

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**TESIS**

**SALUD FÍSICA Y APOYO SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE  
AFRONTAMIENTO DE LOS MIGRANTES CENTROAMERICANOS EN  
TRÁNSITO POR EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

**PRESENTA**

**IMELDA AZUCENA MOYEDA GARZA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON  
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

**NOVIEMBRE, 2017**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**TESIS**

**SALUD FÍSICA Y APOYO SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE  
AFRONTAMIENTO DE LOS MIGRANTES CENTROAMERICANOS EN  
TRÁNSITO POR EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

**PRESENTA**

**IMELDA AZUCENA MOYEDA GARZA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON  
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MARÍA ZÚÑIGA CORONADO**

**NOVIEMBRE, 2017**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la **Lic. Imelda Azucena Moyeda Garza** hacen constar que han evaluado la Tesis "Salud física y apoyo social como estrategia de afrontamiento de los migrantes centroamericanos en tránsito por el área metropolitana de Monterrey" y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	FIRMA
Dra. María Zúñiga Coronado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. María Elena Ramos Tovar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Hiroko Asakura Sato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

Vo.Bo.

Mts. Ana María Contreras Ramírez  
Subdirectora de Estudios de Posgrado  
Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano, U.A.N.L.



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
Y DESARROLLO HUMANO  
SUBDIRECCIÓN DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

San Nicolás de los Garza N.L., a 29 de Septiembre de 2017



Visión  
2020  
UANL

"Educación de clase mundial,  
un compromiso social"

Cd. Universitaria, C.P. 66455  
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México  
Tels. (81) 8352 1309, 8376 8177  
8552 9511, 8376 5358, 8329 4000 ext. 4440 (Dirección)

## **AGRADECIMIENTOS**

Me encuentro muy agradecida con distintas mujeres que me ayudaron para lograr el término de esta tesis.

Primeramente con mi mamá Teresa Garza, por haberme apoyado a lo largo de mi vida e impulsarme siempre para alcanzar mis sueños y nunca desistir de ellos, ya que sin ella nunca hubiera podido siquiera pensar en realizar este proyecto.

Agradezco de igual forma a mis hermanas Nazareth y Montzerrath Moyeda, por haber estado siempre al cuidado de mi bebé Aarón Neave, en los momentos en que tenía que desvelarme para trabajar en los avances de la investigación.

De igual forma, reconozco la dedicación y paciencia de mi directora de tesis la Dra. María Zúñiga Coronado, mi co-asesora la Dra. María Elena Ramos Tovar y mi lectora la Dra. Hiroko Asakura Sato, por brindarme su tiempo y conocimientos, llevándome de la mano en este proceso académico.

Por último, doy gracias a Dios por ponerme en mi camino a todas ellas y darme las herramientas que necesité para llegar a mi meta.

Imelda Azucena Moyeda Garza

## RESUMEN

La presente tesis se trata de un estudio cuantitativo con alcance descriptivo y correlacional realizado con 300 migrantes centroamericanos en tránsito irregular por el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Como objetivo general de la investigación se planteó: Analizar el impacto de las situaciones estresantes asociadas al proceso migratorio en la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey (AMM), así como el apoyo social utilizado para afrontar las situaciones estresantes. Los datos se recogieron por medio de un cuestionario estandarizado. La captura y análisis estadístico de los datos se realizó por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). La teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, el Modelo del Manejo del Estrés de Richard Lazarus y la teoría del Apoyo Social fueron las teorías utilizadas para la interpretación de los datos.

De los resultados se desprende que los migrantes perciben discriminación asociada a su forma de hablar o acento, por parte de la sociedad regiomontana, lo cual representa una fuente de estrés para ellos. Sobre las principales situaciones violentas experimentadas por los migrantes se encuentran: el haber sido atacado o asaltado, el ser testigo de que hayan atacado o asaltado alguien, así como haber sido detenido por alguna autoridad en su tránsito por el AMM. De la misma manera, se encontró que los migrantes experimentan diversas dolencias físicas como dolores musculares y síntomas autonómicos, tales como boca seca, rubor, palidez, sudoración o piel de gallina. Respecto al apoyo social, los principales actores que proporcionan sostén a los migrantes centroamericanos en tránsito son los albergues distribuidos en la zona metropolitana de la ciudad, otorgando en su mayoría alojamiento y alimentos, siendo significada esta ayuda como altamente satisfactoria por los entrevistados.

A través del análisis correlacional de los datos del estudio se pudo comprobar que sentirse discriminado y ciertas situaciones estresantes experimentadas tienen una relación estadística significativa con padecer dolencias físicas. El sentirse discriminado se asocia con padecer síntomas cardiovasculares, sensoriales y gastrointestinales. El haber sido detenido por alguna autoridad con presentar síntomas cardiovasculares y gastrointestinales. El haber sido obligado a trabajar con sentir dolores gastrointestinales y autonómicos. El haber sido víctima de un acto criminal con experimentar síntomas cardiovasculares. Y el haber sido testigo de que hayan atacado o asaltado a alguien se asocia con somatizaciones cardiovasculares, así como con manifestar síntomas gastrointestinales.

Respecto al uso de estilos de afrontamiento, nuestros hallazgos demuestran que el apoyo social traducido en ayuda material, instrumental, cognitivo y emocional, tiene una relación estadística significativa con la salud física.

Podemos concluir que si bien el Área Metropolitana de Monterrey es una nueva ruta por la que transitan los migrantes centroamericanos para evitar situaciones peligrosas, ésta no está exenta de peligros que ponen en riesgo su salud física y mental. Ante esta situación, el apoyo social como recurso actúa como amortiguador entre las situaciones estresantes y la salud física, siendo los albergues de la metrópoli la principal fuente del apoyo.

**Palabras clave:** migración centroamericana, situaciones estresantes, salud física y apoyo social.

## TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Salud, apoyo social y migración.....	2
1.3 Justificación.....	11
1.4 Preguntas de investigación.....	16
1.5 Objetivos del estudio.....	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Determinantes de la salud.....	17
2.2 Modelo del manejo del estrés y las emociones de Richard Lazarus.....	21
2.2.1 Estrés y emoción.....	22
2.2.2 El proceso de valoración.....	24
2.2.3 Variables ambientales.....	24
2.2.4 Variables personales.....	25
2.2.5 Valoración primaria.....	26
2.2.6 Valoración secundaria.....	26
2.2.7 El manejo como proceso.....	27
2.2.7.1 Manejo centrado en el problema.....	27
2.2.7.2 Manejo centrado en la emoción.....	27
2.3 Apoyo social.....	28
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
3.1 Tipo de estudio.....	32
3.2 La muestra.....	32
3.3 Técnicas de investigación y diseño del instrumento.....	33
3.4 Validez y fiabilidad del instrumento.....	34
3.5 Viabilidad de la investigación.....	34

3.6 Recolección de datos.....	34
3.7 Operacionalización de variables.....	35
3.8 Análisis e interpretación de datos.....	37
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	39
4.1 Análisis descriptivo.....	39
4.1.1 Perfil sociodemográfico.....	39
4.1.2 Situaciones estresantes.....	41
4.1.3 Salud física.....	43
4.1.4 Enfermedades crónicas y Sustancias adictivas.....	45
4.1.5 Apoyo Social.....	47
4.2 Análisis correlacional.....	50
4.2.1 Variables sociodemográficas y salud física.....	50
4.2.2 Situaciones estresantes y salud física.....	51
4.2.3 Apoyo social y salud física.....	57
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXO.....	i



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Variable Situaciones estresantes.....	35
<b>Tabla 2.</b> Variable Salud física.....	36
<b>Tabla 3.</b> Variable Apoyo social.....	37
<b>Tabla 4.</b> Datos sociodemográficos.....	40
<b>Tabla 5.</b> Situaciones estresantes experimentadas por los migrantes centroamericanos en su tránsito por el AMM.....	43
<b>Tabla 6.</b> Dolencias físicas experimentadas por los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.....	44
<b>Tabla 7.</b> Enfermedades crónicas de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.....	46
<b>Tabla 8.</b> Uso de sustancias adictivas de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.....	46
<b>Tabla 9.</b> Tipos de Apoyo social otorgados a los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.....	48
<b>Tabla 10.</b> Satisfacción del apoyo social otorgado a los migrantes centroamericanos en tránsito por Monterrey y su AM.....	50
<b>Tabla 11.</b> Situaciones estresantes y salud física.....	52
<b>Tabla 12.</b> Índice de situaciones estresantes con cada uno de los síntomas de salud física.....	55
<b>Tabla 13.</b> Índice de situaciones estresantes con índice de salud física.....	55
<b>Tabla 14.</b> Índice de situaciones estresantes, índice de salud física y apoyo social.....	55

# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Introducción

Las migraciones humanas constituyen un fenómeno social de primera magnitud en nuestro mundo contemporáneo (Blanco, 2006). Difícilmente existen países que se escapan de estos flujos migratorios o se mantienen lejos de sus consecuencias, ya que con mayor frecuencia cada vez se presentan mayores incrementos en la movilidad de las personas que deciden desplazarse por motivos económicos, políticos, de seguridad o desastres naturales (Arellanez, 2016). México se ha configurado como un país que muestra los tres tipos de migración: origen, tránsito y destino de migrantes (Carrasco, 2013).

En lo que respecta a la población en tránsito, al año ingresan a México aproximadamente 150 mil migrantes indocumentados, la mayoría de origen centroamericano, según cifras oficiales de la Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación (citado en Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011). De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Migración (INM, 2017), en 2016, se registraron 151 mil 429 eventos de detención de personas provenientes de países centroamericanos; los principales países que encabezan la lista son: Guatemala con 62 mil 278, Honduras con 54 mil 226 y el Salvador con 33 mil 531 eventos. Por su parte, informes de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM), reportan 31 mil 894 migrantes en tránsito por el país en el año 2014 y 30 mil 321 migrantes en el año 2015; de esta última cifra, 17 mil 882 personas son hondureños (REDODEM, 2014; 2015).

Las rutas de los migrantes centroamericanos no son estáticas, sino que están en constante cambio (Casillas, 2008). En tiempos recientes se ha configurado una nueva ruta por la costa del Golfo de México<sup>1</sup>. Los registros de eventos de detención muestran como los migrantes han optado transitar por los estados de Nuevo León y Tamaulipas, probablemente intentando cruzar la frontera de Estados Unidos por el territorio de Texas (Martínez, Cobo y Narváez, 2015).

Sin embargo, los migrantes centroamericanos se han visto orillados a transitar por Nuevo León debido a la violencia que se vive en Tamaulipas y las agresiones cometidas en su contra (siendo el caso más sonado la matanza de San Fernando<sup>2</sup>, en 2010), lo que los han orillado a cambiar su camino hacia Monterrey (Izcara, 2012). Según fuentes periodísticas, Nuevo León es la penúltima estación de la ruta ferroviaria por la que cruzan al año 12 mil centroamericanos (*Telediario*, 2014).

En el caso particular de la violencia que experimentan por el país, diversas organismos, como la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de los Migrantes (2014), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2011) y el Colegio de la Frontera Norte (2015),

---

<sup>1</sup> Este cambio de ruta se debe principalmente a la peligrosidad del desierto de Sonora que provocaba una alta mortalidad en los migrantes (López, 2013) y las medidas de vigilancia extrema que tomó EUA en la frontera del noreste (Anguiano y Trejo, 2007).

<sup>2</sup> En San Fernando (Tamaulipas), el 26 de agosto de 2010, se reportó el asesinato de 72 migrantes en tránsito procedentes de Ecuador, Honduras, Brasil y El Salvador, a manos del crimen organizado (Izcara, 2012).

han registrado las agresiones más recurrentes experimentadas por los migrantes centroamericanos en tránsito, como las violaciones a sus derechos humanos, robos, asaltos, trabajos forzados, trata de personas, extorciones, secuestros, entre otras. Siendo la sociedad civil, los grupos delictivos y las autoridades los principales perpetradores de los ataques.

Como resultado de vivir estas situaciones de riesgo, las personas que participan dentro del proceso migratorio pueden llegar a percibir un daño en su salud física (Ceja, Lira y Fernández, 2014). Ya que las situaciones se relacionan directamente con la violación a sus derechos humanos, el estrés, la vulnerabilidad, la desprotección y la baja salubridad, dependiendo considerablemente de su estatus legal y las leyes del país al que llegan; convirtiéndose en sujetos de alto riesgo, tanto psicosocial como físicamente (CONAPO, 2008, citado por Ceja, Lira y Fernández, 2014).

La preocupación por el estudio propiamente de la migración centroamericana en México por parte de la comunidad académica ha ido en aumento debido a que el flujo migratorio es cada vez es más significativo, pero sobre todo por las innumerables situaciones de riesgo a las que están expuestos los migrantes en su paso por el país para poder llegar a Estados Unidos (Anguiano y Trejo, 2007; Carrasco, 2013; Casillas, 2008, 2011; Fuentes y Ortiz, 2012; López, 2013; Rivas, 2011).

Sin embargo, un aspecto que no ha sido abordado ampliamente en los estudios sobre migración en tránsito por México es el impacto que tiene la exposición a situaciones de riesgo o las agresiones experimentadas en el bienestar y la calidad de vida de los migrantes, particularmente en la salud psicofísica (Ceja, Lira y Fernández, 2014). Por lo cual la presente tesis se centra en el análisis de las situaciones estresantes experimentadas por migrantes en tránsito por el área Metropolitana de Monterrey (AMM) en relación a su salud, así como el análisis del apoyo social como estrategia de afrontamiento y como amortiguador entre eventos estresantes y salud. Los temas de salud y apoyo social en el contexto migratorio se abordarán en el siguiente apartado.

## **1.2 Salud, apoyo social y migración**

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) como un estado integral, donde no solamente implica la ausencia física de enfermedades, sino también un bienestar tanto mental como social. Por su parte, la salud mental es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo conoce sus propias capacidades, puede confrontar situaciones estresantes normales, trabajar de manera productiva y aportar a su entorno (OMS, 1964). En ese sentido, estas definiciones sobre salud y salud mental, permiten pensar que si el bienestar se ve dañado en alguno de los elementos que lo integran, se podrán observar implicaciones tanto a nivel físico como mental (Bail, Nistal, Vidal y Lara, 2012).

Estos conceptos de salud física y mental pueden explicar el bienestar de cualquier tipo de personas, pero ¿qué pasa específicamente con la salud de las personas que se encuentran relacionadas con la migración? Según la literatura secundaria, el tema de la salud ha sido

abordado en tres tipos de población migrante: los que se quedan<sup>3</sup>, los que se van y los de tránsito.

En cuanto a los que se quedan, se ha visto como la migración hacia otra región por uno o ambos padres provoca modificaciones en la estructura familiar, conllevando a repercusiones en la salud mental, tanto de los hijos como de los tutores que se quedan a cargo de la familia (Herrera y Carrillo, 2009; Meñaca, 2006). Los hijos presentan cambios en su conducta y problemas de salud, tales como depresión, agresividad, fracaso escolar, embarazos a temprana edad, así como el consumo de sustancias adictivas como alcohol y drogas (Goycochea, 2013; Meñaca, 2006; Rivera, Cervantes, Martínez y Obregón, 2012). De igual manera, la reunificación familiar también ha llevado a la presencia de trastornos adaptativos y emocionales en los hijos, ya que al volver los padres e integrarse de nuevo a la dinámica familiar provoca un choque cultural, pues se trata de un encuentro entre extraños (Cohén, 1999 citado por Sánchez, 2004; Falicov, 2001).

Por su parte, las mujeres, abuelos o hermanos mayores que se quedan a cargo de la familia manifiestan sentimientos de temor, incertidumbre y estrés surgidos por la responsabilidad de cuidar del bienestar de los hijos y además, porque la toma de decisiones se ve menguada por la autoridad que ejercen los padres migrantes al seguir en contacto con ellos (Caballero, Leyva, Ochoa, Zarco y Guerrero, 2008; Herrera y Carrillo, 2009; Parella, 2007).

En cuanto a los que se van, la salud de los migrantes ha sido abordada desde distintas aristas, como la depresión y el suicidio, los abusos y enfermedades sexuales, las condiciones laborales insalubres y las situaciones de estrés.

La depresión y el suicidio se han manifestado más en migrantes de primera y segunda generación<sup>4</sup> (Brietzke y Perreira; 2016; Sieberer, Maksimović, Ersöz, Machleidt, Ziegenbein y Calliess, 2011; Yañez y Cárdenas, 2010). El suicidio exclusivamente, se ha presentado más en mujeres hijas de migrantes que en hijos varones, por ejemplo, en el estudio de Webb, Antonsen, Pedersen, Mok, Cantor y Agerbo (2016) realizado con migrantes procedentes de Groenlandia, Medio Oriente y Asia, las hijas de ellos presentaron mayor riesgo a conductas suicidas que los hijos. De igual manera, estudios epidemiológicos y clínicos realizados en Estados Unidos han registrado como el suicidio se ha presentado en mayor frecuencia en jóvenes latinas que en adolescentes blancas o de color no hispanas (Zayas y Gulbas, 2012; Zayas y Pilat, 2008).

En cuanto a violencia y sexualidad, las mujeres migrantes se encuentran en mayor vulnerabilidad que los hombres, o inclusive que otras mujeres no migrantes. Al estar en un país ajeno al suyo, se ven desprovistas de redes sociales y derechos civiles que las apoyen. En consecuencia de ello, deben soportar malos tratos y discriminación, llevándolas a alteraciones en su salud mental. Además, es más fácil que en este estado psicosocial, caigan en redes de prostitución para asegurar su supervivencia, lo que las lleva a contraer enfermedades sexuales como el VIH (Freedman, 2016; Giorgio, Townsend, Zembe, Guttmacher, Kapadia, Cheyip y

---

<sup>3</sup> El término “los que se quedan” se refiere a la familia del migrante que se queda en el hogar de origen.

<sup>4</sup> Por migrantes de primera generación se entiende aquellos que realizaron el viaje desde su lugar de origen hacia el país de destino, a su vez, los migrantes de segunda generación son los hijos de los migrantes de primera generación.

Mathews, 2016; Herrera y Campero, 2002, Keygnaert y Guieu, 2015; Montañes y Moyano, 2006; Simmons, Menjívar y Téllez, 2015).

En el caso de los hombres, son ellos los que han presentado mayores conductas de riesgo sobre su sexualidad, lo que los vuelve más propensos a la contracción del VIH (Awasthi, Adefemi y Tamrakar, 2015; Chen, Zhou, Hall, Wang, Latkin, Ling y Tucker, 2016; Navaza, Abarca, Bisoffi, Pool y Roura, 2016). Además, son los varones de segunda generación los que han presentado o sufrido mayores delitos violentos en comparación de las mujeres (Webb, Antonsen, Pedersen, Mok, Cantor, Agerbo y 2016).

En lo que respecta a condiciones laborales y el deterioro de la salud, las/los trabajadores migrantes han manifestado daños en su salud mental y física, como: cefaleas, dolores musculares, problemas respiratorios, estrés, entre otros, debido a las condiciones insalubres e inseguras que existe en sus lugares de trabajo (Biering, Lander y Rasmussen, 2016; Kearney, Chatterjee, Talton, Chen, Quandt, Summers y Arcury, 2014; Kronfol; Saleh y Al-Ghafry, 2014; Rathod, 2016).

Por último, sobre las situaciones estresantes que llevan a implicaciones sobre la salud psicofísica, existen dos investigaciones de carácter exploratorio realizadas por Pozos, Aguilera, Acosta y Pando, (2014) y Ramos (2010) con migrantes mexicanos. El estudio de Pozos y otros (2014) es un estudio de tipo cuantitativo, con una muestra de 48 migrantes residentes en Canadá, cuyo objetivo fue conocer las dolencias psicofísicas de los migrantes resultantes del estrés experimentado. Los datos se obtuvieron a través de cuestionarios y se utilizó el Modelo cognitivo-transaccional del Estrés de Lazarus para la interpretación de los datos. Por su parte, la investigación de Ramos (2010) trabajó con una muestra de 114 migrantes residentes en EUA, a través de una metodología mixta, utilizando entrevistas a profundidad y cuestionarios para recabar la información. Su estudio se centró en las emociones y la salud psicofísica de los migrantes, utilizando una perspectiva construccionista y, al igual que el estudio anterior, por medio de la teoría de Lazarus es que se analizaron los datos.

