

El Dr. Pacheco habló fuertemente sobre el papel de defensores de los clínicos que sirven a los campesinos migratorios. Él sugirió formar parte de grupos y colaboraciones abastecedores de servicios sociales en la comunidad, trayendo a su atención a este grupo que pueden faltarles en el abastecimiento de servicios. "Ustedes necesitan ser abogados visibles, y decir, 'Aquí existe una población que no está recibiendo servicios. Y si no nos queda de otra, demandaremos para que nos toque lo que nos corresponde,'" comentó.

Pacheco alentó también a los abastecedores de servicios médico para emigrantes a "tomar el riesgo y fundar sus propios servicios de salud mental. Hemos logrado esto en tres centros de salud para emigrantes en Washington. Incluso dentro de asociaciones con la comunidad, aún permitimos que mucha gente pasara inadvertida y sin servicios." Pacheco recomendó a las clínicas que consideraran la adición de servicios de salud mental como una estrategia elegante en la nueva economía de asistencia médica. "Hay oportunidades en le cuidado administrado", dijo, "para el emigrante y los centros de salud de la comunidad, cuanto más servicios se proporcionan, más competitivos serán en este mercado. Además, los médicos privados y los centros de salud mental de la comunidad necesitan asociarse para sobrevivir, y pueden estar disponibles para trabajar con ustedes." Pacheco comentó que está disponible para la consulta sobre cómo desarrollar servicios para los campesinos.

Pacheco mantuvo el enfoque durante el resto de su discusión sobre cómo proporcionar servicios de salud mental culturalmente

apropiados y accesibles a los campesinos migratorios, especialmente a las poblaciones hispanas. "Los servicios de salud mental son un concepto que necesita ser presentado de manera culturalmente apropiada," comentó. "Aún los abastecedores hispanos, bilingües tienden a utilizar el lenguaje acostumbrado. Incluso 'salud mental' es un término foráneo." Pacheco sugirió el uso de "*problemas de la vida*" como un concepto que la gente puede entender con mayor facilidad. La terapia y el asesoramiento pueden también ser conceptos desconocidos e incómodos para esta población, relacionados con estar loco. Él utiliza a veces el término *consejero/a*, que es "parte de la cultura, pero es una traducción aproximada del concepto de consejador. *Consejero* puede incluir no solamente a un profesional, pero también a un miembro de la familia, un sacerdote, etc." La gente puede asociar a menudo el concepto de enfermedad mental con "un loco de remate," comentó. El término alcoholismo trae a la mente de muchos campesinos la imagen de un alcohólico en la perdición, no de una persona normal con un problema de adicción.

Otra norma cultural de la cual los abastecedores necesitan estar enterados, según Pacheco, es que muchos campesinos están acostumbrados a demostrar respeto a los abastecedores de asistencia médica. Una manera de poner esto en práctica es no rechazar las sugerencias del abastecedor. "Por lo tanto, dirán que, 'sí,' van a ir con un especialista o con un consejero, pero en realidad no irán," dijo Pacheco, aclarando que esto se dice a manera de respeto, y no engaño.

"En La Clínica, colocamos a una persona encargada de la salud mental en el local para reducir al mínimo la pérdida de clientes y los que pasan desapercibidos," dijo Pacheco. Él sugirió que las clínicas pudieran también contratar a alguien para esa posición. La población de campesinos a veces es parte del mandato a servir de alguna agencia

de la salud mental local, y dicha agencia puede con gusto aceptar la oportunidad de proporcionar servicios en el sitio de la clínica como punto de acceso. "Si ustedes proporcionan sus propios servicios, puede ser que necesiten proporcionar horarios durante el fin de semana y en las tardes," dijo Pacheco. "Y es recomendable que se conviertan en abastecedor de servicios de salud mental licenciado (establezcan un centro de salud mental de la comunidad, o una facilidad licenciada en el tratamiento de alcohol y de drogas), de modo que ustedes puedan tener acceso a fondos federales y del estado."