En ambas investigaciones, los migrantes mexicanos catalogaron como situaciones estresantes: el no poder sacar a su familia adelante, no saber cómo hablarle a sus hijos, el estar lejos de su familia y amigos mexicanos, el no poder educar a sus hijos, el abandonar o perder a sus hijos, el que sus hijos sean hombres o mujeres de bien, su condición de indocumentados, la preocupación por el bienestar de sus hijos, el recordar su pasado, la salud de sus hijos, el encontrarse solos, sus propios problemas de salud, su condición laboral y el no encontrar trabajo. Dentro de las situaciones estresantes expresadas por los migrantes, los resultados de estos estudios mostraron consecuencias sobre la salud psicofísica: estrés mental, problemas físicos como dolores de cabeza y pies, así como el no comer adecuadamente.

A diferencia de los estudios descritos anteriormente, existe una investigación realizada por Winkelman, Chaney y Bethel (2013) en Estados Unidos con 52 migrantes mexicanos y guatemaltecos, así como la de Kaiser, Keys, Foster y Kohrt (2015) en República Dominicana con 127 migrantes haitianos, donde ambos estudios abordan la salud psicofísica de los migrantes y las estrategias de afrontamiento utilizadas para el manejo de las situaciones estresantes. Asimismo, utilizaron un enfoque mixto y correlacional, aplicando entrevistas y encuestas para la recogida de datos. La teoría que utilizaron para su interpretación fue la teoría

del Capital social, la cual explica cómo la cohesión social que existe en un determinado grupo y el apoyo mutuo, funcionan como amortiguadores contra el estrés surgido de las relaciones sociales negativas.

Las investigaciones coinciden en las situaciones estresantes identificadas por los migrantes, las cuales son: la jornada laboral, las situaciones familiares, el estatus legal, la falta de recursos económicos y la relación con las autoridades. Además, en el estudio de Kaiser y otros (2015), los migrantes haitianos expresaron sentir estrés por los malos tratos de la comunidad de destino hacia ellos. Sobre los daños en la salud psicofísica, ambos estudios identificaron sentir miedo, angustia y estrés; además en la investigación de Winkelman, Chaney y Bethel (2013), los migrantes comentaron haber sentido cansancio, dolor de espalda, cuello, brazos y cabeza por las condiciones laborales en las que se encontraban.

Sobre las estrategias de afrontamiento, los migrantes mexicanos y guatemaltecos (Winkelman, Chaney y Bethel, 2013) expresaron pasar tiempo con sus amigos, jugar con sus hijos, bailar, escuchar música, dormir un poco más, tomar una ducha de agua caliente, beber té, bromear, establecer objetivos, hablar con un consejero y consultar con un médico, beber alcohol, comer mucho, jugar lotería o evadir el tema (Winkelman, Chaney y Bethel, 2013).

De igual forma, en el estudio de Winkelman, Chaney y Bethel, (2013) se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las características demográficas y laborales con algunos tipos de apoyos sociales medidos. Por ejemplo, los migrantes que comentaron ganar más dinero que el resto (\$1000 USD.), tuvieron una asociación significativa con tener un sueño reparador para hacer frente al estrés, a diferencia de los migrantes que ganaban menos dinero. Además, los migrantes que se encontraban en la primera situación, presentaron una asociación significativa con solicitar ayuda a sus familiares más cercanos para la solución de sus problemas. Lo que significa que los migrantes que recibieron apoyo, material o emocional, presentaron mejor estado de salud.

El estudio de Kaiser y otros (2015), a través del cálculo de la regresión lineal, constata una relación significativa entre haber sido deportado con una mayor sintomatología de ansiedad, al igual que, entre haber experimentado malos tratos por parte de la sociedad huésped con síntomas depresivos. La carga mental de sostener una familia se asoció con angustia mental. Así mismo, el estudio identificó diferencias de género, pues las mujeres haitianas presentaron peores implicaciones sobre la salud que los hombres. A pesar de estos resultados, se observa una asociación significativa entre apoyo social y salud, esto es, quienes recibieron mayor apoyo social presentaron menores daños en su salud mental.

Son innegables las repercusiones que las distintas situaciones mencionadas anteriormente traen a la salud de los migrantes residentes, sin embargo, la migración en tránsito<sup>5</sup> es la que ha presentado mayores riesgos y daños que el resto, ya que el estatus irregular y el no contar con sus redes de apoyo familiares y de amigos que los pueda auxiliar en cualquier situación, los vuelve un tipo de población más vulnerable (Rivas, 2011).

Un ejemplo son los migrantes ecuatorianos que salen de su país hacia los Estados Unidos, recorriendo 5 mil kilómetros a través de una ruta marítima y terrestre para cruzar Guatemala y

---

<sup>5</sup> La cual es definida como el flujo migratorio que se encuentra cruzando por un tiempo indefinido en un lugar diferente al de su origen, con el objetivo de llegar a un tercer sitio (Pérez, 2012).

México hasta la frontera norte. Su condición vulnerable los expone a situaciones de condiciones inhumanas en el viaje, como extorsiones, abusos y posibles violaciones sexuales, sumándole a esto manifestaciones psicofísicas como mareos, hambre, miedo e incertidumbre, viajando la mayoría sin documentos y de manera clandestina (Gallegos y Velasco, 2009).

En el caso de la población de Siria, desde el año 2011 a raíz de conflictos violentos experimentados en este territorio, se ha visto obligada a salir de sus hogares en busca de refugio (Tenesaca, 2016). Los sirios que deciden trasladarse a Europa han tomado como principal ruta el Mar Mediterráneo hasta Italia, de ahí su viaje continuo hacia el norte a países como Suecia, Holanda o Dinamarca. Las situaciones estresantes vividas desde la guerra y durante el trayecto hasta su destino final han traído repercusiones sobre su salud psicofísica, como el síndrome de estrés postraumático, sentimientos de no seguir viviendo, depresión, frustración, ansiedad, heridas físicas, discapacidades crónicas, entre otras (James, Sovcik, Garoff, Abbasi, 2014; Tenesaca, 2016).

De igual manera los refugiados en Serbia, precedentes en su mayoría (50%) de Siria y de otros países como Somalia y Afganistán, Eritrea, Sudán, Argelia, Irak, Irán, Nigeria, Pakistán, Ghana, Bangladesh, Egipto, Palestina y Etiopia, en su mayoría de religión islámica; migran motivados por los deseos de llevar una vida mejor en el continente europeo. La ruta de tránsito comienza en Turquía, pasa por Grecia y la República de Macedonia hasta Serbia. Durante este trayecto, los migrantes son víctimas de arrestos ilegítimos, robos, violencia física y psicológica. En lo que respecta a su estado psicofísico, los migrantes sufren trastornos de estrés postraumáticos, ansiedad y depresión, manifiestan sentimientos de soledad o abandono, culpa, desesperanza y preocupación, así como pérdida de apetito y sueño, todo esto sumado a un mal estado físico, debido a que se sienten agotados por el viaje (Vukčević, Momirovic y Purić, 2016)

Otro tipo de población migratoria en tránsito es la centroamericana que atraviesa México hacia Estados Unidos, sobre la cual se centra el presente trabajo. Específicamente, dentro del ámbito de la academia, se ha abordado escasamente el tema de las situaciones de discriminación y violencia que experimentan los centroamericanos durante su paso en relación con los daños sobre su salud, siendo cuatro investigaciones nacionales las que se identificaron. Éstas fueron realizadas en el norte, centro y sur del país (Beltrán, 2014; Centro de Integración Juvenil, 2014; Instituto Nacional de Salud Pública, 2015; López, 2013).

Respecto a las dos investigaciones situadas en el norte de México, éstas fueron dirigidas por López (2013) y por Beltrán (2014). El estudio de López (2013) fue llevado a cabo en los estados de Coahuila y Nuevo León. A pesar de que la investigación no señala como objetivo principal el tema de la salud, aborda el aspecto de la violencia experimentada, entendida como delitos cometidos en su contra, así como los padecimientos físicos vividos en el tránsito. En el estudio de tipo cuantitativo exploratorio participaron personas hondureñas que residían temporalmente en albergues. A través de la entrevista estructurada (cuestionario) fue posible conocer que la mayoría había sido víctima de golpes o amenazas (72.0%), casi la mitad fueron objeto de robo (41.9%), el 16.2% vivió golpes y robo, el 14.3% amenazas y robo, además un porcentaje más bajo experimentó intento de homicidio (6.7%), amenazas (4.8%), persecución (4.8%), extorsión (3.8%), golpes (3.8%) e insultos (1%). Sobre su estado de salud, más de la mitad de la población encuestada comentó haberse enfermado en el camino (60.4%), y de este

porcentaje el 42% manifestó dolencias respiratorias. Un porcentaje más bajo experimentó dolores musculares (6.2%), lesiones en la piel (4.1%), fiebre (3.4), problemas digestivos (3.4%) y depresión (0.69%).

El estudio de Beltrán, se realizó en el estado de Coahuila, con 104 migrantes originarios de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y comparativo sustentado en la teoría del modelo procesual del estrés de Sandín<sup>6</sup>. El objetivo principal fue analizar el grado y la relación del estrés y las enfermedades psicosomáticas entre los grupos de migrantes que reportaban situaciones de conflicto durante su migración y aquellos que no lo reportaban. Utilizando escalas para medir el nivel de estrés, se observa que el 22.1% de los migrantes experimentaba un nivel alto de estrés. Respecto al análisis descriptivo y las enfermedades psicosomáticas, el 39.4% obtuvo un porcentaje igual o mayor al nivel de ansiedad moderada de riesgo, además 27.9% de la muestra obtuvo una puntuación igual o mayor a la manifestación media alta de los síntomas.

En cuanto al análisis correlacional, por medio de la prueba no paramétrica del coeficiente de Spearman, se encuentra una relación significativa entre el nivel de estrés y la ansiedad. De igual forma, se registra una asociación significativa entre el nivel de estrés y ansiedad con presentar somatizaciones. Dentro del análisis comparativo, por medio de la prueba T de Student<sup>7</sup>, se constata que los migrantes que habían decidido migrar por imitación a otros familiares manifestaron mayores niveles de estrés y ansiedad somática, que los migrantes que decidieron hacerlo por decisión propia. Asimismo, los migrantes que no fueron obligados a migrar presentaron mayor afectación ansiosa que los que viajaron por voluntad propia. También, los migrantes que señalaron haber sido víctimas de un hecho delictivo como robo, asalto, intento de asesinato, secuestro, accidentes causantes de lesiones físicas, el haber estado enfermo y padecer síntomas de enfermedades durante el viaje, fueron los que presentaron mayores niveles de manifestaciones somáticas de estrés y ansiedad, en comparación a los migrantes que mencionaron no haber vivido episodio alguno. Por último, se observa que los migrantes que no tenían ningún tipo de apoyo social manifestaron mayores niveles de estrés.

Respecto a los estudios en el centro del país, se identificó una investigación realizada por los Centros de Integración Juvenil (2014), en el Estado de México. Se trata de una investigación de tipo cuantitativa, exploratoria, con una muestra de 107 migrantes, guatemaltecos, hondureños, salvadoreños y colombianos, donde su principal objetivo fue explorar la intensidad del estrés y la salud mental, así como el uso de sustancias adictivas. Para llegar al cumplimiento de este objetivo se recabaron los datos por medio de cuestionarios dentro de los mismos centros. Los resultados señalan que el total de los migrantes reportaron haber experimentado un evento estresante relacionado con las diferencias de tradiciones y costumbres, así como por su estatus irregular migratorio. El 78% vivió una experiencia catalogada como traumática: ser víctima o testigo de amenazas de muerte, asesinato, persecución, secuestro, agresiones, peleas, riñas, ya sea por autoridades o grupos delictivos.

---

<sup>6</sup> Este modelo asume que una persona puede o no percibir estrés, dependiendo del desequilibrio que exista entre las demandas ambientales y los recursos que posee la persona para afrontarlas (Sandín 1999, citado por Beltrán, 2014).

<sup>7</sup> “Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable” (Hernández, 2010).



Estas situaciones tuvieron efectos en su salud mental, pues 83.2% padeció depresión y 78.3% ansiedad, 44% incrementó el consumo de tabaco y 13% de alcohol, además 34% señaló haber consumido otro tipo de drogas, por lo menos una vez durante su estancia en México (CIJ, 2014).

Por último, el estudio identificado en el sur del país fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (2015) en el estado de Chiapas. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, el cual trabajó con 20 centroamericanos en tránsito, aplicando entrevistas semiestructuradas y utilizando un enfoque fenomenológico. Los datos fueron recogidos en un albergue de ayuda a migrantes en la ciudad de Tapachula. Su principal objetivo fue conocer los daños que tienen en la salud las situaciones estresantes experimentadas por los migrantes, así como las necesidades percibidas en relación a servicios, como los de salud. Los resultados muestran que las principales situaciones estresantes identificadas por los migrantes son la falta de trabajo, su condición de indocumentación, apremiantes necesidades familiares en su lugar de origen, separación de madre e hijos, la incomunicación con familiares, el haber sido víctima de secuestro, ver caer del tren a otro migrante, violencia sexual, miedo a la deportación, entre otras. En cuanto a daños en su salud como consecuencia del estrés, los migrantes reportaron tener pesadillas, estados de ánimo transitorios, pérdida del sueño, dolores de cabeza, cansancio, falta de apetito y fatiga, el sentirse más triste por la noche que por la mañana, así como angustia y desesperación por la incertidumbre del camino. Por último, como expectativas sobre los servicios de salud, los migrantes expresaron querer recibir servicios clínicos e institucionalizados, así como aquéllos servicios que puedan compensar necesidades básicas y fortalezcan sus recursos personales y sociales.

Ante el daño psicofísico causado por las experiencias vividas durante el tránsito, el estudio pone en evidencia la necesidad de realizar procesos de intervención para el manejo de las emociones de los migrantes, como el miedo, la angustia y la tristeza. Además, de la necesidad de garantizar el derecho a la salud a través de servicios de salud.

En este contexto, estas cuatro investigaciones expuestas realizadas en el norte, centro y sur del México, demuestran cómo los migrantes centroamericanos en tránsito se encuentran bajo las mismas situaciones de riesgo a lo largo de todo el país. Los resultados son, además, compatibles con los registros de los organismos no gubernamentales sobre la violación de los derechos de esta población. Haciendo la comparación entre los tres tipos de migrantes, los que se quedan, los que se van y los de tránsito, se podría señalar que enfrentan situaciones estresantes similares, como las condiciones de trabajo, la separación familiar, así como el tener problemas con las autoridades y la comunidad de origen. No obstante, como se expuso anteriormente, las situaciones experimentadas por los migrantes en tránsito son más peligrosas, pues constantemente padecen amenazas, extorsiones, estafas, persecuciones, robo, golpes, secuestros, trata de personas, intentos de homicidio, entre otras, que no solamente causan graves daños a su salud psicofísica, sino que atentan contra su propia vida.

De los estudios mexicanos planteados anteriormente sobre población centroamericana en tránsito, solamente la tesis de Beltrán (2014) aborda de manera específica las estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés con migrantes centroamericanos, siendo un aspecto poco estudiado, pero importante para el manejo del estrés, ya que se ha demostrado que dentro del proceso migratorio, las redes de apoyo configuradas por la familia y los

compatriotas sirven en situaciones de crisis y necesidades puntuales, como en daños sobre la salud del migrante (Aijón y García, 2008; Aparicio y Tornos, 2005; García, Ramírez y Jariego, 2001).

En el caso de migrantes residentes, tres estudios identificados dan cuenta de ello. El primer estudio realizado en la provincia de Almería, España, con la participación de 100 migrantes marroquíes residentes, muestra como el apoyo material, emocional y de información fue clave para el manejo del estrés y la ansiedad producida por situaciones de estrés experimentadas en los migrantes residentes. De igual manera se reflejó como entre mayor es la satisfacción de los migrantes por el apoyo recibido, mayor es su bienestar subjetivo (Pozo, Hernández y Alonso, 2004).

El segundo estudio de tipo mixto, realizado en Marbella, España con la participación de 173 migrantes, 81 marroquíes, 69 filipinos y 23 senegaleses, se pretendió comprobar la hipótesis de que el contar con suficiente apoyo social, funciona como amortiguador de síntomas depresivos bajo una situación desfavorable. Como resultados de los datos, se constata cómo efectivamente los migrantes que contaban con depresión y la suficiencia de una red social de apoyo los protegía de daños sobre su salud, ya que el apoyo social funcionaba como un factor positivo que los ayudaba a enfrentar las situaciones estresantes que vivían y la satisfacción de sus necesidades emocionales, informativas y materiales (García, Ramírez y Jariego, 2001).

Finalmente, los resultados del estudio comparativo de Cofrades (2010) realizado en España con 128 mujeres, donde se contrastaba 64 mujeres autóctonas frente a 64 mujeres migrantes con procedencia de Argentina, Colombia, Ecuador, Brasil, Uruguay, Bolivia, Venezuela, Filipinas, Perú, Marruecos, Rumania, Bulgaria, Rusia y Ucrania, demostraron como las mujeres autóctonas, que eran las que presentaban un mayor apoyo social, se sentían más satisfechas con su vida y fueron las que presentaron menores daños en su salud, en comparación a las mujeres migrantes que contaban con menos redes sociales de apoyo y presentaban mayores daños en su salud.

La comparación entre estas investigaciones demuestra como el apoyo social juega un importante rol en la salud de las personas, pues el sentirse apoyado, aceptado o querido por una red, ayuda a percibir y afrontar los acontecimientos estresantes de la vida de manera distinta, funcionando como amortiguador en los daños al bienestar psicofísico (Cofrades, 2010).

Específicamente, dentro del contexto de la migración centroamericana en tránsito, un estudio cualitativo y dos trabajos académicos que analizan, en base a datos secundarios, las estrategias utilizadas por los migrantes centroamericanos en tránsito muestran como esta población cuenta con recursos personales y sociales para el afrontamiento de las situaciones de estrés (Casillas, 2008; Fuentes y Ortiz, 2012; Galindo y Guevara, 2012).

Casillas (2008), en base a los informes del INM, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y del Albergue Belén, situado en la Ciudad de Saltillo, Coahuila, analiza las rutas de los centroamericanos por México, destacando la importancia del apoyo cognitivo sobre las rutas transmitido a los migrantes por parte de amigos y familiares que han cruzado o intentando llegar a la frontera norte para internarse en los Estados Unidos. Enfatiza, además, en el papel de la familia como dispensadora de la ayuda material, traducida en envíos

dosificados de dinero, para la continuidad del viaje o para el desistimiento de él en caso de querer retornar a su lugar de origen (Casillas, 2008).

Fuentes y Ortiz (2012), a partir de la revisión de la condición social de los migrantes centroamericanos a su paso por México, analizan, en base a datos de la CNDH, el maltrato que sufren los migrantes, destacando el papel de la sociedad civil, que sustentada en los principios de hospitalidad, compromiso y solidaridad, atiende la problemática que enfrentan a través de apoyos concretos y promueve la articulación social para la lucha contra el endurecimiento de las políticas migratorias y los malos tratos que reciben los migrantes en tránsito, así como la búsqueda y promoción de sus derechos.

Galindo y Guevara (2012), analizando las narrativas de entrevistas a profundidad realizadas en el marco de un proyecto de investigación titulado “Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes”, resaltan que las comunidades configuradas por migrantes centroamericanos que residen en México sirve también de apoyo para los migrantes en tránsito, ya que proveen de soporte económico y social a los recién llegados, dando un ambiente cultural familiar y de ayuda para encontrar trabajo; en el caso de los transmigrantes guatemaltecos, existen consejos y comunidades localizadas en la frontera sur entre Guatemala y México.

El apoyo proporcionado por las casas solidarias y los albergues distribuidos a lo largo del país es resaltado por Casillas (2008) y Galindo y Guevara (2012), siendo la asistencia alimentaria, el hospedaje, los servicios de salud y la asesoría jurídica las principales formas de ayuda proporcionadas a los migrantes centroamericanos. En los años recientes, la coordinación y esfuerzos de las casas solidarias, de los grupos y de las redes de apoyo a migrantes se han fortalecido para brindar asistencia humanitaria y luchar por la defensa de sus derechos humanos. Estas casas representan un lugar seguro para los migrantes en tránsito irregular, ya que de acuerdo a la Ley de Migración, las autoridades del Instituto Nacional de Migración, no pueden entrar ni detener a ningún migrante<sup>8</sup>.

Fuentes y Ortiz (2012) señalan que a pesar de los estudios y esfuerzos realizados por las organizaciones de la sociedad civil, no se cuenta con suficiente evidencia empírica sobre la ubicación y causas del maltrato de los migrantes centroamericanos en tránsito. Asimismo, afirman que la labor en el campo de la defensa de los derechos humanos aún es limitada por la falta de voluntad política para poner en práctica las normas internacionales. Galindo y Guevara (2012) sostienen que el fenómeno de abuso y crimen contra los migrantes se ha visibilizado, más no suficientemente la violencia sistémica y estructural. Casillas (2008), resalta la importancia de los esfuerzos coordinados de las redes humanitarias, de las redes sociales y familiares de los propios migrantes y de las redes virtuales que conectan a instituciones, organismos civiles y migrantes.

Al hacer una breve recapitulación de todo lo expuesto en este capítulo, se observa como la academia ha abordado el tema de los daños sobre la salud en los diferentes tipos de migrantes, los que se quedan, los que se van y los de tránsito, a partir de experiencias estresantes vividas.

---

<sup>8</sup> Esto se encuentra señalado en la Ley de migración. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 25 de mayo de 2011.Reformada el 21 de abril de 2016.

Se puede apreciar, como los primeros dos grupos se han estudiado ampliamente, identificando como situaciones estresantes su situación familiar, la constante preocupación por sus hijos, su estatus legal y los problemas laborales. Además de los daños que estas situaciones han causado sobre la salud, como estrés, depresión y somatizaciones. Sin embargo, a diferencia de estos tipos de población migrante, el conocimiento que se tiene sobre la salud de la población migrante en tránsito relacionada a las situaciones estresantes que experimentan, se vuelve más escasa.

Exclusivamente dentro del contexto mexicano, hablando de los centroamericanos como principal población en tránsito dentro del país, los pocos estudios identificados que abordan esta problemática han reconocido el peligro que atraviesan y la vulnerabilidad en la que se encuentran, debido principalmente a la discriminación de la sociedad civil y a la violencia de la que son víctimas por parte del crimen organizado y de las autoridades. Asimismo, han puesto en evidencia que los principales eventos estresantes son el secuestro, robos, asaltos, golpes, discriminación, intentos de homicidio, entre otras, siendo situaciones mucho más peligrosas, incrementando el riesgo de tener implicaciones en la salud psicofísica. No obstante, son aún más limitadas las investigaciones que analizan las situaciones problemáticas en relación a la salud y los recursos con los que cuentan los migrantes para la resolución de los problemas y la atención a la salud psicofísica.

Desde este contexto, para la solución de estas situaciones estresantes y como estrategia de afrontamiento para el manejo de los daños sobre la salud, los estudios descritos anteriormente han identificado al apoyo social como principal recurso utilizado por distintos tipos de población migrante. Sin embargo, los pocos estudios que han medido el apoyo social en relación a la población centroamericana en tránsito por México y por Nuevo León no aportan suficiente evidencia sobre las redes sociales, sobre las dimensiones del apoyo social o sobre la función amortiguadora del apoyo social entre las situaciones estresantes y la salud física. En este contexto nos planteamos las siguientes preguntas de investigación en torno a los migrantes que transitan por el AMM:

1. ¿Cuáles son las situaciones estresantes que atraviesan los migrantes centroamericanos en su tránsito por el AMM?
2. ¿Cuáles son las principales dolencias físicas experimentadas por los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM?
3. ¿Qué tipos de apoyo social utilizan los migrantes centroamericanos para el afrontamiento de las situaciones estresantes en tránsito por el AMM?
4. ¿Qué tan satisfechos se sienten los migrantes con el apoyo social recibido en el AMM?
5. ¿Qué relación existe entre los estresores y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM?
6. ¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.

### **1.3 Justificación**

Las situaciones estresantes en relación a la salud y al apoyo social han sido estudiadas en la mayoría de los casos en trabajos internacionales y nacionales con población residente (Kaiser

y otros, 2015; Pozos y otros, 2014; Ramos, 2010). La migración en tránsito ha merecido la atención de estudios científicos de países desarrollados y en vías de desarrollo ante la necesidad de comprender y visibilizar los problemas que enfrentan grandes grupos de población que han sido y están siendo expulsados de sus países por las guerras, el hambre o la inseguridad.

Nuestro estudio se inserta en el marco de trabajos que se enfocan en comprender mejor las situaciones que enfrentan los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por el Área Metropolitana de Monterrey. En efecto, conscientes de que la migración puede acompañarse de problemas en el plan económico, social y de la salud física y mental, es importante profundizar en los efectos que tienen las dificultades que experimentan sobre la salud física, así como en el papel que juega el apoyo social recibido como estrategia de afrontamiento. Ante la poca atención acordada a los migrantes centroamericanos en tránsito, nuestra investigación pretende aportar nuevos datos para comprender mejor el fenómeno social, así como realizar propuestas a fin de que los organismos públicos, privados y la sociedad civil participen en la prevención de la violación a los derechos de los migrantes y en la atención a los problemas de salud psicofísica.

El interés de estudiar la salud física de los migrantes en relación a las situaciones estresantes que experimentan durante su tránsito por Monterrey y su Área Metropolitana, así como sus estrategias de afrontamiento, se debe principalmente a la escases de estudios, en México y particularmente en Nuevo León, con migrantes centroamericanos en tránsito que aborden la situaciones estresantes en relación a la salud y al apoyo social. Si bien se han identificado apenas cuatro trabajos en México que estudian el fenómeno de la migración centroamericana (Beltrán, 2014; CIJ, 2014; INSP, 2015; López, 2013), dos de ellos realizados en el norte, en Coahuila y Tamaulipas, uno en el centro, en el Estado de México, y otro en el sur del país, en Chiapas, éstos se han enfocado en las situaciones estresantes y en sus repercusiones en la salud psicofísica, pero, solo uno de ellos considera el tema de las estrategias de afrontamiento, como es el caso de la investigación realizada por Beltrán en Coahuila. No obstante, el estudio de este aspecto se limita al apoyo recibido de los familiares desde el país de origen, excluyendo otras características del apoyo social, como la satisfacción de la ayuda recibida, y de otros actores o miembros de las redes formales e informales que son dispensadoras de ayuda y sostén.

Además del poco interés acordado al tema de las estrategias que utilizan los migrantes centroamericanos en tránsito irregular para el manejo de los eventos estresantes, se observa que los estudios consideraron muestras pequeñas, mientras que sólo uno reporta haber utilizado una teoría como marco de análisis e interpretación de los resultados. El único estudio reportado en Nuevo León, (López, 2013), no establece como objetivo principal el tema de la salud, por lo que no es abordado en profundidad, además, la muestra únicamente consideró a migrantes de origen hondureño. El uso de recursos personales y sociales para afrontar las situaciones tampoco fue considerado en la investigación.

En Nuevo León, existen diversos organismos interesados en la defensa de los derechos de los migrantes centroamericanos en tránsito y en brindar apoyos para atender sus necesidades más

apremiantes, entre las que se encuentran la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes y la Comisión de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho. La REDODEM (2014, 2015), a través de una serie de informes, y la CDH en base al análisis de 48 casos de migrantes, señala las violaciones de los derechos humanos de los migrantes, así como los actores involucrados en ellos, no obstante, no dan cuenta de la salud física y mental, ni de las estrategias que utilizan los migrantes para el manejo de las situaciones. Estos datos, aunque, valiosos, son de carácter exploratorio, lo que demanda un análisis más completo y profundo.

Con lo anterior, se observa que en el Área Metropolitana de Monterrey, el tema de situaciones estresantes en relación a la salud y al apoyo social no ha sido abordada, no obstante, constituye un tema relevante en tanto que el número de centroamericanos que transitan por esta zona con dirección a Estados Unidos ha tenido un incremento considerable de acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Migración y por la REDODEM.

La REDODEM, constituida como una de las principales redes de ayuda para atención a migrantes centroamericanos en tránsito por el país, registró 30 mil 321 personas en el año 2015. Exclusivamente en el estado de Nuevo León, el albergue Casanicolás perteneciente a esta red en Monterrey, albergó a mil 500 personas en 2011, duplicando así el número del 2010, en el año 2012 ayudó a mil 167 migrantes y para el año 2014 dio alojamiento a mil 520 centroamericanos (sólo de los meses de febrero a octubre de ese año) (Casanicolás, 2012; 2014). Por su parte, el INM incrementó las detenciones a migrantes en los primeros ocho meses del 2015 en un 107%, en comparación con los tres años pasados (*El Norte*, 7-09-2015). Para ese año, 2015, esta dependencia registró 4 mil eventos de detención y desde el inicio del 2016 hasta agosto de ese mismo año alcanzó la misma cifra (*La Jornada*, 31-09-2016).

El aumento del flujo migratorio centroamericano hacia el noreste de México se puede atribuir a diferentes causas. Una de ellas se debe al uso menos frecuente de la ruta suroeste para cruzar hacia los Estados Unidos debido a los peligros que representa el desierto de Sonora y a las nuevas medidas de seguridad que Estados Unidos ha implementado en la frontera con Tijuana. López (2013) señala como la ruta de Tijuana y ciudades circundantes como Mexicali y Tecate era una de las más transitadas, sin embargo a partir del año 2000 los migrantes, guías y coyotes dan un cambio hacia el noreste de México (Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas), debido a que el paso por el desierto de Sonora era muy peligroso e incrementaba las muertes. En consecuencia, la ruta hacia el noreste se vuelve más accesible para aquellos que vienen del sur y no desean pasar por el desierto de Sonora (López, 2013).

No solo la peligrosidad del desierto provocó el cambio de la ruta migratoria, sino también las medidas de vigilancia extremas que tomó EUA para limitar el cruce de migrantes por la frontera del noroeste. Durante la década de 1990, Estados Unidos comenzó a desarrollar métodos de control y vigilancia en su frontera con México, que han provocado cambios en las rutas (Anguiano y Trejo, 2007). Se construyeron 86.5 millas de bardas edificadas en zonas urbanas con alumbrado de alta intensidad, telescopios con mira infrarroja y detectores térmicos, así como aeroplanos no tripulados con sistemas computarizados y de video para transmitir imágenes y localizar vehículos en tierra (U.S. News & World Report, 2005 y U.S. Customs and Border Protection, 2006 citado por Anguiano y Trejo, 2007). Aunado a esto, en el año 2006 el senado americano votaría por la ampliación de estas barreras con la

construcción de un muro de 700 millas y mil 800 torres de vigilancia (Anguiano y Trejo, 2007). En su mayoría, este muro está localizado a lo largo de las fronteras de los estados de California, Arizona y Nuevo México, ya que en Texas el río Bravo sirve de bloqueo natural en el lado noreste, donde solamente se han construido 160 kilómetros de muros y vallas, en tramos cortos ubicados en las zonas urbanas (*Excélsior*, 26-02-2016).

Otra razón corresponde al aumento de violencia registrado en el estado de Tamaulipas (nueva ruta sureste), obligándolos a desplazarse hacia la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Izcara (2012) señala como la ruta que partía desde Chiapas y continuaba por Veracruz hacia los municipios de Soto la Marina y San Fernando en el estado de Tamaulipas ha cambiado. Ya que anteriormente los migrantes centroamericanos preferían viajar hacia Tamaulipas para trabajar en el camarón o el sorgo y reunir recursos para cruzar la frontera, convirtiéndose en la principal ruta de tránsito después del cambio de la vía del Pacífico, sin embargo, en septiembre de 2010, después de la matanza de San Fernando, los migrantes deciden virar hacia Monterrey, desde Tampico, para no atravesar ese tipo de violencia y de igual manera llegar a la frontera norte (Izcara, 2012).

El haber cambiado de ruta hacia Nuevo León no los exime de situaciones estresantes, las cuales vulneran y dañan su salud física. Los migrantes se encuentran estancados en esta zona, huyendo de la violencia del sur y del peligro de la frontera norte, lo que vuelve al Área Metropolitana de Monterrey un nuevo punto de destino o residencia temporal (REDODEM, 2015). Además, dentro de Nuevo León se han registrado delitos como robo, amenazas, abuso sexual, extorsiones y situaciones de discriminación social por parte de la sociedad civil y autoridades hacia la población centroamericana (CDH, 2014; 2016).

Motivada por estas razones surge el interés de realizar un trabajo de investigación que nos permita profundizar en el fenómeno de la migración centroamericana en tránsito irregular, estudiando una muestra más amplia que permita un análisis estadístico de mayor alcance, así como la interpretación de los datos desde teorías psicosociales, particularmente desde el Modelo Transaccional del Manejo del Estrés de Richard Lazarus (1999), de la teoría del Apoyo Social (Cobb, 1976) y de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud (Dahlgren y Whitehead (1991).

El Modelo Transaccional del Manejo del Entrés de Richard Lazarus se inserta en la psicología mediacional cognitiva y su propuesta se fundamenta en el proceso de pensamiento del individuo como mediador de la acción ante determinadas circunstancias. Según esta teoría, el individuo evalúa el evento que está experimentando según los recursos personales y ambientales que posee, dependiendo de éstos es como catalogará si la situación le resulta estresante o no. Además, el modelo explica que a través de estrategias de afrontamiento, como el apoyo social, se puede manejar dichas situaciones y el estrés (Lazarus, 1999). La teoría del Apoyo Social considera que los recursos que se brindan o posee una persona (ya sea materiales, instrumentales, cognitivos o emocionales) son decisivos para amortiguar los daños sobre la salud. Los Determinantes Sociales de la Salud promueven el proceso de salud-enfermedad desde un carácter social, explicando que la salud de las personas se ve condicionada por el ambiente socio-cultural y político en el que se encuentran (Breilh, 2013). Así, desde esta teoría se puede explicar la aparición del daño físico que los migrantes centroamericanos poseen, condicionado por distintos factores ambientales, como su estilo de

vida, redes de apoyo, situaciones de vida y trabajo, así como el ambiente socio político en el que se mueven.

La tesis propuesta es considerada viable debido a que forma parte del proyecto de investigación de la Red Internacional “Derechos humanos, Bienestar y Migración”, el cual es financiado por la Secretaría de Educación a través del Programa de apoyo a Redes temáticas. Los resultados del estudio abonan a la línea de investigación sobre el tema de las violaciones a los derechos humanos de los migrantes centroamericanos en tránsito por México.

Consideramos, además, que la tesis puede hacer aportaciones valiosas a la disciplina del Trabajo Social en Nuevo León y en México, en virtud de que el tema de migración ha sido escasamente abordado, tanto en el ámbito de las universidades que forman profesionistas para intervenir con población vulnerable (tal es el caso de los migrantes), como en el ámbito de las políticas sociales, donde los trabajadores sociales son reconocidos por ser ejecutores de éstas (Sánchez y Zúñiga, 2016).

Las facultades y escuelas de Trabajo Social que consideran en sus planes de estudio la formación en el campo de la migración son escasas. Un estudio pionero realizado por Sánchez y Zúñiga (2017), a partir de la revisión de las curriculas disponibles en línea de 39 universidades, de 27 estados de la República Mexicana, identifica tan solo cinco dependencias (tres privadas y dos públicas) donde se incluye un curso de migración, teniendo la mayoría de éstos el carácter de optativa. El estudio permitió observar como el fenómeno migratorio no tiene un peso trascendental dentro de la formación de los profesionistas de Trabajo Social, lo cual es preocupante desde la realidad que atraviesa este grupo vulnerable en México y, como ya se ha mencionado, participan en una serie de situaciones estresantes de riesgo que atenta contra su salud física y su bienestar mental.

Además, en el país la disciplina de Trabajo Social no ha desarrollado modelos de intervención con migrantes en tránsito, a diferencia de otros países que también viven los problemas que trae consigo el proceso migratorio y ejecutan programas sociales basados en modelos interculturales, por ejemplo, para atender a la población migrante (Bolzman, 2009; Orantes y Molina, 2002; Villanueva, 2001).

Dentro del ámbito político, a nivel federal existe una línea de acción dentro de Plan Nacional de Desarrollo (2013) que se preocupa por la atención de los migrantes en México, así como la Ley de Migración (2011) que regula el tránsito de los migrantes por el país, sin embargo, en el estado de Nuevo León no se cuenta con una fiscalía, observatorio o ley estatal de atención a migrantes. En un Estado como este con un alto índice de intolerancia, discriminación y violencia hacia migrantes indígenas, extranjeros o miembros de la comunidad LGBTIQ (ENADIS, 2011), es claro que se deban realizar acciones puntuales para la solución integral de esta problemática.

En ese sentido, los resultados de la presente tesis servirán a la profesión de Trabajo Social para contar con información del fenómeno migratorio en tránsito en relación a la salud física, a las situaciones estresantes que experimentan y a las estrategias de afrontamiento que más utilizan para el sorteamiento de las situaciones. En base a este conocimiento se podrán proponer modificaciones o la creación de programas sociales, además de elaborar modelos de



intervención social de acuerdo a las características de los grupos de migrantes, como la nacionalidad, el sexo, la edad, etc.

En suma, se ha evidenciado como la trayectoria centroamericana ha dado un viraje importante a Nuevo León, siendo el Área Metropolitana de Monterrey la ciudad más transitada por ellos en el estado. Si bien, el cambio de ruta fue tomada como medida de escape a la violencia vivida en otras regiones, se ha comprobado como aún los migrantes siguen experimentando situaciones de estrés en esta zona, lo cual puede llegar a afectar su bienestar físico. Es por esto que la presente tesis, en base a una pregunta general, plantea una serie de objetivos a alcanzar.

#### **1.4 Pregunta de investigación**

Pregunta general

- ¿Qué impacto tienen las situaciones estresantes asociadas al proceso migratorio, en relación a la salud física de los centroamericanos en tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey (AMM), así como el papel del apoyo social utilizado para el afrontamiento de las situaciones estresantes?

#### **1.5 Objetivos del estudio**

Objetivo general

- Analizar el impacto de las situaciones estresantes asociadas al proceso migratorio en la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey (AMM), así como el apoyo social utilizado para afrontar las situaciones estresantes.

Objetivos específicos

1. Examinar las situaciones estresantes en relación a la salud psicofísica de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.
2. Identificar las principales dolencias físicas que experimentan los migrantes en tránsito por el AMM en relación a las situaciones estresantes.
3. Analizar el apoyo social en relación a la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.
4. Medir el nivel de satisfacción del apoyo social recibido de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.

## 2. MARCO TEÓRICO

Dentro del presente capítulo se abordan las perspectivas teóricas utilizadas para analizar los datos de la presente investigación, las cuales son: los Determinantes Sociales de la Salud, el Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus y la teoría del Apoyo Social. Se describe su posicionamiento ontológico y epistemológico, además de los conceptos que se tomarán de ellas para estudiar las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento seleccionadas por los migrantes centroamericanos en su tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey.

### 2.1 Determinantes Sociales de la Salud

El paradigma dominante de la medicina clínica que explica el proceso salud-enfermedad como fenómeno biológico e individual ha sido cuestionado por la medicina social a partir de los años setenta, argumentando que más allá de las implicaciones fisiológicas que conllevan las contracciones de enfermedades, la aparición de patologías se encuentra enmarcada y condicionada por cuestiones históricas y sociales (Breilh, 2013; Laurell, 1978, 1982).

Las investigaciones realizadas desde el campo de la medicina social comenzaron a discutir la relación entre el sistema sociopolítico capitalista y la manera en que éste menguaba la salud de las personas, sosteniendo que dentro de este proyecto se estratificaba a la sociedad mediante condicionantes sociopolíticos, conllevando a una distribución de dinero y recursos desiguales para las personas e influyendo directamente sobre su calidad de vida. De esta manera la medicina social, desde un posicionamiento crítico, comienza a exponer las limitaciones del paradigma empírico funcionalista del modelo médico hegemónico, exponiendo que éste únicamente se centra en el proceso de salud-enfermedad desde una concepción individual, biológica y desarticulada del contexto sociopolítico e histórico de las personas (Breilh, 2013; Menéndez, 1985).

Esta explicación de entender el proceso salud-enfermedad desde un carácter social, apunta al hecho de situarse en una jerarquía distinta a lo biológico, siendo explicado como un proceso que antecede a las afecciones físicas, que a su vez son determinados por factores ambientales cambiantes (Breilh, 2013).

Es en este contexto que en el año 1974 dentro del ámbito político, a través de un informe realizado en Canadá por el ministro de sanidad Marc Lalonde (1974), se comienza a hablar de condiciones sociales que determinan la salud de las personas, tales como: el ingreso y el estatus social, las redes de apoyo social, la educación, las condiciones de trabajo, los ambientes sociales y físicos, los estilos de vida, el desarrollo infantil, la biología y la genética, los servicios de salud, el género y la cultura.