Otro factor a recordar en la disposición del servicio, dijo Pacheco, repitiendo declaraciones anteriores de Díaz Pérez, es que "para la gente hispana y otras culturas tradicionales, el concepto de la salud es amplio, en comparación con un modelo fisiológico médico fijo. Pudieron haber buscado ya otras fuentes de ayuda. Por ejemplo, cuando yo era niño, la primera que proporcionaba ayuda era mi abuela. ¡Y si ella no podía curarnos, era cosa mala!" Pacheco animó a los abastecedores a preguntaran acerca de remedios populares; pueden ser que los pacientes no ofrezcan esta información no solicitada por miedo de ser percibidos como tontos por el profesional. El estado de Washington, Pacheco comentó, dicta que por mandato se deben proporcionar servicios culturalmente apropiados, incluyendo facilitar el acceso a los mecanismos curativos tradicionales. Él recomendó buscar y tratar con los curanderos tradicionales. "Esto ayuda bastante a reducir la soberbia profesional" dijo.

"Muchas veces los inmigrantes mantienen sus valores tradicionales con mayor esfuerzo aquí que en su propio país," continuó, como cualquier grupo de extranjeros que se junta y comparten cosas en común en una tierra extraña. "Utilicen esos valores para comunicar su mensaje," animó. Entre los ejemplos en cuanto a los inmigrantes

" Los servicios de salud mental son un concepto que necesita ser presentado de manera culturalmente apropiada. Aún los abastecedores hispanos, bilingües tienden a utilizar el lenguaje acostumbrado. Incluso 'salud mental' es un término foráneo."

—Dr. Albert Pacheco

" Si ustedes proporcionan sus propios servicios [de salud mental], puede ser que necesiten proporcionar horarios durante el fin de semana y en las tardes."

—Dr. Albert Pacheco

El estado de Washington dicta que por mandato se deben proporcionar servicios culturalmente apropiados, incluyendo facilitar el acceso a los mecanismos curativos tradicionales.

"Utilicen trabajadores sociales, *promotoras*, y semiprofesionales como sus ojos y oídos si es que ustedes no pueden realizar el trabajo de largo alcance. Pero intenten tomar un día para salir en equipo, para ver y experimentar las condiciones de vida. Pienso que la gente respeta eso, el hecho de que ustedes van a visitar sus hogares. Significa mucho como demostración de atención."

-Dr. Albert Pacheco

"El paciente escribe su propia PDR. Les informará sobre qué dosificación funciona para el o ella."

-Dr. Martín Guerrero

mexicanos pudieran incluir la mención de la necesidad de conseguir ayuda como importante para la familia o los hijos (*por el bien de la familia y de los niños*), dijo Pacheco.

Pacheco alentó a los clínicos a que consideraran toda clase de barreras al acceso de servicios, no solamente las culturales y lingüísticas. "Nos da gusto proporcionar servicios fuera de la facilidad tanto como sea posible para los campesinos migratorios y temporales. Algunos vienen con gusto a la oficina por razones de intimidad, pero también intentamos salir a ofrecer servicios de largo alcance, como lo son las investigaciones. También existen implicaciones legales y políticas en este tipo de trabajo. La gente no les conoce y no les van a tener confianza."

Finalmente, Pacheco recalcó otra vez la importancia de juntarse con otros servicios de largo alcance. "Utilicen trabajadores sociales, *promotoras*, y semiprofesionales como sus ojos y oídos si es que ustedes no pueden realizar el trabajo de largo alcance. Pero intenten tomar un día para salir en equipo, para ver y experimentar las condiciones de vida. Pienso que la gente respeta eso, el hecho de que ustedes van a visitar sus hogares. Significa mucho como demostración de atención."

### **Reacción de las clínicas a la enfermedad mental en la población de los campesinos**

Martín Guerrero concluyó el intensivo clínico de la salud mental con una sesión popular sobre los aspectos específicos del tratamiento. Los clínicos estaban extremadamente interesados en aprender de su maestría en dosis, combinaciones, y preferencias de medicamento. Guerrero dio pie a esta porción, sin embargo, con una advertencia de no confiar exclusivamente en las drogas. "Consideren esto en combinación con el tratamiento que no involucra farmacéuticos", dijo, "como parte de un programa psicoso-

cial exhaustivo." Él recomienda un año entero de asesoramiento con tratamiento de drogas para la depresión, juntas trimestrales con el médico, o mensualmente con un consejero si hay uno disponible.