Partiendo de este informe, desde el área académica y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se comienzan a crear diferentes modelos desarrollados para la explicación de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales son definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2017). Entre los modelos más citados se encuentran: el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) realizado desde la Universidad de Liverpool, en Inglaterra, y el modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) publicado desde la Universidad de Oxford, en EUA; para la construcción de ambos modelos los investigadores de los modelos trabajaron

en colaboración con la OMS. Por su parte, la OMS publica en 2003 el modelo más reciente sobre determinantes de la salud, retomando nociones de los modelos anteriores, complejizándolo y teniendo una visión sociopolítica más amplia. A continuación se describe cada uno de los modelos con sus rasgos principales:

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) publicado por la Universidad de Liverpool, en Inglaterra, señala cómo las desigualdades sociales en la salud son determinadas por cinco niveles de condiciones causales que interactúan entre sí. Este modelo cuenta con una estructura muy detallada de su funcionamiento, pudiendo ser descrito como un arcoíris. Los individuos se encuentran en el centro del arcoíris, en el primer nivel, con sus características físicas (edad, sexo y factores genéticos), que juegan sin duda un importante papel en la salud del individuo. El segundo nivel se compone de los estilos de vida que el sujeto adopta (conductas tóxicas) condicionados por su posición de clase. El tercer nivel es el de las redes sociales y comunitarias (construidas a partir de los grupos de pares, la familia y las redes formales más próximas), las cuales influyen sobre las conductas personales. En el cuarto nivel se encuentran las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios de alimentación, salud y vivienda, condiciones a las que la clase de estrato más bajo no puede acceder fácilmente. Para finalizar, en el quinto nivel se sitúan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en las que se desenvuelve el sujeto y que delimitan todos los demás niveles anteriores (Moiso, 2007).

Tomando algunos de los determinantes sociales de este modelo, diferentes investigaciones científicas han trabajado con ellos para cumplir sus objetivos de investigación en relación al deterioro de la salud desde distintos factores ambientales. Por ejemplo: sobre el primer y segundo nivel del modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) sobre las características físicas y estilos de vida, desde el enfoque de género, investigaciones como la de Salgado y Wong (2007) y la de Mesa (2016), demostraron como los hombres experimentan en mayor medida actividades dañinas para su salud en contraste con las mujeres, al ingerir alcohol, fumar, consumir drogas, conducir a altas velocidades, entre otras. Situaciones que pueden generar daños en el hígado, pulmones, enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión y ansiedad. Por otro lado, se ha indicado como también los hombres son los que tienden a realizar mayor actividad física y ejercicio que las mujeres, hecho que es alarmante para este género, ya que según la OMS, el sedentarismo es uno de las diez causas de mortalidad y morbilidad en el mundo (Bezares, Márquez, Molinero, Jiménez y Bacardi, 2014; Campo, Pombo, Teherán y Anibal, 2016; Hernández, Batle, Martínez, San-Cristóbal, Pérez, Navas y Martínez, 2016).

De igual forma, a pesar de que las mujeres presenten vidas más largas que los hombres, no significa que su calidad de vida se vuelva mejor o estén en una situación más sana, ya que al avanzar su edad, existe una mayor vulnerabilidad a contraer enfermedades crónicas y discapacidad (Salgado y Wong, 2007). Como ya se mencionó, las mujeres tienden más al sedentarismo y actividades propias de la casa, sobre esto, estudios han demostrado como la falta de actividad física, el sobrepeso y hábitos tóxicos (consumo de café, cigarro y alcohol) han resultado significativos para la aparición de patologías y enfermedades como el cáncer (Aguilar, Neri, Padilla, Pimentel, García y Sánchez, 2012; Ramírez, Rodríguez y Duniert, 2012).

Acerca del tercer nivel de redes sociales y comunitarias, la literatura científica las define como las redes de apoyo más cercanas al individuo (ya sea familia, amigos o instituciones de ayuda

en las comunidades), que brinden atención y tiempo en momentos de necesidad. Esta ayuda en casos puntuales, actúan como redes de contención en el proceso de salud- enfermedad (Jiménez, Orkaizaguirre y Bimbela, 2015; Moiso, 2007). Se han documentado dos tipos de funciones que ejerce este determinante sobre la salud, ya sea como efecto directo, protegiendo al individuo sin importar el nivel de estrés o como amortiguador, protegiendo al individuo de afecciones originadas por el nivel de estrés. En caso de no contar con redes sociales de apoyo, distintos trabajos académicos han demostrado como la salud se ve más deteriorada por la contracción de enfermedades mentales (depresión, ansiedad, estrés), y físicas (tanto enfermedades infecciosas como crónicas) (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2015; Castro, Campero y Hernández, 1997; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006; Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002; Paz, 2010;).

En cuanto al cuarto nivel de las condiciones de trabajo que vulneran la salud, se ha encontrado una relación entre las condiciones laborales y el deterioro físico de las personas (Cano, Navarro y Rodríguez, 2009; Leguizamón y Gómez, 2002; Quintero, Palma y Quevedo, 2005; Sieglin, 2011; Sieglin y Ramos, 2007). Por ejemplo, en un estudio realizado con enfermeras en Colombia, se identificaron como condiciones ambientales negativas: el ruido, el calor, el hacinamiento y tener que levantar cargas pesadas. De acuerdo a la jerarquía de cargo dentro de la institución, las enfermeras auxiliares (menor cargo) presentaron mayores índices de depresión y altos índices de salud cardiovascular más cercanos al nivel de riesgo, en comparación con enfermeras de mayor cargo (jefas y coordinadoras) (Leguizamón y Gómez, 2002). Además, en otro estudio realizado con obreros en una planta de envasado, se identificó como factores laborales de riesgo, el ruido y la iluminancia, que desencadenó sobre la salud psicofísica de los trabajadores en adormecimiento y embotamiento (Quintero, Palma y Quevedo, 2005).

Por último, el quinto nivel de este modelo habla de los factores socioeconómicos, culturales y ambientales que pueden llegar a tomar un rol en el incremento o decremento de enfermedades contagiosas como la hepatitis, el dengue, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, la malaria, entre otras, así como enfermedades no transmisibles pero crónicas como el cáncer, enfermedades pulmonares, cardiopatías y cerebrovasculares (Romero, Álvarez y Álvarez, 2007).

Dentro de los determinantes ambientales, se ha demostrado como diferentes químicos que se encuentran en la vida diaria de las personas se asocian con problemas en su salud física, por ejemplo: el plomo en viviendas donde existe manejo de baterías o radiadores, así como, las tuberías oxidadas o esmaltes se han relacionado con niveles de plomo en la sangre de niños, llevando a trastornos de aprendizaje y retardo en el desarrollo físico, mental y psicomotor. También, la presencia de este químico junto con el mercurio y el etilbenceno se ha relacionado con enfermedades renales en adultos. Así como, el benceno se identifica con el desarrollo de problemáticas físicas como anemia, trombocitopenia y altas probabilidades de aparición de cáncer (Romero, Álvarez y Álvarez, 2007).

El segundo modelo expuesto es el de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) publicado de igual forma por la Universidad de Oxford, establece que el estado de salud de los individuos es resultado de la posición en la que se encuentren dentro de la estratificación social, la cual se crea a través de los mecanismos sociales. El proceso a través del cual los individuos son asignados a su posición social, se desarrolla a través de: (I) Los mecanismos de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo (sistema educativo, políticas de

trabajo, el género y las instituciones públicas). La estratificación social engendra a su vez (II) diferencias de vulnerabilidad, (III) así como consecuencias de mala salud dependiendo de la posición más o menos aventaja. (IV) Las consecuencias sociales, se refiere al impacto que un evento social puede tener en circunstancias socio-económicas del individuo (González y otros, 2012; Moiso, 2007).

En este contexto, Hoyos y Sierra (2001) señalan que el desarrollo de la epidemia de VIH/SIDA se encuentra relacionado con desigualdades sociales y económicas, debido a diferentes accesos de oportunidades y cuidado a la salud. Específicamente en México, esta enfermedad se encuentra asociada a las personas ubicadas en los estratos socioeconómicos más bajos.

Un estudio realizado por Ortiz, López y Borges (2007), a través de revisión de literatura y estudios producidos en América Latina, expone el impacto de los factores socioeconómicos sobre los trastornos mentales y el uso o dependencia de sustancias tóxicas. Como principales hallazgos encontraron que el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, se asocia con mayor riesgo de padecimientos a trastornos mentales, así como abuso y dependencia al alcohol, tabaco, drogas y solventes. Por otro lado, las personas que se encontraban en estratos económicos superiores consumían alcohol con más frecuencia sin ser dependientes, así como drogas médicas.

Por último, el tercer modelo diseñado para la explicación de los determinantes sociales de la salud, es el propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS (2003). Este modelo está basado en las características de los modelos mencionados anteriormente, sin embargo, se vuelve aún más sofisticado que los otros, ya que su objetivo principal es relacionar la realidad social con la política. Las cuestiones principales son: a) el contexto socio-político (sistemas y procesos políticos, política macroeconómica, políticas que afectan factores como el trabajo, la tierra, la política pública y la vivienda) y b) los determinantes estructurales (jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos, así como el ingreso y la educación, el género, la etnicidad y la sexualidad) localizados por encima de c) los determinantes intermedios (las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables). En ese sentido, el modelo toma los determinantes sociales anteriores, pero prioriza el análisis del contexto sociopolítico capitalista en el que se encuentra estructurada la sociedad, así como la política pública que subyace a la intervención para el logro del bienestar de las personas. (OMS, 2003; Moiso, 2007).

En suma, estos modelos descritos anteriormente señalan como la salud de las personas es fuertemente condicionada por el modelo sociopolítico y económico vigente. El Estado Neoliberal no ha sido suficiente para conceder las protecciones sociales que sus ciudadanos necesitan, desde el debilitamiento del Estado de Bienestar, caracterizándose por una colonización por parte del Mercado sin precedentes, despojando a los ciudadanos de sus derechos sociales (De Sousa, 2006). Sin embargo, el Estado Neoliberal debiese seguir siendo el encargado de promover esta protección, para mantener el bienestar y la cohesión social de sus miembros (Castel, 1997). Específicamente en México, en relación a las personas centroamericanas que se encuentran dentro del fenómeno migratorio en tránsito por el país, el Estado no ha podido otorgarles este tipo de aseguramiento para su salud y calidad de vida, convirtiéndose en una población altamente vulnerable (Fuentes y Ortiz, 2012).

Esta vulnerabilidad es construida socialmente por el propio Estado del país huésped, al determinar quién es nacional y quién no lo es, lo que lleva a una desigualdad estructural de acceso a los recursos del Estado (Bustamante, 2007). Acorde a estas ideas, Balibar (2013) señala como la exclusión hacia las personas no ciudadanas se intensifica no sólo al verse fuera de las leyes del país de acogida, sino al ser objeto de prácticas de discriminación racial y cultural, construyendo de igual forma una barrera interna que impide el acceso a los derechos. Para Castel (1997), la inseguridad social en la que se ven las personas que no son objeto de derechos, actúa como disociación social, siendo como un virus que desmoraliza y disuelve lazos sociales, dañando las estructuras psíquicas de las personas.

Es por este tipo de contexto y en relación con el modelo de la OMS, que en el año 2005 esta misma institución crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales, desde donde se exhorta a todos los gobiernos del mundo a mejorar las condiciones de vida de las personas, luchar contra las disparidades de poder, dinero y recursos, así como el análisis y estudio del problema del deterioro de la salud de las personas a consecuencia del modo operativo del sistema capitalista (OMS, 2003).

En síntesis, los modelos y estudios empíricos expuestos anteriormente demuestran la fuerte influencia de los Determinantes Sociales sobre la salud, teniendo implicaciones directas sobre el bienestar de la sociedad. De igual forma, estos estudios sustentan la concepción crítica del proceso salud-enfermedad de la medicina social que se expuso en la primera parte del capítulo, la cual sostiene la importancia de una forma diferente de pensar la contracción de la enfermedad, exponiendo las limitaciones que la concepción biologista tiene al excluir el ambiente y las cuestiones sociopolíticas y económicas que condicionan la vulnerabilidad del individuo, además de su acceso a la salud.

Sin embargo, no solo la medicina social ha abordado el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva ambiental, otras disciplinas sociales como la psicología también han abordado esta cuestión desde su campo. Tal es el caso del Modelo cognitivo del manejo del estrés y las emociones de Richard Lazarus, el cual explica como el estrés resultante de una situación problemática puede causar daños en la salud física y mental de las personas (Lazarus, 1999).

## **2.2 Modelo del manejo del estrés y las emociones de Richard Lazarus**

La psicología mediacional cognitiva, que se desprende a su vez del conductismo, ha trabajado el impacto que tiene el ambiente (estímulo) sobre el individuo (organismo) y la reacción (respuesta) que él toma sobre determinada situación (Lazarus, 1999). Si bien, el conductismo parte de una psicología precisa de estímulo-respuesta, a finales del siglo XX los psicólogos conductistas comenzaron a adoptar una nueva perspectiva donde los pensamientos asumían un peso importante para mediar la situación que las personas experimentan (Lazarus, 1999).

Una de las teorías más importantes que explican este tipo de proceso es el Modelo del manejo del estrés y las emociones de Lazarus (2000), la cual se inserta en la perspectiva mediacional cognitiva de la psicología y aborda el estudio de los diferentes procesos que llevan al sujeto a comportarse de maneras específicas; su propuesta se fundamenta en el pensamiento del individuo como mediador de la acción que realizará ante determinadas circunstancias, es decir, defiende la participación activa de la persona en su actuación y relación con el ambiente.

Para Lazarus, el estrés es el elemento principal que conecta lo social con lo biológico, teniendo daños físicos, emocionales y sociales en el individuo que lo experimenta. Además, para esta perspectiva teórica, el afrontamiento puede ayudar como neutralizador o mediador sobre los efectos del estrés en el bienestar físico (Lazarus, 1999). En síntesis, el modelo se encuentra compuesto por el estrés y las emociones resultantes del evento experimentado, para pasar después a una valoración cognitiva de la situación y los recursos que se tienen para manejarla.

### **2.2.1 Estrés y emoción**

Dentro de la literatura científica, el estrés puede ser definido como estímulo o bien como respuesta, sin embargo para Richard Lazarus (1999) ambas concepciones son inapropiadas. El autor señala que el estrés visto como estímulo, desde un enfoque ambiental, si bien tuvo mucha aceptación por la psicología de la salud, ha venido perdiendo su auge debido a su razonamiento limitado y por excluir la mediación cognitiva centrada en las diferencias individuales de la valoración y el manejo personal para hacer frente a la situación.

En cuanto al estrés como respuesta (enfoque fisiológico), Lazarus (1999) encuentra que su problema es una concepción del estrés completamente circular, tautológico, ya que el estímulo estresante se define por el hecho de existir una respuesta de estrés en el organismo de la persona, y la respuesta de estrés se define por el hecho del estímulo que lo provocó en primer lugar. Es por esto que para Lazarus el estrés es más bien una relación persona-entorno.

Desde el modelo del manejo del estrés, Lazarus aborda el estrés como un proceso transaccional entre una situación externa y los recursos que posee una persona para afrontar dicha situación. En ese sentido, para que la persona pueda sentir o no estrés, es necesario que las demandas externas de dicha situación sobrepasen sus recursos personales, de acuerdo al grado de desbalance será el nivel de estrés que la persona perciba, teniendo alcances en la salud.

Lo anterior Lazarus lo ejemplifica con “un balancín”, en un extremo se encuentran las demandas ambientales externas y en el otro extremo se encuentran los recursos personales, de acuerdo al grado en que las demandas ambientales externas sobrepasen el peso de los recursos personales es el grado de estrés que sentirá el individuo. Si el balancín tiende a bajar en el extremo de los recursos personales, la persona sentirá aburrimiento ante la situación y no se producirá estrés, sin embargo si el peso se concentra en el extremo de las demandas ambientales, el resultado será un alto nivel de estrés.

Dentro de este modelo, las emociones que el individuo siente en el momento del evento estresor también son importantes. Para Lazarus (2000), las emociones pueden producir tanto salud como enfermedad, estableciendo una distinción entre las dolencias y las enfermedades, donde las dolencias equivalen a indisposiciones y síntomas funcionales temporales, como una infección respiratoria, dolor, angustia, depresión y falta de energía; a diferencia de las enfermedades o afecciones que se refieren a un daño estructural de los tejidos como el colesterol o el cáncer.

A pesar de que hay una relación muy estrecha entre las emociones y la salud para Lazarus, su teoría establece claramente como no puede existir una relación causal: no se puede afirmar que las emociones experimentadas en una persona a través de un evento estresor, den como

resultado una implicación directa sobre su salud. Lo anterior lo sostiene a través de cuatro agentes causales que pueden intervenir en la aparición de una enfermedad:

El primero se debe a la influencia genética y factores constitucionales que son heredados desde el nacimiento y condicionan gran parte de la salud de las personas. En ese sentido, no se puede afirmar que las emociones producidas por un evento estresante sean la única causa que desencadene una enfermedad (Lazarus, 2000).

Como segundo agente causal, se necesita estudiar a la persona antes de la enfermedad y durante ella para determinar las causas y el resultado. Se podría contar con dos grupos comparativos, en uno las personas no mostrarán el patrón emocional y algunos miembros tendrán una enfermedad; por otro lado, se tendrá otro grupo en el cual todos los miembros mostraran el patrón emocional, además de presentar la enfermedad. El resultado podría producir una evidencia sugerente, pero no sería una prueba certera (Lazarus, 2000).

En el tercer agente causal, Lazarus (2000) expone que es ilógico sugerir que un solo evento estresante de corta duración junto con sus emociones sentidas, puedan producir una enfermedad a largo plazo, sin embargo este evento sí podría incrementar la vulnerabilidad para adquirir alguna enfermedad o dolencia. Se necesitaría hacer pruebas longitudinales en una misma muestra de personas para ver como a través de los años el estar expuestos a los mismos episodios emocionales han producido una enfermedad a largo plazo; lo cual no es ético ni viable.

Por último, como cuarto agente causal, se explica que se necesitaría someter a seres humanos en un laboratorio para generar pruebas y estudiar el efecto de las emociones sobre su salud, provocándoles distintas emociones, más esto no es posible, ya que como se había dicho en el tercer agente causal, estas prácticas no son éticas y además es difícil manipular las emociones por la susceptibilidad de las personas (Lazarus, 2000).

A pesar de estos cuatro tipos de agentes causales que obstaculizan el que sea plausible la influencia de las emociones como factor determinante para la generación de enfermedades y dolencias, se ha demostrado que las emociones percibidas por situaciones estresantes producen hormonas que afectan el sistema inmunitario degenerando en infecciones (Lazarus, 2000). De igual forma, el establecimiento de investigaciones que abordan las implicaciones de las emociones en la salud demuestra esta teoría. Por ejemplo, se ha demostrado como la conexión entre las emociones y las enfermedades puede ser directa o indirecta, teniendo repercusiones sobre la salud (Leventhal y Miller. 2000).

Son directas en el sentido, por ejemplo, de las personalidades de tipo A (asociada a la irascibilidad, impaciencia, agresión, competitividad y sensación de apremio del tiempo) y de hostilidad crónica, donde este tipo de personalidades sostienen reacciones neuroendocrinológicas mediadas por las emociones, que incrementan directamente la reactividad cardiovascular, elevando la presión sanguínea y el ritmo cardiaco, produciendo daños arteriales progresivos y aterosclerosis. Este tipo de emociones inducen a cambios fisiológicos que llevan al desarrollo de hipertensión, la cual genera episodios dañinos cuando surgen eventos negativos asociados al estrés, comprometiendo además el sistema cardiovascular (Berrocal, Fava y Sonino, 2016; Leventhal y Miller, 2000; Uribe, 2016).



Por otro lado, la relación puede ser indirecta cuando por ejemplo, la depresión puede llevar a comportamientos nocivos como la automedicación, la autoestimulación y el autoriesgo, traducidas por conductas tóxicas como el consumo excesivo de alcohol en hombres y el uso del cigarro en mujeres. Estas conductas pueden desencadenar en enfermedades crónicas como la necrosis hepática, cirrosis en el hígado y cáncer de pulmón (Berrocal, Fava y Sonino, 2016; Leventhal y Miller, 2000).

Se cree que los análisis psicológicos y fisiológicos son dos perspectivas que explican de manera conjunta el mismo fenómeno, pues las enfermedades físicas pueden llevar a la disminución funcional del abandono de actividades de la vida cotidiana, lo que incrementa el estado de depresión. De igual forma (como se expuso en el párrafo anterior), las emociones depresivas pueden llevar a enfermedades físicas, creándose una visión bidireccional (Leventhal y Miller, 2000).

En ese sentido, las investigaciones y literatura científica que abordan esta asociación entre emociones y enfermedades abren las puertas para próximas investigaciones sobre el tema, como una problemática poco estudiada y de gran relevancia para el bienestar social (Arbinaga, 2003; Castro e Izquierdo, 1994; Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007; Moreno, Galvaez, Rodríguez y Garrosa, 2010).

### **2.2.2 El proceso de valoración**

Siguiendo con la explicación del Modelo del estrés de Lazarus, la teoría señala que después de que el evento se ha producido, se llega a una siguiente fase: la valoración. Durante esta etapa el sujeto evalúa si la situación le parece estresante o no, en base a sus variables personales y ambientales. Como en el ejemplo del balancín, dependiendo si la situación rebasa los recursos personales y ambientales del individuo, éste valorará si la situación le considera estresante. Lazarus establece una clasificación para este tipo de eventos, ya sea como: daño/pérdida, amenaza o desafío (Lazarus, 1999).

Las variables ambientales que influyen en el proceso de valoración son los siguientes: las demandas sociales, las limitaciones, las oportunidades y la cultura. Las variables personales pueden ser de tres tipos: objetivo y jerarquía de objetivos, las creencias en el self y sobre el medio, además de los recursos propios de la persona.

Es así que en base a estos dos tipos de variables, el sujeto valorará si la situación que experimenta es estresante o no para ella.

### **2.2.3 Variables ambientales**

Estas variables son externas y se encuentran fuera del control de la persona, sin embargo, puede hacer uso de ellas para valorar la situación en la que se encuentra y, de esta manera, manejar el evento o las emociones producidas por este.

La primera variable que explica el Modelo se refiere a las demandas, definidas como las presiones del medio social que condicionan el actuar del sujeto, en el modo en el que se supone es socialmente correcto, pudiendo ser explícitas o implícitas. Estas demandas tiene que ver con el modo en que una persona reacciona, pensando si lo que hará estará bien o mal (Lazarus, 1999).

La segunda variable es la de las limitaciones, las cuales definen lo que las personas tienen prohibido realizar, corriendo el peligro de contraer represalias por ellas. Este tipo de restricciones pueden reducir la acción de las personas para solucionar el evento estresor, ya que pueden tener miedo de algún tipo de castigo si las violan (Lazarus, 1999).

La tercera variable se refiere a la oportunidad, es la capacidad que tiene el individuo para identificar ventajas y apropiárselas para beneficiarse de ellas. Para esto, se necesita el momento adecuado para realizar la acción, de igual forma se puede facilitar la aparición de estos eventos si se tiene una adecuada preparación previa al evento que se va a afrontar (Lazarus, 1999).

La cuarta y última variable es la cultura, la cual condiciona las relaciones entre los individuos y su modo de vivir. El Modelo explica que dependiendo del entorno cultural en que hayan crecido las personas que experimentan la situación, será el modo en que percibirán el evento estresante, siendo de igual forma la misma cultura la que condicionará el tipo de emociones que sentirán y las decisiones que tomarán en dicho momento (Lazarus, 1999).

Para manejar el estrés y las emociones, estas cuatro variables ambientales: las demandas como presión social, las limitaciones que constriñen el modo de actuar, las oportunidades que deben ser aprovechadas pertinentemente y la cultura en que se desenvuelven los individuos, interactúan a la par de las variables personales durante el proceso de valoración.

#### **2.2.4 Variables personales**

Sobre las variables personales que el individuo posee, el Modelo describe a: los objetivos y jerarquía de objetivos, las creencias en el self y sobre el mundo y por último los recursos personales.

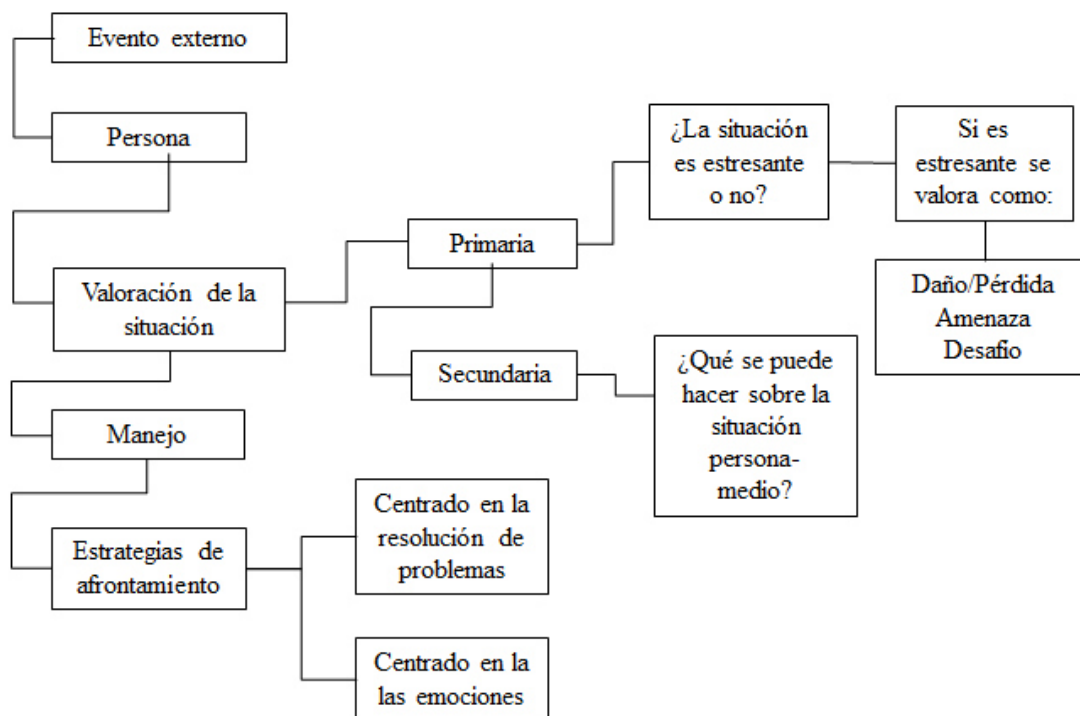
Como primera variable de este tipo se encuentra los objetivos y la jerarquía de objetivos. Esta variable se refiere a la importancia en el proceso de valoración de contar con un objetivo establecido, ya que si no se tiene un objetivo en la mira, no hay posibilidad de que exista estrés o emoción, pues los objetivos son los que están en juego ante el evento ambiental, ya que este será evaluado en relación a las expectativas de las personas (Lazarus, 1999).

La segunda variable se refiere a las creencias en el self y sobre el mundo, las cuáles se definen como la manera en que el individuo se concibe a sí mismo y el lugar que cree ocupar en la sociedad. De acuerdo a la construcción que el sujeto tenga de su propia identidad, será el significado que le dé a la situación que valora (Lazarus, 1999).

La tercera variable se refiere a los recursos personales, recursos que posee el individuo como su inteligencia, el dinero, habilidades sociales, apoyo social, educación, atractivo físico, la salud y energía, el entusiasmo, etc. Estas cualidades y recursos pueden ser de mucho provecho al momento de valorar la situación y lo que se hará (Lazarus, 1999).

La diferencia entre estas variables personales (los objetivos y la jerarquía de objetivos, las creencias del self y sobre el medio junto con los recursos personales) y las ambientales (demandas, limitaciones, oportunidades y cultura), es que las primeras las posee la persona y puede manipularlas en su favor en el momento de la valoración (Esquema 1).

**Esquema 1. Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus**



El Modelo transaccional del estrés establece que la fase de valoración se encuentra dividida en primaria y secundaria. A pesar de que ambas etapas se definen por separado para su mayor comprensión, el modelo indica que pueden ser pensadas simultáneamente (consciente o inconsciente) durante el proceso de evaluación de la situación estresante persona-medio (Lazarus, 1999).

### 2.2.5 Valoración primaria

La etapa primaria de la valoración se refiere a si lo que sucede es relevante o pone en juego los valores, objetivos y creencias sobre el self y el mundo. En este acto primario, el individuo valora si las demandas externas ponen en riesgo sus objetivos y bienestar, si es así, se clasifica la situación como daño/perdida, amenaza o desafío, activándose el estrés (Lazarus, 1999).

La situación de daño/pérdida se refiere a un perjuicio que se ha producido. La situación de amenaza es una posibilidad de daño en algún futuro. La situación de desafío se trata de un evento en que el individuo se siente desafiado y con entusiasmo de ir contra los obstáculos que le esperan (Lazarus, 1999).

### 2.2.6 Valoración secundaria

En este segundo acto de valoración, el individuo evaluará de qué manera va a manejar la situación estresante y las emociones que se están produciendo en ella, especialmente cuando

ya ha catalogado la situación como daño/pérdida, amenaza o desafío. Este acto no es realmente un manejo sino el substrato cognitivo para el manejo (Lazarus, 1999).

Una vez tomada la decisión de cómo se actuará para el manejo o afrontamiento de la situación, es que se pasa a la fase del manejo.

### **2.2.7 El manejo como proceso**

El manejo, va en estrecha mano con la fase de valoración, ya que dentro de ella se formula el modo en que se va a reaccionar para hacer frente a la situación de estrés. Esta fase es la última etapa del Modelo del estrés de Lazarus y se define como los esfuerzos cognitivos conductuales que sirven para la resolución de problemas, que son valorados como excesivos para los recursos de la persona. El aumento o disminución del estrés se encuentra vinculado directamente a la efectividad del manejo utilizado. Las funciones más importantes para el manejo son: la centrada en el problema, cuando se tiene información para cambiar la situación, y la centrada en la emoción, donde la realidad no puede ser modificada y el individuo tiene que optar por la negación o una resignificación de lo que está experimentando (Lazarus, 1999).

#### **2.2.7.1 Manejo centrado en el problema**

Cuando se habla del manejo centrado en el problema, el individuo consigue información sobre lo que puede hacer para modificar la situación estresante persona-medio. Este tipo de manejo se utiliza cuando la situación estresante se puede modificar mediante acciones preventivas o correctas, tomando en cuenta las variables personales y ambientales (Lazarus, 1999).

Se valora ¿cuál es el problema? y ¿qué es lo que se puede hacer? Pero, en caso de que no se pueda modificar la situación, ya sea porque está fuera del alcance del sujeto o porque en dicha situación se involucra a otros actores y no se puede hacer nada para que modifiquen su conducta y se pueda llegar a una posible solución, es que se puede optar por una segunda estrategia, la cual se encuentra centrada en el manejo de las emociones (Lazarus, 1999).

#### **2.2.7.2 Manejo centrado en la emoción**

La función centrada en la emoción se utiliza cuando las condiciones no se pueden modificar, pero se pueden generar estrategias para regular las emociones que siente la persona en ese momento. Un ejemplo es evitando pensar en la amenaza o revalorizando la situación sin que se cambie el evento que se encuentra experimentando (Lazarus, 1999).

Como ya se mencionó en anteriormente, en esta fase del manejo existen dos formas de reacciones emocionales: la evitación y la reevaluación del significado personal. Lazarus (2000) define ambas formas de la siguiente manera: en la evitación se intenta no pensar en lo que le aflige al individuo, recurriendo a estrategias centradas en la emoción para continuar con la evitación. En cuanto a la reevaluación del significado personal, significa volver a evaluar la situación pero desde otra perspectiva, más serena y menos amenazante, lo que tiene que ver con una valoración creíble y no absurda de lo que está sucediendo para no caer en la negación.

Lo ideal sería que existiera una combinación de estos dos tipos de manejo, donde se modelaran las emociones que se sienten para poder generar estrategias que solucionen el

problema objetivo. En específico el apoyo social, según el Modelo del estrés, es un recurso que funciona como estrategia de afrontamiento para la resolución de conflictos (Lazarus, 2000).

Lazarus (1999) en su modelo del estrés, define al apoyo social como un recurso que posee el individuo y que puede usar como medida de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes. De igual forma, señala que este recurso debe otorgarse con habilidad y sensibilidad para ser percibido como ayuda, funcionando como amortiguador de los daños producidos por el estrés. El modelo no ahonda más en la explicación de este recurso, sin embargo la teoría del Apoyo social es utilizada para mayor acercamiento en este trabajo.

### **2.3 Apoyo social**

La teoría del apoyo social surge a partir de la década de los años setenta y ochenta, en los países de Gran Bretaña y Estados Unidos, el concepto fue desarrollado por diferentes autores como Cobb (1976), Kaplan, Cassel y Gores (1977), Johnson y Sarason (1979), Lin, Simeone, Ensel y Kuo (1979), Thoits (1986) entre otros más; a partir de investigaciones realizadas en el campo de la salud.

Cobb (1976) define el apoyo social como la información que recibe el sujeto para percibirse amado, cuidado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas. Kaplan, Cassel y Gores (1977), lo explican como la satisfacción de las necesidades básicas como afecto, estima, pertenencia, etc., al interactuar con otras personas. Para Johnson y Sarason (1979), el apoyo social es la forma en que los individuos tienen acceso a recursos sociales a partir de la confianza con otras personas. Por su parte, Lin y otros (1979) definen al apoyo social como la ayuda que es accesible al individuo por medio de vínculos sociales con otros sujetos, grupos y comunidades.

Así pues, existen diferentes tipos de definiciones para abordar el concepto del apoyo social, sin embargo todas concuerdan como este es un recurso transaccional que sirve para el auxilio en necesidades puntuales. Lo anterior concuerda con la perspectiva de Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) quienes clasifican el apoyo social como transferencias que circulan en un flujo de intercambio de acciones e información; siendo categorizado por ellos de la siguiente manera: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

El primer tipo consiste en los apoyos materiales, los cuales implican un flujo de recursos materiales y no materiales. Como recursos materiales se encuentra el dinero contable en forma de efectivo, remesas, apoyo regular; por su parte, los recursos no materiales se configuran como el apoyo no financiero como el alimento, la ropa, el calzado, etc. El segundo tipo de apoyo es el instrumental, tiene que ver con una conducta o acción que se brinda como ayuda a la persona que lo necesita y se cristaliza a través del cuidado, el acompañamiento, la ayuda, etc. El tercer tipo de apoyo es el emocional, se define a través de la expresión de sentimientos asociados a la persona que necesita auxilio. Algunos ejemplos pueden ser: transmitir afecto, empatía, sensibilidad o visitas periódicas, transmisión física de afecto, etc. Por último, el cuarto tipo de apoyo es el cognitivo y se traduce en forma de un intercambio de ideas o pensamientos acumulados de un tema en específico, como el intercambio de experiencias, la transmisión de información, los consejos que permiten entender una situación, etc. (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

Estos cuatro tipos de apoyo funcionan como recursos que pueden circular entre un emisor y un receptor. Dependiendo de la manera en que funcione dicha ayuda, será la efectividad que se produzca (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). Además, en relación con la teoría del Lazarus sobre el manejo del estrés, este tipo de recursos son utilizados como estrategias de afrontamiento para la solución de problemas.

Esto lo ejemplifica Casillas (2008) cuando habla de cómo los migrantes centroamericanos utilizan diferentes recursos, propios y proporcionados por sus redes de apoyo para sortear los eventos estresantes que surgen durante el camino, como puede ser: el apoyo de envío de remesas por parte de sus familiares desde su país de origen para poder continuar el trayecto, además de la información que proporciona su familia antes de iniciar el viaje para contar con conocimiento que los ayude de forma preventiva a solucionar problemas específicos durante el tránsito. Casillas (2008), también destaca el papel de los albergues distribuidos a lo largo de México como protagonistas de soporte de la sociedad civil mexicana que busca hacer el viaje de los centroamericanos menos estresante, brindando alimento, hospedaje y apoyo emocional, pues la mayoría cuenta con servicio psicológico y de asistencia social.

Dentro de la literatura sobre el apoyo social, la ayuda brindada se distingue entre dos fuentes principales, los cuales son las redes formales y las redes informales. Ambas fuentes pueden actuar como ayuda para el individuo ante una situación estresante que se le presente.

En ese contexto, el sistema formal de apoyo es definido por Sánchez (1994, citado por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003), como el soporte que brinda una organización burocrática, la cual contempla objetivos específicos en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para la operatividad y logro de dichos objetivos.

En cuanto al sistema informal de apoyo, este es abordado por Sánchez (1994, citado por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003), como el apoyo que es proporcionado por las redes personales y comunitarias no estructuradas hacia el individuo. Este tipo de redes pueden ser la familia, las amistades, los vecinos cercanos, así como programas de apoyo informales. El uso de estos dos tipos de redes de manera integrada sirve de igual forma para el manejo y afrontamiento de situaciones estresantes experimentadas.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Zúñiga (2011) con la participación de estudiantes mexicanos, los cuales se encontraban cursando una estancia académica en universidades extranjeras, por medio de 150 cuestionarios y 10 entrevistas a profundidad, identificó como situaciones estresantes percibidas: la acreditación de cursos, las prácticas profesionales, el plan curricular y estilos de enseñanza-aprendizaje. Su estudio demostró que para el afrontamiento del estrés producido por estos eventos, los estudiantes habían utilizado su capital social. Además, la red informal resultó ser más efectiva que la red institucional formal ya que la mayoría de los estudiantes tuvieron el apoyo emocional de sus padres, pues los escucharon, orientaron y motivaron en relación al manejo de las emociones producidas por las dificultades académicas. De igual forma, el apoyo de amistades ayudó a resolver problemas escolares concretos como practicar el idioma y traducir documentos estudiando en grupo. Por su parte, la red formal conformada por tutores extranjeros, facilitó la adaptación al entorno académico, además se familiarizaron con el funcionamiento académico y administrativo de las universidades. Por otro lado, los tutores de la universidad mexicana nunca permanecieron al pendiente de los estudiantes y siempre se mantuvieron alejados hasta su regreso. Contrastando

los diferentes papeles que puede adoptar una red formal e informal para el afrontamiento de las situaciones de estrés.

Siguiendo con la teoría del Apoyo Social, el grado de satisfacción que posee la persona que vive la situación de estrés acerca de la red de apoyo que lo soporta es fundamental. La literatura secundaria la define como el sentimiento de bienestar que posee el individuo cuando intercambia apoyo material, instrumental, emocional o cognitivo (Durá y Garcés, 1991; Aranda y Pando, 2013). Otros factores como el tamaño de la red, la calidad y la frecuencia en que se recibe el apoyo también juegan un papel importante para la activación del apoyo social como amortiguador sobre los daños en la salud. Distintas investigaciones empíricas han medido la satisfacción del apoyo social recibido y la manera en como el sentirse amado y apoyado ayuda al bienestar de las personas.

Por ejemplo, en el estudio de García, Ramírez y Jariego (2001), realizado en España en conjunto con un colectivo de migrantes, se encontró que las personas que percibían como insuficiente la ayuda de su red de apoyo obtenían mayores niveles de depresión. Además, en el estudio de Cofrades (2010), hecho en conjunto con mujeres autóctonas de España y mujeres migrantes de otros países de Europa y América Latina, se encontró que las mujeres que percibían más fuerte el apoyo social (en su mayoría las autóctonas) eran las que se mostraban más satisfechas con su vida y con mejores puntuaciones de salud.

En suma, el Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus promueve la valoración cognitiva de la situación que experimenta el individuo a través de los recursos personales y ambientales que posee, para de esta manera determinar si la situación le parece estresante o no. En caso de que lo fuese, el individuo puede hacer uso de los recursos con los que cuenta para hacer frente a la situación y de esta manera disminuir el nivel de estrés y los daños sobre su salud.

Este tipo de teoría se ha utilizado en diferentes investigaciones para la explicación del estrés que perciben los migrantes a partir de los eventos estresantes que se encuentran experimentando en cualquier nivel de su proceso migratorio, con diferentes tipos de población migrante, así como la explicación que tiene dicho estrés sobre el deterioro de su salud física (Bail y otros, 2012; Zúñiga, 2011; Winkelman, Chaney y Bethel, 2013). De igual forma, la teoría del apoyo social ha permanecido de la mano de estas investigaciones, pues como ya se mencionó antes, el contar con apoyo de las redes sociales formales e informales es percibido como un alivio para la resolución de problemas, aliviando las somatizaciones producidas por el estrés (García, Ramírez y Jariego, 2001; Kaiser y otros 2015).