Al igual que Kennedy, Guerrero alentó a los abastecedores principales de asistencia médica a que trataran desórdenes comunes de salud mental con confianza. "La recuperación si se puede lograr", dijo, "y se puede lograr sin necesidad de recomendar a un especialista." Guerrero recalcó la necesidad de la educación como parte del tratamiento. "En algunos casos, ustedes necesitan educar a la gente sobre el tratamiento de por vida, que deben hacer para tratar su enfermedad. En cuanto a los emigrantes, ustedes necesitan hablar de cómo se deben manejar mientras estén fuera de su cuidado."

Guerrero animó a los médicos a que trataran los desórdenes agresivamente y que no se conformaran con menos que la recuperación. "Los abastecedores a menudo no hacen lo suficiente", dijo, "no se esmeran completamente hacia la meta de eliminación completa de los síntomas durante tres a seis meses. Si ocurren de nuevo los síntomas, ajusten los niveles de los medicamentos. Y ya que existen tantos tipos de medicina hoy en día, el paciente no debe tener que tolerar efectos secundarios severos."

Guerrero recordó a los médicos escuchar lo que el paciente tiene que decir sobre la dosis recomendada. "El paciente escribe su propia PDR (referencia de escritorio del doctor/Physician's Desk Reference). Les informará sobre qué dosificación funciona para el o ella." El doctor dio ejemplos de pacientes que él ha tratado que requerían niveles de medicación más altos de lo normal como sus dosificaciones terapéuticas. Guerrero les recordó a los médicos que la necesidad de una dosis más alta no necesariamente se puede ligar a una depresión más severa: puede suceder que algunas personas no absorber las drogas de la misma manera debido a idiosincrasias de la zona gastrointesti-

nal o del hígado. "El tratamiento puede requerir a veces combinaciones de drogas," dijo Guerrero, "especialmente en temporadas difíciles. La historia del paciente y los antecedentes familiares en cuanto a sus reacciones a los medicamentos pueden servir para predecir lo que va a tener el mejor efecto" dijo.

El advenimiento de los inhibidores selectivos para la reabsorción de serotonina (SSRI), Paxil, Zoloft, Prozac, Celexa, dijo Guerrero, han hecho mucho más factible el tratamiento proporcionado por gente que no es especialista. Estas drogas son importantes en el cuidado primario, porque no tienen ninguna toxicidad sistemática o cardíaca grave. (Desempejante a los tricíclicos, los abastecedores no tienen que tener una línea de base de electrocardiograma para cada paciente). Guerrero compartió algunos puntos generales en el uso de drogas comunes de tipo SSRI, incluyendo:

- Prozac tiende a activar, pero no en todos los pacientes, en comparación con Paxil, que es más bien sedante y puede recetarse para uso por la noche para los pacientes con insomnio.
- Zoloft es bastante benigno en términos de las interacciones con otras drogas (es decir con los antihipertensivos), semejante a Prozac o a Paxil, que generalmente no son contraindicados, pero su uso sí debe ser supervisado.
- Las SSRI son también las mejores drogas para los desórdenes de ansiedad generalizada y de pánico, él aconsejó. Las dosis son generalmente más altas para estos desórdenes que para la depresión.

Guerrero les recordó a los abastecedores que consultaran los programas ofrecidos por las compañías farmacéuticas, que proporcionan las drogas para el cuidado indigente, de modo que el costo no sea una barrera al tratamiento. Los participantes del simposio expresaron preocupaciones sobre los programas de medicamentos que se ofrecen gratis,

incluyendo un esfuerzo reciente por parte de las compañías de drogas para asegurar que los que reciben las drogas no son extranjeros indocumentados. También comunicaron apuros con mantener bastantes muestras a la mano para satisfacer la demanda.