En este contexto, los conceptos que maneja este modelo puede explicar en el caso de los migrantes centroamericanos en tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey, las situaciones estresantes que viven, examinar las dolencias físicas que padecen, así como las estrategias de afrontamiento que utilizan para el manejo de las situaciones. De igual forma, la teoría del Apoyo social es de interés para profundizar en la explicación de este recurso, además de medir los tipos de apoyo social otorgados a los migrantes para sortear las situaciones que viven, los actores principales que otorgan este recurso y la satisfacción que tienen sobre dicho recurso.

Apoyándonos además con la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, se puede observar como los migrantes que viven este proceso de tránsito hacia su lugar de destino, viven múltiples factores individuales, sociales, políticos, ambientales y económicos que vulneran su bienestar y los limita a un acceso de oportunidades necesarias para la atención a su salud.



### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

En este capítulo se describe el diseño metodológico y las estrategias utilizadas para la realización de la tesis, presentando el tipo de estudio, las características de la muestra, las técnicas de investigación, el diseño del instrumento, el método para la recolección de datos, la validez y viabilidad del estudio, además de la operacionalización de variables con la descripción del cómo se analizaron los datos obtenidos.

#### **3.1 Tipo de estudio**

Nuestro estudio se centra en el paradigma positivista. Su plano ontológico supone una realidad aprehensible, inducida por mecanismos naturales inmutables, con una postura reduccionista y determinista. Sus principios epistemológicos suponen que el investigador y el sujeto de estudio son entidades independientes, sin la capacidad de ser influenciados recíprocamente. Se evita que los prejuicios del investigador influyan en los datos y los resultados del estudio. En cuanto a su metodología, esta es experimental y manipuladora. Las preguntas y/o hipótesis se someten a pruebas empíricas para su verificación, los datos deben ser controlados para evitar caer en errores o confusiones (Guba y Lincoln, 2002).

Además, el estudio es de tipo cuantitativo-positivista, el cual es definido como un enfoque secuencial y probatorio, su orden es riguroso y lineal, se basa en la medición numérica de variables para elaborar un análisis estadístico y así establecer conclusiones al respecto de los resultados (Hernández, 2010). El alcance es descriptivo y correlacional. Por medio del alcance descriptivo se pretende exponer las principales características del fenómeno y las tendencias de la población que se estudia. Por su parte, el alcance correlacional permite el cruce de variables para establecer relaciones, así como el grado y sentido de asociación (Hernández, 2010). Es por esto que, en esta investigación se describe el perfil sociodemográfico de los migrantes, las situaciones estresantes que enfrentan y los diferentes tipos de apoyo social que les son brindados. Además, se analiza si existe una relación significativa entre los eventos estresantes y el apoyo social, en relación con la salud física.

En cuanto a las implicaciones éticas del estudio, en todo momento se guardó respeto hacia la población objetivo. Previamente a la aplicación del instrumento de recolección de datos se le preguntó a cada migrante si deseaba participar en la investigación y de ser así, se leía un escrito sobre la privacidad de la información que brindarían, se hacía mención de tener la opción de responder o no a cualquier pregunta, así como de retirarse de la investigación en cualquier momento que lo desearan.

#### **3.2 La muestra**

Como ya se había expuesto en los antecedentes del problema, no se cuentan con cifras estadísticas exactas que representen el número de migrantes centroamericanos en tránsito por el país, solamente se tienen los datos registrados por eventos de aseguramientos del Instituto Nacional de Migración y los registros de alojamientos de migrantes en los albergues de asistencia distribuidos en el Área Metropolitana de Monterrey. Es por esta razón que es muy difícil establecer el tamaño de la población de migrantes con los que se pudiese establecer una muestra representativa.

En este contexto, es que se decidió trabajar con una muestra de tipo no probabilística por cuotas, basada en un tipo de selección informal, pues los sujetos que conformaron la muestra no tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, sino que dependieron de criterios de selección de la propia investigación para ser incluidos (Hernández, 2010). Los criterios de inclusión para la selección de los participantes fue el ser migrante en tránsito por el país (hombre o mujer), sin restricción de edad, estado civil, situación migratoria, nivel de escolaridad, además los participantes podían ser procedentes de cualquier país centroamericano.

Según Cohen (1962), se necesita un mínimo de 300 sujetos para la conformación de una muestra cuantitativa en caso de que el objetivo sea realizar cruces entre variables. Por esta razón y por consecuencia de que no se podía determinar el número exacto de sujetos para la conformación de una muestra representativa en términos cuantitativos, se decidió trabajar con 300 migrantes centroamericanos para que, por motivos estadísticos, se lograra el cruce de variables y así llegar a responder las preguntas de nuestra investigación.

### **3.3 Técnicas de investigación y diseño del instrumento**

La técnica utilizada para la recolección de los datos de nuestra investigación es el cuestionario estandarizado, el cual se caracteriza por usar las mismas palabras y el mismo orden para todos los interrogados. Esto para asegurarse que cada persona interrogada conteste las mismas preguntas (Selltiz, 1970). Los cuestionarios estandarizados se clasifican de acuerdo al modo en que están estructuradas sus preguntas, ya sea en preguntas cerradas o con final abierto. Los cuestionarios con preguntas cerradas se caracterizan por el modo en que sus respuestas se encuentran limitadas a alternativas ya fijadas (ejemplo: *Si* o *No*). A diferencia de los cuestionarios con preguntas de final abierto, donde las respuestas pueden ser libres y no están limitadas a alternativas preestablecidas en el cuestionario (Selltiz, 1970).

Se decidió trabajar con un cuestionario de preguntas cerradas ya que son más fáciles de codificar y preparar para el análisis. De igual forma, esta técnica es más cómoda para llevar a cabo por los migrantes, ya que les permite contestar el instrumento con un mínimo de esfuerzo al no tener que escribir sus ideas, sino solamente seleccionar lo que mejor los identifica. Además, el anonimato al contestarlo puede generar mayor confianza y sentirse más libres de expresar sus opiniones. Otra ventaja es que al ser un cuestionario estandarizado, su mismo orden de preguntas e instrucciones para el registro de respuestas llevan a una mayor uniformidad de una medición a otra (Selltiz, 1970).

El cuestionario utilizado fue la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016” la cual consta de 187 preguntas, de ellas 124 son extraídas (con un permiso previo) del cuestionario perteneciente al Observatorio de Migración del Instituto para la Seguridad y la Democracia, A. C., constando de 9 secciones: Datos generales del migrante (13 reactivos), Historia migratoria antes de llegar a México (17 reactivos), Violaciones a derechos humanos durante el tránsito (12 reactivos), Revisión de documentos (14 reactivos), Estancia en garitas o puntos de detención (24 reactivos), Detención en la estación migratoria (44 reactivos), Bienestar (9 reactivos), Emociones (23), Adicciones (6 reactivos), Tipos de Apoyo Social en Monterrey (5 reactivos) y Situaciones estresantes en Monterrey (20 reactivos).

Además, al cuestionario se le añadió un apartado extraído de la EMIF Sur del Colegio de la Frontera Norte (3 reactivos), donde se midió la percepción de los migrantes centroamericanos, sobre su estado de salud y las enfermedades físicas que padecen. De igual forma, se agregó un apartado para medir el nivel de frecuencia con que consumen alcohol y drogas. Por último, el cuestionario incluye dos escalas para determinar su salud psicofísica, “La escala de Hamilton” (10 reactivos) que mide el nivel de ansiedad y “La escala de Zung” (21 reactivos) que detecta el nivel de depresión (Anexo 1).

Para los fines del presente estudio, de este cuestionario fueron tomadas únicamente las variables que abordan las situaciones estresantes experimentadas durante el tránsito en el Área Metropolitana de Monterrey, los síntomas físicos y el apoyo social recibido en la metrópoli.

### **3.4 Validez y fiabilidad del instrumento**

La validez se define como el grado en que un instrumento mide de verdad las variables que se desean medir (Hernández, 2010). Para la medición de la salud física se utilizó la escala psicofísica de Hamilton, de tipo Likert, la cual es utilizada en este tipo de investigaciones por su fácil aplicación y manipulación. El alfa de Cronbach resultante tomando en cuenta todos los indicadores de la escala psicofísica de Hamilton es de 0.816. Sin embargo, para fines de la investigación solamente se deseaba medir la salud física de los sujetos de estudio, es por esto que fueron seleccionados los 6 indicadores que miden el estado físicos de las personas, presentando un grado de confiabilidad aceptable de 0.738 como valor del alfa de Cronbach. De igual manera, la estandarización del cuestionario ayuda a la comparación de respuestas y da mayor grado de fiabilidad al instrumento.

### **3.5 Viabilidad de la investigación**

La principal razón que posibilitó el aplicar las 300 encuestas, fue gracias a que se contó con el apoyo de tres albergues pertenecientes a la Diócesis de Monterrey, que brindaban alojamiento y auxilio a migrantes centroamericanos. Los albergues con los que se trabajó fueron: Casanicolás, en el municipio de Guadalupe, además de Casa Santa Martha y Casa María Goretti, ambas ubicadas en el municipio de Monterrey, Nuevo León.

En cuanto a los recursos económicos, la investigación fue parte de proyecto “Derechos humanos y bienestar de familias migrantes” de la red internacional “Derechos humanos y migración”, siendo financiada por la Secretaría de Educación Pública dentro del apoyo a redes temáticas.

### **3.6 Recolección de datos**

Sobre el trabajo de campo realizado para la recolección de datos, este se llevó a cabo en diferentes etapas. En una primera instancia se había elegido trabajar con migrantes centroamericanos en tránsito en diferentes puntos del Área Metropolitana de Monterrey, para esto se ubicaron los puntos más visibles en las calles o cruceros de la ciudad. Sin embargo al comenzar a trabajar de esta manera, la viabilidad se complicaba y las limitantes crecían. Los migrantes no tenían el suficiente tiempo para participar en el estudio, ya que las condiciones de espacio abierto eran muy peligrosas: constantemente se tenían que esconder de las autoridades que patrullaban los cruceros, restando tiempo para la aplicación de la encuesta y poniendo en riesgo a los participantes y las encuestadoras. Además la mayoría de los y las

migrantes comentaban que se estaban hospedando en uno de los diferentes albergues ubicados en la metrópoli, siendo por estas causas que se decidió contactar a los dirigentes de tres albergues localizados en la zona: Casanicolás, Casa Santa Martha y Casa María Goretti.

Estos albergues tienen como principal objetivo brindar apoyo a migrantes centroamericanos que se encuentran en tránsito por el área Metropolitana de Monterrey. Se estableció contacto con los encargados de los albergues, se fijó el horario de visita para la aplicación del instrumento y se revisó el reglamento de cada casa para respetar el trato adecuado a los migrantes como grupo vulnerable y salvaguardar su confidencialidad durante el estudio. Desde sus instalaciones fue más sencilla la realización del estudio, esto reducía tiempos y aseguraba a los y las migrantes junto con las encuestadoras, del acoso constante de las autoridades. Facilitando que los y las migrantes se concentraran y fueran más objetivos al momento de estar contestando el cuestionario.

La prueba piloto comenzó con la aplicación de las encuestas en la calle y posteriormente, en los albergues de Casanicolás, Casa Santa Martha y Casa María Goretti. Durante un periodo de un mes, llevado a cabo en Julio de 2015. Al finalizar la prueba y modificar ciertas preguntas que presentaban mayor dificultad para los migrantes el contestar, se aplicó el resto de las encuestas hasta cubrir la cuota de 300 sujetos.

### 3.7 Operacionalización de variables

Las variables que se manejaron en nuestro estudio son: la salud física, las características sociodemográficas, las situaciones estresantes y el apoyo social. Dichas variables fueron seleccionadas con el fin de establecer una asociación significativa entre ellas y poder de esta manera responder a las preguntas de la presente investigación.

Se tomaron como variables sociodemográficas: el sexo, la edad, el país de origen, el estado civil, el tener hijos, el nivel de escolaridad, la religión y los motivos para migrar. El sexo, tener hijos y la religión se evaluaron como variables nominales dicotómicas (1= sí, 2= no); la edad fue medida como variable de razón continua; el estado civil se consideró como variable nominal (1= soltero, 2= casado, 3= divorciado, 4= separado, 5= unión libre, 6=Otra), así como la escolaridad (1= primaria, 2= secundaria, 3= preparatoria, 4= licenciatura, 5= posgrado, 6= técnica) y los motivos para migrar (1= persecución, 2= inseguridad, 3= amenazas, 4= reunificación familiar, 5= motivos económicos, 6= otro).

Las variables de situaciones estresantes son variables nominales de tipo dicotómicas (2=Sí y 1=No). Se refiere a las situaciones de riesgo que experimentan los migrantes en su tránsito por Monterrey y que atentan contra su propia salud. Para la construcción del índice de situaciones estresantes, fueron sumados las ocho variables (1. Discriminación, 2. Malestar por forma de hablar o acento, 3. Víctima de un acto criminal, 4. Obligado a trabajar, 5. Secuestro, 6. Ataque/asalto, 7. Testigo de un ataque/asalto, 8. Detención por autoridades) (Tabla 1).

**Tabla 1. Variable Situaciones estresantes**

Variable	Situaciones estresantes	Escala
Situaciones estresantes	Discriminación	Sí= 2

Malestar por forma de hablar o acento	No= 1
Víctima de un acto criminal	
Obligado a trabajar	
Secuestro	
Ataque/asalto	
Testigo de un ataque/asalto	
Detención por autoridades	

Fuente: Elaboración propia en base a la "Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016".

En cuanto a la variable salud física, esta fue clasificada como variable de tipo ordinal. Esta variable se refiere al daño somático reflejado como producto de las situaciones estresantes experimentadas en el tránsito irregular por el Área Metropolitana de Monterrey. Se compone de 6 variables que fueron medidas con una escala de frecuencia tipo Likert de 3 puntos (1=Nunca, 2=Algunas veces, 3=Siempre). Las variables (tomados de la Escala de Hamilton) fueron sumadas para la construcción del índice de salud física y el puntaje oscilaba de 6 a 18 puntos, donde 6 puntos indican buena salud y 18 puntos mala salud (Tabla 2). El instrumento presentó un grado de confiabilidad aceptable de 0.738 como valor del alfa de Cronbach.

**Tabla 2. Variable Salud física**

Variable	Dolencias físicas	Descripción	Escala
Salud psicofísica	Musculares	Dolores y molestias musculares.	1.Nunca
	Sensoriales	Zumbidos en los oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	2.Algunas veces
	Cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo.	3.Siempre
	Gastrointestinales	Dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno o vacío, vómitos, digestión lenta, ruido intestinal, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	
	Autonómicos	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, dolores de cabeza, piel de gallina.	

Fuente: Elaboración propia en base a la "Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016".

Por último, el apoyo social es traducido como la ayuda proporcionada durante el tránsito, funcionando como amortiguador del estrés y los daños hacia la salud. Es nominal, de tipo dicotómica y para su medición, se utilizaron tres variables. La primera de ellas se refiere a los tipos de apoyo, se construyó a partir de la clasificación de Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), la cual consiste en cinco tipos de ayuda: el apoyo material como dinero y alimento, el instrumental traducido en alojamiento, el emocional transmitido por muestras de sensibilidad o empatía, y el cognitivo que se da a través de información u orientación. La

segunda variable se refiere a las personas o redes formales e informales que proporcionaron el apoyo. Por último, la tercera aborda: la satisfacción con el apoyo recibido, a través de una escala de 3 puntos (Muy satisfecho=1, Poco satisfecho=2 y Nada satisfecho=3). Para la creación del índice de apoyo social, se realizó a través de la suma de los cinco apoyos de la primera variable, donde el puntaje variaba de 5 a 10 puntos, 5 puntos indica nada de apoyo y 10 puntos mucho apoyo (Tabla 3).

**Tabla 3. Variable Apoyo social**

Variable	Tipos de apoyo	Escala
Apoyo Social	Alimentos	Sí=2
	Dinero	No=1
	Apoyo Emocional	
	Información/Orientación	
	Alojamiento/Hospedaje	

Fuente: Elaboración propia en base a la "Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016".

### 3.8 Análisis e interpretación de datos

El análisis de los datos es llevado a cabo una vez que se han codificado los datos, transferido a una base, almacenado en un archivo electrónico y verificado que no contenga errores. El proceso se realiza por medio de un programa estadístico computacional y se centra en la interpretación de los resultados por medio de métodos de análisis cuantitativos (Hernández, 2010).

Referente al presente estudio, primero se realizó la clasificación de los cuestionarios aplicados a los migrantes centroamericanos, enumerados del 1 al 300. Después se procedió a la codificación de cada una de las variables. La captura y análisis estadístico de los datos se realizó por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Se corrieron las frecuencias de los datos y se revisó que no existieran errores de captura.

Los datos obtenidos se sometieron a un análisis descriptivo y otro correlacional. El análisis descriptivo muestra las principales tendencias de un grupo o población, buscando especificar sus propiedades y características más importantes (Hernández, 2010). Por medio de la distribución de frecuencias con sus respectivos porcentajes, es que se presentaron las principales directrices y características de las variables estudiadas en nuestro estudio: las características sociodemográficas, las situaciones estresantes, la salud física y el apoyo social de los migrantes centroamericanos en tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey.

Para el análisis correlacional se seleccionó como prueba estadística la *chi* cuadrada. Este método se utiliza para evaluar hipótesis sobre la relación de variables categóricas, valorando si existe una asociación entre las variables (Hernández 2010). La *chi* cuadrada trabaja con variables de tipo nominal y ordinal. Para el nivel de significancia fueron tomados los valores menores o iguales a 0.05. El objetivo de someter los datos a través del análisis de la *chi* cuadrada es para conocer la existencia de alguna relación entre las situaciones estresantes y la salud física de los migrantes, así como con el apoyo social.

Las teorías utilizadas para interpretar los datos arrojados por medio de las pruebas estadísticas descritas anteriormente, son la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, el Modelo del Manejo del Estrés de Richard Lazarus y la teoría del Apoyo social. Los Determinantes Sociales de la Salud son definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2017). Asimismo, esta teoría promueve el proceso de salud-enfermedad desde un carácter social, explicando que la salud de las personas se ve condicionada por el ambiente socio-cultural y político en el que se encuentran (Breilh, 2013).

Referente al Modelo del manejo del estrés de Lazarus (1999), este se inserta en la perspectiva mediacional cognitiva de la psicología, su propuesta se fundamenta en el pensamiento del individuo como mediador de la acción que realizará ante determinadas circunstancias estresantes. Además, defiende la participación activa de las personas a través del manejo de los recursos personales y ambientales para hacer frente al evento ambiental en el que se encuentran.

Por su parte, la teoría del Apoyo social describe el apoyo social como la información que recibe el sujeto para percibirse amado, cuidado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas (Cobb, 1976). De igual forma, esta perspectiva explica el papel del apoyo social como amortiguador sobre los daños que el estrés tiene sobre la salud de las personas.

## 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio y su interpretación a partir de la teoría del Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus, la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud y la teoría del Apoyo Social. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron dos tipos de análisis cuantitativos: el descriptivo y el correlacional, este último por medio de la *chi* cuadrada, para dar respuesta a las preguntas de investigación y alcanzar el objetivo general del estudio, el cual estaba dirigido a analizar el impacto de las situaciones estresantes asociadas al proceso migratorio en la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por el Área Metropolitana de Monterrey (AMM), así como el apoyo social utilizado para afrontar las situaciones estresantes. En este apartado se describen en primera instancia los resultados del análisis descriptivo y posteriormente los hallazgos obtenidos por medio del análisis correlacional.

### 4.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo es utilizado para describir el perfil sociodemográfico de los migrantes centroamericanos que participaron en el estudio, los eventos estresantes que experimentan en el tránsito por el AMM, las principales dolencias físicas que manifiestan, así como los tipos de apoyo social que utilizan para manejar los eventos estresantes. Para este análisis se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas, las situaciones estresantes, la salud física y el apoyo social. Los estadísticos descriptivos utilizados son distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central, particularmente la media; a través de la distribución de frecuencias se obtuvieron los valores adoptados en cada variable, así como el número y porcentaje de veces que se repite cada valor (Hernández, 2010).

#### 4.1.1 Perfil sociodemográfico

De un total de 300 migrantes que participaron en el estudio, 277 (92.3%) son hombres y 23 (7.7%) son mujeres, con un promedio de edad de 35 años. En cuanto a la nacionalidad, el mayor número proviene de Honduras (78.3%), seguido de El Salvador (11.7%), Guatemala (7.3%), Nicaragua (2.3%) y Costa Rica (0.4%). Sobre el estado civil, 57.0% es soltero, 19.3% vive en unión libre, 16.0% es casado, 5.3% se encuentra separado y 2.4% es divorciado. El 60.8% mencionó que tenía hijos, siendo 5 años el promedio de edad (Tabla 4). Estos datos son consistentes con las cifras nacionales sobre los principales países que encabezan el flujo migratorio procedente del triángulo centroamericano (INM, 2015, 2016).

Respecto al nivel de escolaridad de los migrantes, la mayoría (58.1%) ha cursado la primaria, 25.2% la secundaria, 9.0% estudió la preparatoria, 2.7% una licenciatura, 1.7% cursó una carrera técnica, 0.3% mencionó no poseer escolaridad alguna, así como 3.0% no contestó esta pregunta (Tabla 4). Además, el principal factor expulsor de los migrantes centroamericanos encuestados es el económico (61.1%). Otros factores señalados son la inseguridad (12.6%), las amenazas (8.6%), la reunificación familiar (4.0%) y la persecución (3.0%), 8.6% no especificó la razón por la cual emigró y 2.1% no contestó (Tabla 4).

Lo anterior coincide con la literatura que enmarca los motivos económicos y de violencia ocasionada por conflictos armados, como los principales factores que impulsan la migración centroamericana hacia otros países (Castillo, 1999; Manaut, 2011). De igual forma, se ha visto



como en la región del Istmo, la principal actividad económica es la agricultura, siendo en la población rural donde se encuentran los mayores índices de pobreza y rezago educativo (Castillo, 2000). Como se mencionó anteriormente, la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2003) explica que estos determinantes estructurales (ingreso y educación), influyen en el bienestar físico; pues siendo los migrantes centroamericanos personas ubicadas en los estratos socioeconómicos más bajos, conlleva a una posición de mayor vulnerabilidad, deteriorando de este modo su salud.

Al ingresar a México, la mayoría de los migrantes (64.5%) llevaba consigo la identificación oficial de su país de origen, el 10.0% el acta de nacimiento, el 5.6% contaba con el pasaporte, el 0.7% llevaba consigo la licencia de conducir, el 1.0% ingresó con la forma migratoria de visitante local, el 0.3% llevaba la FM3 y el 16.3 % comentó no haber portado con ellos ningún tipo de documentación, además el 1.6% no especificó si llevaba consigo o no un documento (Tabla 4).

Del total (82.1%) de migrantes que ingresaron con documentos al país, al momento de la aplicación de la encuesta, el 16.3% no contaba con ningún tipo de documentación debido a motivos como el robo (7.6%), extravío (6.1%), asalto (1.7%), porque los documentos se les había mojado (0.3%), se habían quemado (0.3%), o les fueron retenidos por las autoridades de migración (0.3%) (Tabla 4).

De esta manera, el hecho que un porcentaje mínimo (abajo del 5.6%) de centroamericanos cuenten con documentos oficiales migratorios, los convierte en presa vulnerable para ser objeto de abusos y delitos en su contra, pues no poseen una forma que represente su estancia en el país, llegando a ser las propias autoridades de migración quienes les retiran sus papeles de identidad y violan sus derechos (Casillas, 2011).

**Tabla 4. Datos sociodemográficos**

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	INDICADORES	%
Sexo	Hombres	92.3%
	Mujeres	7.7%
Edad promedio	35 años	
País de origen	Honduras	78.3%
	El Salvador	11.7%
	Guatemala	7.3%
	Nicaragua	2.3%
	Costa Rica	0.4%
Estado civil	Soltero	57.0%
	Unión libre	19.3%
	Casado	16.0%
	Separado	5.3%
	Divorciado	2.4%

Hijos	Sí	60.8%
	No	38.5%
	No contestó	0.7%
Nivel de escolaridad	Primaria	58.1%
	Secundara	25.2%
	Preparatoria	9.0%
	Licenciatura	2.7%
	Técnica	1.7%
	Sin educación	0.3%
	No sabe/no contestó	3.0%
Motivos para migrar	Motivos económicos	61.1%
	Inseguridad	12.6%
	Amenazas	8.6%
	Reunificación	4.0%
	Persecución	3.0%
	Otros motivos	8.6%
	No sabe/no contestó	2.1%
Documentos al ingresar a México	Sí	82.1%
	No	16.3%
	No sabe/no contestó	1.6%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

Los hallazgos sobre las características sociodemográficas de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM, reflejan el estado de extrema vulnerabilidad en que se encuentran, pues se trata de una población que en su mayoría ha cursado una educación básica, huyendo de su país por motivos económicos y violentos, además de no contar con documentos oficiales que respalde legalmente su estancia en la metrópoli. Estas condiciones, vistas desde los Determinantes Sociales de la Salud, son consecuencia del modelo sociopolítico y económico Neoliberal, el cual no ha sido capaz de conceder las protecciones sociales a las personas que se encuentran en este tipo de situaciones irregulares (OMS, 2013). A tal grado que durante su tránsito por México, no poseen ningún tipo de garantías para atender sus necesidades básicas como la salud, la alimentación y hasta su seguridad, potencializando así los efectos sobre los daños en su estado físico y mental (Fuentes y Ortiz, 2012).

#### 4.1.2 Situaciones estresantes

Para dar respuesta a la primera pregunta de investigación, ¿cuáles son las situaciones estresantes que atraviesan los migrantes centroamericanos en su tránsito por Monterrey y su Área Metropolitana?, se construyeron dos grupos o categorías de situaciones estresantes en base a los ocho situaciones planteadas en la encuesta. La primera categoría es la discriminación social, la cual comprende dos variables: sentirse discriminado y sentirse mal por la forma de hablar o acento. La segunda categoría se refiere a la violencia social, la cual está constituida por seis variables: ser atacado o asaltado, ser víctima de un acto criminal, ser

obligado a trabajar, ser secuestrado, ser testigo de que hayan atacado o asaltado a alguien y ser detenido por alguna autoridad.

Según el Modelo relacional del manejo del estrés de Richard Lazarus (1999), cuando una persona experimenta una situación determinada y dicha situación sobrepasa es valorada como que sobrepasa sus recursos personales y ambientales para afrontarla, es cuando se produce estrés. Los datos muestran que, de la totalidad de la muestra, el 39.6% (119 migrantes) de los migrantes centroamericanos en tránsito por la zona metropolitana de Monterrey, experimentaron una o más situaciones estresantes.

Respecto a la discriminación social como primera categoría de las situaciones estresantes, Rodríguez (2005) la define como una conducta, culturalmente fundada y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o un grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo y que tiene por efecto dañar sus derechos y libertades. En el caso de los migrantes centroamericanos en tránsito encuestados, una de las principales situaciones estresantes que manifiestan fue el sentirse discriminado y mal por su forma de hablar o por su acento (28.6%) (Tabla 5).

Bustamante (2007) señala que la discriminación social se trata de un elemento ideológico que surge desde la sociedad huésped hacia los extranjeros (migrantes), la cual junto con el racismo, la xenofobia, los estereotipos, los prejuicios y la ignorancia, configuran la vulnerabilidad cultural. Este tipo de vulnerabilidad se reproduce a través de las relaciones sociales entre los nacionales y los migrantes, llevando a una desprotección y daños a la salud o amenazas a su bienestar debido a los escasos recursos económicos, sociales y legales que poseen (Bronfman et al, 2004, citado por Rivas, 2011).

Esta discriminación surgida desde la vulnerabilidad cultural alimenta la desigualdad entre nacionales y extranjeros llegando hasta la legitimación de la impunidad de perpetuadores que comenten violencia en contra de los migrantes (Bustamante, 2007). En ese sentido, siguiendo con la violencia social como la segunda clasificación de las situaciones estresantes, en el presente estudio, los resultados indican que de la totalidad de la muestra, más de la mitad de los migrantes experimentaron una situación estresante de este tipo (52.3%) (Tabla 5).

La agresión física que se presentó con mayor frecuencia fue el haber sido atacado o asaltado (16.7%), seguido de haber sido testigo de un ataque o asalto a otras personas (13.7%). Lo que coincide con los resultados de los informes de la REDODEM, ya que en el año 2004, de la totalidad de 31 mil 894 migrantes centroamericanos en tránsito registrados en su red, el 74.7% fue víctima de robo. En el 2005, de entre 30 mil 321 migrantes centroamericanos en tránsito registrados, el 66.4% fue víctima de este mismo delito. De igual forma en el estudio de Centros de Integración Juvenil (2005), en el que participaron 107 migrantes provenientes de Guatemala, Honduras, El Salvador, Colombia y Nicaragua, el 74.8% manifestó el agravio de robo como la experiencia estresante más frecuente en su trayecto por el país (Tabla 5).

Sobre los actores de violencia cometida en contra de ellos, se ha documentado ampliamente que los grupos de la delincuencia organizada y las autoridades mexicanas son los principales en ejercer este tipo de acto (CDH, 2016; REDODEM, 2014, 2015). Los resultados de nuestro propio estudio indican que el haber sido detenido por una autoridad es la tercera situación de violencia estresante experimentada por los migrantes (12.3%).

Por otro lado, las situaciones estresantes violentas experimentadas en menor medida por los centroamericanos fue el haber sido víctima de un acto criminal (5.7%), el haber sido obligado a trabajar (2.0%) y haber sido secuestrado (2.0%). (Tabla 5).

**Tabla 5. Situaciones estresantes experimentadas por los migrantes centroamericanos en su tránsito por el AMM**

	Sí	No	No contestó
Ataque/asalto	16.7%	82.0%	1.3%
Discriminación	14.3%	84.3%	1.4%
Malestar por forma de hablar/acento	14.3%	84.4%	1.3%
Testigo de un ataque/asalto	13.7%	85.0%	1.3%
Detención por autoridades	12.3%	86.3%	1.4%
Víctima de acto criminal	5.7%	92.6%	1.7%
Obligado a trabajar	2.0%	96.3%	1.7%
Secuestro	2.0%	96.3%	1.7%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

#### 4.1.3 Salud física

Siguiendo con el Modelo de Lazarus (1999), el estar bajo situaciones estresantes puede desencadenar en implicaciones sobre la salud de las personas. De igual manera, la concepción de la medicina social apunta a que el deterioro de la salud se debe principalmente a factores ambientales en los que se encuentra inmerso el individuo (Dahlgren y Whitehead, 1991). Dentro de la academia, estudios empíricos han respaldado esta relación entre el medio social y las somatizaciones (Leguizamón y Gómez, 2002; Mesa 2016; Quintero, Palma y Quevedo, 2005; Ramírez, Rodríguez y Duniert, 2012; Salgado y Wong, 2007).

En este contexto, la segunda pregunta de investigación planteaba: ¿Cuáles son las principales dolencias físicas experimentadas por los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM? Para dar respuesta a esta interrogante se consideraron cinco variables que miden la salud física<sup>9</sup>: musculares, sensoriales, cardiovasculares, gastrointestinales y autonómicos. Cada una de las variables se construyeron a través de una pregunta, solamente la variable de síntomas

<sup>9</sup> Los síntomas musculares hacen referencia a padecer dolores y molestias musculares. Los síntomas sensoriales son experimentados en zumbidos en los oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. Los síntomas cardiovasculares se traducen en taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho y sensación de desmayo. Los síntomas gastrointestinales se manifiestan al sentir dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno o vacío, vómitos, digestión lenta, ruido intestinal, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. Los síntomas autonómicos se experimentan al tener boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, dolores de cabeza, piel de gallina.

cardiovasculares se construyó a partir de preguntas: a) haber sentido taquicardia, dolor en el pecho y falta de aire, b) haber sentido opresión en el pecho, sensación de ahogo y falta de aire.

Antes de abordar el tema de las dolencias físicas, se les preguntó a los migrantes cómo evaluaban su estado de salud, a lo cual 40.0% señaló que lo consideraban como regular o malo. Referente a las afecciones físicas, un porcentaje alto, ligeramente superior a tres cuartos de la muestra (77.3%) manifestó, que siempre o en algunas ocasiones experimentaron dolencias físicas en el tiempo que han permanecido en Monterrey y su AM, lo que concuerda con los datos del primer informe de las Organizaciones Religiosas y de Educación Superior que brindan apoyo a los migrantes, Casanicolás, Casa Monarca y el Centro de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho (CDH, 2016), realizado en el AMM con la participación de 48 migrantes centroamericanos, donde también más de la mitad de la población migrante centroamericana (59.0%) manifestó enfermedades o lesiones presentadas en el tránsito por la metrópoli. Este tipo de problemática ha sido también documentada por otros estudios en contextos internacionales con migrantes en tránsito y de igual forma se ha visto como la salud tanto física como mental es menguada por las situaciones de riesgo que padecen, traducida en heridas físicas, discapacidades crónicas, pérdida de apetito, agotamiento, trastornos de sueño, ansiedad y depresión (James, Sovcik, Garoff, Abbasi, 2014; Tenesaca, 2016; Vukčević, Momirovic y Purić, 2016).

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en la población encuestada, fue el experimentar siempre o algunas veces dolores y molestias musculares durante su trayecto (59.0%). Sobre somatizaciones del tipo autonómicas como boca seca, tendencia a sudar, piel de gallina entre otros, casi la mitad de la población migrante (47.7%) comentó haberlas sentido siempre o en ocasiones. Respecto de los síntomas sensoriales, traducidos en zumbidos en los oídos, visión borrosa, escalofríos, entre otros, el 34.3% de los migrantes los experimentó siempre o algunas veces. Por último, en cuanto a presentar somatizaciones cardiovasculares, el 22.0% de los migrantes sintió siempre o algunas veces opresión en el pecho, sensación de ahogo y falta de aire; así como también en la misma periodicidad, el 18.7% tuvo taquicardia, dolores en el pecho y sensaciones de desmayo (Tabla 6).

**Tabla 6. Dolencias físicas experimentadas por los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.**

	Siempre	Algunas veces	Nunca	No contestó
Musculares	23.7%	35.3%	40.3%	0.7%
Autonómicos	13.7%	34%	51%	1.3%
Sensoriales	10.3%	24%	64.7%	1%
Gastrointestinales	2.3%	20%	77%	0.7%
Cardiovasculares A	7.3%	14.7%	77.3%	0.7%
Cardiovasculares B	4.7%	14%	80.6%	0.7%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

Nuestros hallazgos pueden ser interpretados a través de la teoría del Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus (1999), el cual como ya se comentó anteriormente, establece una relación transaccional persona-medio, donde al encontrarse el sujeto bajo una o más situaciones estresantes, el estrés percibido por ellas puede desencadenar dolencias físicas temporales sobre el organismo de las personas, tales como dolores físicos, problemas respiratorios, sensación de falta de energía o incluso, angustia y depresión. El haberse presentado en nuestro estudio con mayor frecuencia las dolencias musculares y las somatizaciones de tipo autonómicas (boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, dolores de cabeza y piel de gallina) se relacionan con los hallazgos obtenidos en un estudio realizado por López (2013) con población hondureña en tránsito por México, quienes también manifestaron dolores musculares y lesiones en la piel, antecedidos sólo por la manifestación de dolencias respiratorias.

Existe, además, un amplio acervo de investigaciones sobre las somatologías ante el estrés laboral, siendo identificadas la depresión, ansiedad, migrañas, problemas digestivos, dolores musculares como de espalda y pies, trastornos de sueño, decremento del deseo sexual, entre otros, como las más recurrentes (Bethelmy y Guarino, 2008; Islas, Cano, Navarro y Rodríguez, 2009; Leguizamon y Gómez, 2002; Sieglin, 2011). En el trabajo de Matud, García y Matud (2006) realizado en España, se encontró una relación entre el estrés percibido por el profesorado y sintomatología física, los cuales manifestaron, igual que en nuestro estudio con migrantes en tránsito, tener somatizaciones musculares y autonómicas, tales como calambres y cefaleas ocasionadas por el ambiente laboral, además de sentir dolores cardiovasculares, sofocos y vértigos.

Asimismo, los Determinantes Sociales de la Salud explican desde la medicina social, este mismo proceso de salud-enfermedad, al atribuir al ambiente económico, socio-cultural y político el deterioro de salud de las personas (OMS, 2003). En el caso de la migración centroamericana en tránsito, se trata en la mayoría de los casos de una migración motivada por razones económicas, de la violencia e inseguridad imperante en los países de origen, así como de la falta de programas sociales y la presencia de normas y patrones culturales de opresión o explotación (Casillas, 2008). Aunado a esta problemática, la exclusión del acceso a los derechos sobre la salud por parte del Estado mexicano así como el rechazo de la población mexicana, los sitúa en la total desprotección para hacer frente a las implicaciones que el estrés y el ambiente tienen sobre su bienestar físico (Fuentes y Ortiz, 2012).

#### **4.1.4 Enfermedades crónicas y sustancias adictivas**

Las enfermedades crónicas y el uso de sustancias adictivas no estaban contempladas como parte de las preguntas u objetivos de la investigación, sin embargo se decidió incluirlas ya que este tipo de padecimientos y conductas son parte importante de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud. Por ejemplo, diferentes estudios de género enmarcados en esta teoría explican cómo los hombres son más propensos a experimentar actividades dañinas para su salud en contraste con las mujeres, como ingerir alcohol, fumar, consumir drogas, entre otras, lo que puede generar daños en el hígado, pulmones, enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión o ansiedad (Mesa 2016; Ortiz, López y Borges, 2007; Salgado y Wong, 2007).

Además, para el modelo del estrés de Lazarus, las emociones producidas por situaciones de estrés juegan un importante rol sobre la salud física. Así bien, la irascibilidad, la ira y la impaciencia, sostienen reacciones neuroendocrinológicas asociadas a la reactividad cardiovascular, elevando la presión sanguínea y el ritmo cardiaco, produciendo daños arteriales progresivos y aterosclerosis. Este tipo de emociones inducen a cambios fisiológicos que llevan al desarrollo de hipertensión, la cual genera episodios dañinos cuando surgen eventos negativos asociados al estrés, comprometiendo además el sistema cardiovascular (Berrocal, Fava y Sonino, 2016; Leventhal y Miller, 2000; Uribe, 2016).

En ese sentido, distintas investigaciones han expuesto como el uso de sustancias adictivas desencadenadas por las emociones producidas por la depresión o el estrés han desencadenado en enfermedades crónicas como necrosis hepática, cirrosis en el hígado y cáncer de pulmón (Berrocal, Fava y Sonino, 2016; Leventhal y Miller, 2000). En relación a nuestro estudio, de la totalidad de la muestra, 10.1% de los migrantes centroamericanos padece enfermedades crónicas como hipertensión (4.7%), diabetes (1.7%) y colesterol (3.7%) (Tabla 7).

Así mismo, respecto al uso de sustancias adictivas, 18.3% de los migrantes registraron consumir alcohol, siendo casi en su totalidad hombres quienes lo ingerían (17.0%). En cuanto al uso de drogas, 3.6% de los centroamericanos comentaron utilizarlas durante su tránsito, siendo de igual forma hombres (3.2%) quienes las consumían en mayor medida, en comparación con las mujeres (0.4%) (Tabla 8).

**Tabla 7. Enfermedades crónicas de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.**

	Sí	No	No contestó
Hipertensión	4.7%	94.0%	1.3%
Diabetes	1.7%	97.7%	0.6%
Colesterol	3.7%	95.3%	1.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

**Tabla 8. Uso de sustancias adictivas de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.**

	Sí	No	No contestó
Alcohol	18.3%	81.7%	0.0%
Drogas	3.6%	94.4%	2.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

A pesar de que los resultados anteriores exponen que dentro del total de los migrantes centroamericanos en tránsito encuestados, la minoría es la que padece enfermedades crónicas, se ha expuesto como dentro del proceso migratorio coexisten diferentes determinantes que condicionan la salud de las personas, tales como el nivel de ingresos, el trabajo, la ingesta

alimenticia y el uso de sustancias tóxicas. Estos factores pueden llegar a desencadenar dentro de la población migrante sana, la aparición de padecimientos crónicos, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y obesidad (Sánchez y Rodríguez, 2013; Soler, Marsal, Serna, Real y López, 2013; Soler, Vila, Escurriola, Cosculluela, Dalfó y Vilaplana, 2007; Valerio, Figueredo, Reina, Martínez y Pérez, 2006). En este sentido, es importante que se implementen programas preventivos, se fomente una cultura de cuidado de la salud y se potencien las habilidades de los migrantes en tránsito para el manejo de las situaciones de riesgo.