"¿Qué tanto alargan el tratamiento antes de aumentar la dosis o de cambiar de medicamento?" Preguntó Guerrero retóricamente cambiando la discusión a una de dosificación. "El conocimiento tradicional dice que seis a ocho semanas. Yo prefiero ver una cierta reacción positiva en la primera semana (en sueño, apetito, energía, humor, concentración, etc.). Puedo cambiar de opinión así de rápido. Si hay algunos efectos positivos con efectos secundarios mínimos, me espero más tiempo para hacer observaciones. Pero pienso que ni yo ni mis pacientes tenemos generalmente el lujo de esperarnos seis a ocho semanas."

Si no se ve ningún efecto, Guerrero recomienda utilizar otra droga con un mecanismo diferente. El doctor citó resultados de estudios retrospectivos que apoyaron mejores resultados a largo plazo con drogas de mecanismo doble, tales como las que aumentan la norepinephrine y la serotonina. "Seenta y cinco por ciento de los pacientes responderán a la primera receta en una población joven y sana," dijo. En pacientes mayores, se debe extender el período, y pueden pasar 12 semanas antes de apreciar los resultados, comparado a tres o cuatro semanas en una población más joven.

Guerrero después habló sobre la cuestión de la depresión con uso concurrente del alcohol. "Las pobres Paxil y Prozac no pueden competir contra el alcohol", dijo, "si el paciente todavía está consumiendo alcohol, los antidepresivos salen perdiendo. Si el paciente todavía está consumiendo alcohol y no tiene ninguna intención de parar, yo intento hablar uno a uno con ellos. '¿Por qué te parece más importante beber alcohol que mejorarte?' Les pregunto." El doctor

"¿Qué tanto alargan el tratamiento antes de aumentar la dosis o de cambiar de medicamento? El conocimiento tradicional dice que seis a ocho semanas. Yo prefiero ver una cierta reacción positiva en la primera semana ... pienso que ni yo ni mis pacientes tenemos generalmente el lujo de esperarnos seis a ocho semanas."

-Dr. Martín Guerrero

"Las pobres Paxil y Prozac no pueden competir contra el alcohol. Si el paciente todavía está consumiendo alcohol, los antidepresivos salen perdiendo."

-Dr. Martín Guerrero

En setenta por ciento de los casos, el uso del alcohol causó la [dysporia]. En treinta por ciento de los casos, los pacientes que dejaron de tomar alcohol continuaron con síntomas de depresión.

Guerrero no recomienda la prescripción de un antidepresivo si todavía está presente el abuso de la sustancia, pero sugiere tratar el uso del alcohol primero.

En cuanto a los pacientes que tienen problemas de uso del alcohol y también de depresión, Guerrero dijo que en setenta por ciento de los casos, el uso del alcohol causó la dysporia. En treinta por ciento de casos, los pacientes que dejaron de tomar alcohol continuaron con síntomas de depresión. Estos pacientes tienen diagnosis duales de abuso del alcohol y de depresión. Esto es también verdad en las mujeres, afectadas a un grado incluso mayor por las cualidades dysporic del alcohol, dijo.

Si continúa con depresión el paciente treinta a 90 días después de dejar de tomar Guerrero comienza el tratamiento. "Con dysporia alcohólica", dijo, "el paciente no necesita el tratamiento de por vida, desemejante de la depresión unipolar (con antecedente de tres o más episodios), que requerirá casi ciertamente de tratamiento continuo." Los pacientes que sufren de "depresión reactiva" después de recibir tratamiento para el abuso de alcohol comúnmente están ajustándose a estar "despiertos," y a no tener un escape de la realidad. La depresión que sentían mientras estaban bajo la influencia puede empeorarse. Si no existe una depresión endógena (antecedente de tres o más episodios), Guerrero realiza un tratamiento de doce meses después del último episodio. "Cualquier tratamiento bajo este esfuerzo mínimo," advirtió, "y existe mayor probabilidad de recaída."

Después del tratamiento, le recordó a los clínicos que hablan con los pacientes sobre la posible repetición de síntomas. Prozac permanece en el cuerpo por cuatro a seis semanas, de modo que los pacientes pueden experimentar más síntomas después de un mes o posteriormente una vez que se ha finalizado el tratamiento. "Intente convencerlos a que regresen cuando reaparezcan los

síntomas, y no esperar un episodio de consecuencia."

Con dysporia alcohólica, él continuó, el paciente puede estar sufriendo sobre todo de deseos insaciables del alcohol, incluso después de la resolución de síntomas depresivos. Las drogas SSRI pueden ayudar a tratar estos antojos. Naltrexone y otras drogas antagonistas de los narcóticos son los más eficaces en reducir los antojos, dijo Guerrero. Esta terapia es diferente a la terapia contraria que usa el medicamento Antabus. Naltrexone es una buena alternativa para la gente que no son buenos candidatos para el uso de Antabus.

Guerrero contestó varias preguntas que le plantearon los clínicos sobre drogas específicas, tratamientos, y prácticas. Algunas de sus preocupaciones y sus recomendaciones se presentan a continuación:

- Uso apropiado de benzodiazepina: "Si ustedes realmente están tratando correctamente este desorden con drogas de tipo SSRI, probablemente no van a tener que utilizar benzo-diazepina," dijo Guerrero. Puede ser que él la utilice como medida de corto plazo, pero siempre le comunica a los pacientes que va a disminuir continuamente su uso después de aproximadamente dos semanas. "Si puedo proporcionar tratamiento sin ellas lo hago."
- Narcóticos para la fibromyalgia: Guerrero no recomienda los narcóticos como primera estrategia de tratamiento, y les recordó a los clínicos que las drogas SSRI puede reducir la necesidad de narcóticos.
- Tricíclicos para el dolor crónico: Los tricíclicos puede ser mejor para el dolor crónico que las drogas SSRI, dijo Guerrero, pero tienen más efectos secundarios. Él sugirió una droga de mecanismo dual como lo es el Effexor, con noradrenalina y seratonina. El doctor dijo que él utiliza la combinación Remeron (en la noche) con Effexor

(por la mañana). Él también sugirió Serzone, que "bloquea sus propios efectos secundarios "de insomnio, disfunción sexual, ansiedad y problemas gastrointestinales pegándose a un receptor 5-HT<sub>2</sub>.

- Uso de la terapia electroconvulsiva (ECT): Guerrero aprueba esta terapia como "el estándar de oro" para los pacientes resistentes al tratamiento, y dice que puede ser un salvavidas en casos severos.
- Aumento de litio: Guerrero recordó a los médicos que el litio es contraindicado con enfermedades del riñón, y que tiene " una gama corta entre las dosis terapéuticas y tóxicas."
- Diferencias de la dosificación por pertenencia étnica: Guerrero citó el trabajo preliminar en UCLA de la eficacia de los tricíclicos y de la primera droga SSRI. "Parece que la gente hispana pueda necesitar niveles más altos," dijo. Las poblaciones asiáticas han demostrado tener tolerancias más bajas para estas drogas que otros grupos. Debido al amorfismo poligenético, algunas personas de origen asiático carecen las enzimas del hígado que metabolizan estas drogas y pueden sufrir los efectos secundarios enseguida.
- Antidepresivos y pérdida de peso: Las drogas SSRI no son buenos tratamientos para la pérdida de peso. Cualquier pérdida inicial de peso puede ser recuperada después del uso a largo plazo de las drogas SSRI, dijo Guerrero. Las drogas con efectos antistamínicos pueden causar aumento de peso, que es aceptable para la gente que experimenta pérdida de apetito con la depresión.
- Prozac para los síntomas menstruales (PMS): Prozac ha demostrado algunos resultados con síntomas menstruales, dijo Guerrero. Él citó un estudio, que

había tratado específicamente con mujeres que sufrían de síntomas menstruales sin depresión. También sugirió tratamientos mensuales de Prozac o de Zoloft la semana antes de que aparezcan los síntomas. "Si los síntomas son severos, la mujer puede elegir utilizar algún antidepresivo el año entero."

- Antidepresivos y mujeres embarazadas: Guerrero citó un artículo de JAMA (periódico de la asociación médica americana), que demostró que el riesgo de la anomalía congénita con el uso de drogas SSRI era muy bajo. Él



sugirió que si una mujer desea quedar embarazada, el abastecedor registre una discusión del tema con ella. Si los síntomas son severos (por ejemplo, tendencias suicidas), el paciente puede elegir seguir tomando la droga. "El paciente hace la decisión final."

- Antidepresivos y alimentación de pecho: "No sabemos los efectos a largo plazo de estas drogas. El uso de Prozac comenzó hace solamente 11 años. Todas las drogas tienen el potencial de alterar la expresión de los genes," dijo Guerrero. "La FDA (administración federal de drogas) no recomienda cualesquiera de ellas si se está alimentan-

"La farmacología es una parte pequeña del bienestar: el aspecto espiritual es lo que importa. Estas cosas son fáciles de hacer, son concretas. Pero el trato del alma es difícil."

-Dr. Martín Guerrero

do con el pecho a un bebé. Yo diría que no es recomendable."

- Tratamientos para ADHD (desorden de atención deficiente e hiperactividad): Guerrero dijo que él vio el uso de anfetaminas, tales como Ritalin, como medio temporal para ganar tiempo. "Estos medicamentos deben ser adjuntos a la intervención de los padres, que puede tener efectos verdaderos y duraderos. No deben ser utilizadas como tratamiento a largo plazo." Él sugirió el uso de Welbutrin y de Effexor para adultos, que no responden tan bien a los estimulantes.

Guerrero terminó su plática sobre tratamientos y de farmacéuticos específicos con comentarios sobre los aspectos espirituales de la enfermedad y de la recuperación mental. Cuando un miembro de las audiencias le pidió su opinión sobre el papel de la espi-

ritualidad en la resolución de estas enfermedades, Guerrero no vaciló en dar su respuesta. Él recordó una cita: "No somos seres humanos que tienen una experiencia espiritual. Somos almas que tienen una experiencia humana." Su explicación implicó que él endosa no solamente la exploración espiritual concurrente con el tratamiento médico, pero cree que su importancia es mayor a la de los medicamentos. "La farmacología es una parte pequeña del bienestar: el aspecto espiritual es lo que importa. Estas cosas son fáciles de hacer, son concretas. Pero el trato del alma es difícil." Guerrero compartió algo de su filosofía de la medicina psiquiátrica, incluyendo ver a la enfermedad como una oportunidad de reevaluar la vida, no solamente para el paciente, pero para los seres amados y los clínicos también. "Veo la enfermedad como una oportunidades de ser mejor." concluyó.

## Información de Contacto:

---

La red de clínicas para emigrantes y los presentadores en el intensivo clínico de la salud mental le animan a que se ponga en contacto con ellos para obtener información adicional sobre el abastecimiento de servicios de salud mental a los campesinos migratorios.

Migrant Clinicians Network  
PO Box 164285  
Austin TX 78716  
Teléfono: 512-327-2017  
Fax: 512-327-0719  
mcn@migrantclinician.org  
dgarcia@migrantclinician.org

Dr. Martin Guerrero  
Department of Psychiatry  
Texas Tech University  
4800 Alberta  
El Paso TX 79905  
Teléfono: 915-545-6830  
Fax: 915-545-6442  
psyemg@ttuhsc.edu

Wilton Kennedy, PA-C  
College of Health Sciences  
920 South Jefferson Street, PO Box 13186  
Roanoke VA 24031  
Teléfono: 540-985-8256  
Fax: 540-224-4551  
manzana@brinet.com

Dra. María de Jesús Díaz Pérez  
Instituto Mexicano de Psiquiatría  
Calzada México Xochimilco 101. Del.  
Tlalpan  
México, D.F., C.P.14370  
Teléfono: (5)655-3578  
diazpe@imp.edu.mx

Rosemary Quagan, MSW, CCAS, and  
Michael Doolen, LCSW, CCAS  
Harvest House/ Casa Cosecha  
PO Box 227  
Newton Grove NC 28366  
Teléfono: 910-567-5050  
Fax: 910-567-5022  
rosemary.quagan@access.gov  
Mdoolen@aol.com

Dr. Albert Pacheco  
La Clinica Community Health Center  
Nueva Esperanza Counseling Center  
720 Court Street, Suite 8  
Pasco WA 99301  
albertp@bossig.com



## Notas

---

- <sup>1</sup> Secretaría de Relaciones Exteriores, 1997. "Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración." México: Editorial y Litografía Regina de Los Angeles, S.A.
- <sup>2</sup> RM Zenteno, DS Massey, 1999. "Especificidad vs. Representatividad: Enfoques metodológicos en el estudio de la migración mexicana hacia EU." *Estudios Demográficos y Urbanos*, 40, 75-116.
- <sup>3</sup> J Bustamante, 1995. "Migración de México a Estados Unidos: Un enfoque sociológico." En: Secretaría de Relaciones Exteriores (Ed.). "La migración laboral mexicana a Estados Unidos de América: Una perspectiva bilateral desde México." México: Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos, 25-76.
- <sup>4</sup> J Bustamante, 1996. "El marco teórico-metodológico de la circularidad migratoria: Su validación empírica". Trabajo presentado en El Colegio de la Frontera Norte. IV Simposio bienal de Evaluación Externa. COLEF IV, 23-25 de octubre.
- <sup>5</sup> R Cervantes, A Padilla, VN Salgado de Snyder, 1991. "The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment" (El inventario de factores estresantes en la comunidad hispana: Un estudio psicosocial utilizando una estrategia culturalmente relevante). *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 438-447.
- <sup>6</sup> VN Salgado de Snyder, 1993. «Family life across the border: Mexican wives left behind» (La vida familiar a través de la frontera: Esposas Mexicanas que permanecen en su país). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 15, 391-401.
- <sup>7</sup> VN Salgado de Snyder, MJ Díaz- Pérez, M Maldonado, E Bautista, 1998. "Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States" (Vías para conseguir servicios para la salud mental entre los habitantes de un pueblo Mexicano con una gran tradición de emigración a los E.E.U.U.) *Health and Social Work*.24, 136-148.
- <sup>8</sup> WA Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiol , E Alderete, R Catalano, J Caraveo-Anduaga. "Lifetime prevalence of DSM-III R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California" (Predominio a lo largo de la vida de desórdenes psiquiátricos de tipo DSM-III R entre Mexicanoamericanos de origen rural y urbano en California). *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:771-778.
- <sup>9</sup> E Alderete, W Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola. "Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California" (Predominio a lo largo de la vida y factores de riesgo de desórdenes psiquiátricos entre campesinos migratorios Mexicanos en California). *AJPH*. 2000;90(4):608-614.
- <sup>10</sup> WA Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola, E Alderete, R Catalano, J Caraveo-Anduaga. "Lifetime prevalence of DSM-III R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California" (Predominio a lo largo de la vida de desórdenes psiquiátricos de tipo DSM-III R entre Mexicanoamericanos de origen rural y urbano en California). *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:771-778.
- <sup>11</sup> E Alderete, W Vega, B Kolody, S Aguilar-Gaxiola. "Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California" (Predominio a lo largo de la vida y factores de riesgo de desórdenes psiquiátricos entre campesinos migratorios Mexicanos en California). *AJPH*. 2000;90(4):608-614.
- <sup>12</sup> Kessler, et.al. "Lifetime and twelve-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study" (Predominio a lo largo de la vida y dentro de doce meses de desórdenes psiquiátricos de tipo DSM-III-R en los E.E.U.U.: Resultados del estudio nacional de morbilidad complementaria). *Archives of Gen. Psychiatry*, vol.51:8-19, 1994



PO Box 164285

Austin TX 78716

Phone: 512-327-2017

Fax: 512-327-0719

[mcn@migrantclinician.org](mailto:mcn@migrantclinician.org)