Así también, otros estudios (Sobral, Catalá, Lila y Oliver, 2013; Sobral, Gómez, Luengo, Romero y Villar, 2010) respaldan el riesgo en que se encuentran las y los migrantes al estar expuestos a situaciones estresantes en un nuevo ámbito diferente al habitual en sus países de origen, lo que aumenta el riesgo de desarrollar o incrementar conductas tóxicas, vulnerando su salud.

#### **4.1.5 Apoyo Social**

Para el manejo de las situaciones estresantes y los daños hacia la salud, Lazarus (1999) menciona como las personas pueden hacer uso de dos distintas estrategias de afrontamiento, una de ellas centrada en la resolución de problemas y otra centrada en el manejo de las emociones. La presente tesis aborda solamente las estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas. En particular, el apoyo social es mencionado por Lazarus como un tipo de recurso que posee la persona o es brindado por otra para la resolución de situaciones estresantes. Además, la teoría del Apoyo social explica este concepto como la manera en que las personas tienen acceso a recursos sociales a partir de la confianza con otras personas (Johnson y Sarason, 1979).

En ese contexto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué papel juega el apoyo social como estrategias de afrontamiento para el manejo de las situaciones estresantes? Los hallazgos de nuestro estudio reportan que el 100% de los migrantes encuestados recibieron apoyo social durante su trayecto por el área metropolitana de Monterrey.

Para la medición del apoyo social se diseñaron tres variables. La primera de ellas se refiere a los tipos de apoyo, se construyó a partir de la clasificación de Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), el cual consiste en cinco tipos de ayuda: el apoyo material como dinero y alimento, el instrumental traducido en alojamiento, el emocional transmitido por muestras de sensibilidad o empatía, y el cognitivo que se da a través de información u orientación. La segunda variable se refiere a las personas o redes formales e informales que proporcionaron el apoyo. La tercera, aborda la satisfacción del apoyo social recibido.

Según los datos obtenidos sobre la primera variable, es decir, los tipos de apoyo recibidos, acerca del apoyo material brindado a los migrantes centroamericanos, se encuentra que casi la totalidad de la muestra recibió alimento (97.3%), de este porcentaje, la mayoría fue brindado por los albergues de Casanicolás, Casa Santa Martha y Casa María Goretti (91.7%), por una persona desconocida en las calles (3.7%) y por un compañero de viaje (1.9%) (Tabla 9). Por otro lado, dentro del apoyo material, el recurso económico fue la ayuda otorgada con menor frecuencia de los cinco recursos analizados (14.7%). De este porcentaje, la mayoría de los



migrantes lo obtuvieron en las calles por parte de un desconocido (8.7%), seguido de los albergues (2.3%), amigos (1.3%), familia (1.4%) y un trabajo eventual (1.0%); a pesar de que el 1.0% percibió el tener un trabajo eventual como apoyo, esto no se considera como ayuda dentro de la teoría del Apoyo social (Tabla 9).

El segundo tipo de apoyo brindado a los migrantes fue el instrumental traducido en alojamiento, este recurso fue entregado casi en su totalidad a los migrantes de la muestra (95.7%). El hospedaje fue brindado principalmente por los albergues (94.0%), por la ayuda para adquirir una casa de renta (0.7%) y otros no especificados (1.0%) (Tabla 9).

El tercer apoyo recibido fue el cognitivo traducido en información u orientación a los migrantes. Este tipo de ayuda fue otorgada a casi la mitad de los migrantes encuestados (46.2%), de ese porcentaje, la mayoría fue otorgado por los albergues (29.6%), seguido de un desconocido en la calle (11.3%), amigos (4.3%), un abogado de la Comisión de Derechos Humanos (0.7%) y por su propia familia (0.3%) (Tabla 9).

El cuarto y último apoyo se refiere al apoyo emocional, brindado al 40.0% de los migrantes centroamericanos, los albergues fueron los que lo proporcionaron con mayor frecuencia (10.3%), sucedido por una persona que conoció en la calle (10.3%), un compañero de viaje (8.0%), algún familiar propio (1.7%) y otros no especificados (.07%) (Tabla 9).

**Tabla 9. Tipos de Apoyo social otorgados a los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.**

Tipo de apoyo		%	¿De quién recibió apoyo?	%
<i>Material</i>				
Alimento	Sí	97.3%	Albergues	91.7%
	No	2.7%	Calle/Desconocido	3.7%
Dinero	Sí	14.7%	Amigos	1.9%
			Calle/Desconocido	8.7%
	No	85.3%	Albergues	2.3%
			Amigos	1.3%
			Familia	1.4%
Trabajo	1.0%			
<i>Instrumental</i>				
Alojamiento	Sí	95.7%	Albergues	94.0%
	No	4.3%	Renta	0.7%
			Otros	1.0%
<i>Cognitivo</i>				
Información	Sí	46.2%	Albergues	29.6%
	No	53.5%	Calle	11.3%
	No contestó	0.3%	Amigos/Compañeros	4.3%
			Familia	0.3%
Abogado/Derechos Humanos	0.7%			

*Emocional*

Sensibilidad o empatía	Sí	40.0%	Albergues	19.3%
	No	58.1%	Calle	10.3%
	No contestó	1.9%	Amigos/Compañeros	8.0%
			Familia	1.7%
		Otros	0.7%	

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

En suma, los apoyos brindados con mayor frecuencia a los migrantes centroamericanos son el apoyo material, traducidos en alimento (97.3%) y alojamiento (95.7%) otorgados casi en su totalidad por los albergues. En seguida se encuentra en casi la misma proporción el apoyo en información (46.2%) y el acompañamiento emocional (40.0%), brindados de igual forma por los albergues a casi la mitad de la población encuestada. En cuanto a los recursos económicos, este fue el apoyo recibido en menor proporción (14.7%), siendo en su mayoría otorgado por un desconocido en la calle (Tabla 9).

El hecho de que casi la totalidad de los migrantes recibieron ciertos tipos de apoyo social se deben principalmente a que los datos de nuestro estudio fueron recogidos dentro de albergues distribuidos en el Área Metropolitana de Monterrey; además, el otorgar alimento y hospedaje se encuentran entre sus funciones asistenciales más importantes, aunque solo de forma temporal, debido a que sus estatutos señalan que estos apoyos se les pueden otorgar solamente durante tres días. En este sentido, es importante mencionar que nuestro estudio no evaluó la calidad, la cantidad y la duración del apoyo que recibieron los migrantes.

Si bien, la literatura secundaria ha demostrado como los albergues tienen un compromiso especial para brindar a los migrantes el mejor apoyo para la resolución de situaciones básicas durante su trayecto (Casillas, 2008), es relevante resaltar la necesidad de que la sociedad civil neolonesa se implique más en la dispensación del apoyo en información y acompañamiento emocional a los migrantes centroamericanos que se encuentran en tránsito. Lo anterior debido a que, no solo para la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud estos recursos son claves para la contención de implicaciones sobre el proceso de salud-enfermedad (Jiménez, Orkaizaguirre y Bimbela, 2015; Moiso, 2007), sino también para el Modelo del manejo del estrés de Lazarus (1999), pues la información que se tenga a *priori* para el afrontamiento de una situación estresante y el manejo de las emociones surgidas por el estrés, son clave para la amortiguación de los daños sobre la salud física y mental.

Se puede afirmar que el papel protagónico que están teniendo los albergues se debe principalmente al desinterés del Estado por la cuestión social, particularmente por los migrantes en tránsito, por lo que ha dejado prácticamente la atención de problemáticas sociales en manos de la sociedad civil organizada (Montaño, 2005). Por esta razón, se necesitan urgentemente políticas públicas, programas y modelos de atención integrales para la atención de la salud física y mental de los migrantes centroamericanos en tránsito, ya que si bien se ha demostrado como el apoyo social formal e informal juega un papel importante para el bienestar del migrante, este no es suficiente para afrontar las situaciones de estrés y violencia que viven durante su tránsito por el AMM.

En cuanto a la satisfacción percibida por el apoyo social otorgado, un porcentaje alto menciona sentirse muy satisfecho (84.7%), a diferencia de un porcentaje más bajo que se siente poco satisfecho (13.7%) o nada satisfecho con la ayuda recibida (1.0%) (Tabla 10). Las razones por las cuales casi el 15% de los encuestados no se sentían totalmente satisfechos no fueron conocidas en el estudio.

No obstante, es importante para el presente estudio tener conocimiento de lo que representa para los migrantes contar con este tipo de recurso ya que la literatura y los estudios empíricos han demostrado el papel importante que juega el apoyo social recibido y percibido ante las situaciones estresantes (Cofrades, 2010; García, Ramírez y Jariego, 2001).

**Tabla 10. Satisfacción del apoyo social otorgado a los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM**

Indicadores	Nivel de satisfacción
Muy satisfecho	84.7%
Poco satisfecho	13.7%
Insatisfecho	1.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

## 4.2 Análisis correlacional

El análisis correlacional es utilizado para dar respuesta a las últimas dos preguntas de investigación, las cuáles son: ¿Qué relación existe entre las situaciones estresantes y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por Monterrey y su AM? y ¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por Monterrey y su AM?

Para dar respuesta a estas preguntas, se realizó como prueba estadística la *chi*. Este método se utiliza para evaluar hipótesis sobre de la relación de variables categóricas, valorando si existe una asociación entre las variables (Hernández, 2010). Este tipo de prueba trabaja con variables de tipo nominal y ordinal. Para el nivel de significancia fueron tomados los valores menores o iguales a 0.05. La razón para someter los datos a través del análisis de la *chi* cuadrada es para conocer la existencia de alguna relación entre las situaciones estresantes y la salud física de los migrantes, así como con el apoyo social.

### 4.2.1 Variables sociodemográficas y salud física

Se comenzó el análisis a partir del estudio de las variables sociodemográficas asociadas con la salud física. A pesar de que no se consideró dentro de los objetivos de la investigación, se decidió indagar en la asociación de estas variables ya que otros estudios que han abordado este mismo tema, han encontrado una relación entre las características sociodemográficas de la población de estudio y la salud (Agudelo, Ronda, Gil, Vives, García, García y Sousa, 2009; Álvarez, Elordui, Senhaji y Riguera, 2008; Arriaga, Valles, Zonana y Menchaca, 2010).

Dentro de nuestro estudio, se tomaron como variables sociodemográficas: la edad, el estado civil, la religión, la escolaridad y si tenían hijos o no. Se dispuso excluir la variable sexo, debido a que de tres albergues donde se recolectaron los datos, dos de ellos aceptaban únicamente población masculina (92.3% hombres y 7.7% mujeres), dando una proporción desigual entre ambos géneros.

Sobre el análisis de los datos a través de la prueba de *chi* cuadrada, se cruzaron las variables del estado civil, la religión, la escolaridad y el tener hijos con el índice de salud física. Este índice se construyó a partir de seis variables ordinales con una escala tipo Likert (Nunca=1, Algunas veces=2, Siempre= 3), por lo que el puntaje puede oscilar entre 6 y 18 puntos, en el cual 6 puntos refiere a buena salud y 18 puntos a mala salud. Los resultados solamente arrojaron una asociación significativa con la variable de estado civil. Dicho resultado es congruente ya que las frecuencias se agruparon en mayor medida entre los migrantes jóvenes y solteros.

Para establecer una posible relación entre la edad y la salud, se utilizó la correlación bivariada, por medio de la *r* de Pearson, ya que la edad se trata de una variable numérica continua. Según el coeficiente *r* de Pearson, las variables pueden desenvolverse en sentido positivo o negativo y el coeficiente de la correlación puede variar de -1 a +1. Entre más se acerque el resultado a los valores absolutos mayor será la fuerza de la relación, cuanto más se acerquen al 0 menor será la intensidad (Hernández, 2010). Se tomó el valor de significancia igual o superior al  $\pm .05$ . Sin embargo, al correlacionar la variable de edad con el índice de salud física, no se presentó una asociación estadísticamente significativa.

En relación a la teoría del Modelo del estrés de Lazarus, los recursos personales que posee una persona pueden actuar a favor para afrontar situaciones estresantes, sin embargo dentro de nuestro estudio, estos tres factores (edad, religión y escolaridad) no influyeron en la protección o el deterioro de la salud física. Una posible causa desde el punto de vista estadístico, es que no existe una variación significativa entre los datos de las variables, pues la mayoría de los migrantes cursó una escolaridad básica (86.0%), profesan una religión (77%) y se sitúan en un mismo rango de edad (19 a 35 años).

#### **4.2.2 Situaciones estresantes y salud física**

La explicación que da Lazarus en su modelo transaccional del estrés acerca de la relación entre estrés y salud ha sido demostrada a través de literatura y estudios que comprueban este tipo de relación (Kaiser, y otros 2015; Loizate, González, Suárez y Espeso, 2012; Pozos y otros, 2014; Winkelman y otros, 2013). En ese contexto, los resultados arrojados por la *chi* cuadrada en nuestro estudio ayudaron a responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre las situaciones estresantes y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM? Observándose una asociación estadísticamente significativa con siete de las ocho situaciones estresantes planteadas en relación a las dolencias físicas.

De igual manera que en el análisis descriptivo, para el estudio de la asociación entre variables se formaron dos clasificaciones en base a las ocho situaciones estresantes planteadas en la encuesta. La primera clasificación es la discriminación social, medida por dos situaciones:

sentirse discriminado y sentirse mal por la forma de hablar o acento. La segunda clasificación se refiere a la violencia social, medida por seis situaciones: ser atacado o asaltado, ser víctima de un acto criminal, ser obligado a trabajar, ser secuestrado, ser testigo de agresiones o asaltos y ser detenido por alguna autoridad.

Los resultados de la *chi* cuadrada demuestran que los migrantes que experimentaron situaciones de discriminación social, como el sentirse excluido por parte de la sociedad regiomontana presenta una asociación con presentar síntomas cardiovasculares ( $\chi^2=10.297$ ,  $p=.006$ ). Así como el haberse sentido mal por la forma de hablar o acento, presenta una asociación estadísticamente significativa con manifestar síntomas cardiovasculares ( $\chi^2=15.530$ ,  $p=.000$ ), sensoriales ( $\chi^2=13.628$ ,  $p=.001$ ) y gastrointestinales ( $\chi^2=7.090$ ,  $p=.029$ ).

Esta asociación entre discriminación y la sintomatología física, es compatible con el estudio de Úrzua, Heredia y Caqueo (2016) realizado en el norte de Chile con 431 migrantes colombianos y peruanos, cuyo objetivo era conocer la relación existente entre el estrés y la presencia de somatizaciones asociadas a problemas de salud mental. Como situaciones estresantes se midieron la discriminación percibida por parte de la sociedad chilena, diferencias la forma de hablar, problemas de ciudadanía o legalidad, la separación familiar y conflictos en las relaciones sociales con otros migrantes. Los autores encontraron como principal fuente de estrés asociada a la sintomatología física, la discriminación y rechazo de la comunidad receptora, además de la separación familiar; siendo la población colombiana la que presentó más síntomas en todas las dimensiones de la escala total aplicada.

En lo que respecta a haber experimentado situaciones estresantes de tipo violentas, se encuentra que existe una relación significativa con manifestar síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, autonómicos y sensoriales. Por ejemplo, los hallazgos demuestran que existe una asociación estadísticamente significativa entre haber sido detenido por alguna autoridad y presentar síntomas cardiovasculares, como taquicardia, dolor en el pecho y falta de aire ( $\chi^2 =9.838$ ,  $p=.007$ ) y gastrointestinales ( $\chi^2=8.284$ ,  $p=.016$ ). En cuanto al haber sido obligado a trabajar, esta situación presentó una relación con experimentar síntomas gastrointestinales ( $\chi^2=6.387$ ,  $p=.041$ ) y autonómicos como boca seca, rubor o palidez en la piel ( $\chi^2=6.373$ ,  $p=.041$ ). Sobre ser víctima de un acto criminal, presenta una asociación estadísticamente significativa con experimentar síntomas cardiovasculares ( $\chi^2=6.713$ ,  $p=.035$ ). De igual manera, el haber sido testigo de que hayan atacado o asaltado a alguien también tiene una asociación con las somatizaciones cardiovasculares ( $\chi^2=10.228$ ,  $p=.006$ ). Por último, el haber sido atacado o asaltado presenta una asociación estadísticamente significativa con manifestar síntomas gastrointestinales ( $\chi^2=12.198$ ,  $p=.002$ ) (Tabla 11).

Únicamente el haber sido secuestrado es el indicador de violencia social que no presentó asociación con ninguno de los síntomas físicos. Esto puede explicarse desde el punto estadístico, ya que existen muy pocos casos registrados en la encuesta de migrantes que hayan experimentado esta situación tan violenta (2.0%), no pudiendo arrojar una asociación entre estas variables (Tabla 11).

### **Tabla 11. Situaciones estresantes y salud física**

	Musculares	Sensoriales	Cardiovasculares		Gastrointestinales	Autonómicos
	$\chi^2$ (valor p)	$\chi^2$ (valor p)	A $\chi^2$ (valor p)	B $\chi^2$ (valor p)	$\chi^2$ (valor p)	$\chi^2$ (valor p)
Discriminación	5.287 (.071)	2.212 (.331)	10.297 (.006**)	4.123 (.127)	1.320 (.517)	5.763 (.056)
Malestar por su forma de hablar/acento	1.887 (.387)	13.628 (.001**)	15.530 (.000***)	5.357 (.069)	7.090 (.029*)	3.655 (.161)
Víctima de un acto criminal	4.104 (.128)	2.829 (.243)	6.713 (.035*)	2.773 (.250)	2.898 (.235)	2.624 (.269)
Obligado a trabajar	.298 (.957)	5.99 (.741)	4.103 (.129)	2.578 (.276)	6.387 (.041*)	6.373 (.041*)
Secuestro	.957 (.620)	3.403 (.182)	2.680 (.262)	1.658 (.437)	1.773 (.412)	5.605 (.061)
Asalto/ataque	2.016 (.365)	5.234 (.073)	5.808 (.055)	1.824 (.402)	12.198, (.002**)	2.475 (.290)
Testigo de ataque/ asalto	2.851 (.240)	2.374 (.305)	10.228 (.006**)	.542 (.763)	1.928 (.381)	3.299 (.192)
Detención por autoridades	1.888 (.289)	.528 (.768)	9.838 (.007**)	1.418 (.492)	8.284 (.016*)	1.484 (.476)

\*Nivel de significancia menor a .05.

\*\*Nivel de significancia menor a .01.

\*\*\*Nivel de significancia igual a .00.

Fuente: Elaboración propia en base a la "Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016".

Nuestros hallazgos son compatibles con los resultados del estudio de Beltrán (2014) realizado con población centroamericana en tránsito en Coahuila. Los resultados del estudio arrojaron una relación significativa entre el estrés y las dolencias físicas, pues los migrantes que habían sido víctimas de hechos delictivos como robo, secuestro, extorsión o intento de homicidio, sufrieron mayor estrés y somatizaciones físicas. Además, los migrantes que habían sido detenidos por alguna autoridad o que habían tenido conflictos con la delincuencia organizada al salir de su país de origen, manifestaron mayores índices de estrés y somatizaciones que los migrantes que no habían experimentado estas situaciones.

Así también, la investigación de Alejo, Rueda, Ortega y Orozco (2017), en Colombia con 851 personas desplazadas de sus comunidades por condiciones de violencia, encontró que los migrantes que habían experimentado situaciones como secuestro, exposición a sustancias

tóxicas y de amenaza de perder la vida se asociaba significativamente con el trastorno de estrés postraumático. Como resultados relacionados a las somatizaciones derivadas del estrés, el estudio demostró una relación significativa con las dolencias cardiovasculares y los problemas renales.

Dentro de este mismo contexto, Pérez y Navarrete (2006), trabajaron en Colombia con 25 mujeres desplazadas por violencia en su país, mediante un estudio de tipo cualitativo. Las participantes expresaron como situaciones de estrés, las precarias condiciones económicas en las que estaban viviendo, entre ellas la alimentación y la vivienda, también el hacinamiento, las condiciones medioambientales de su barrio, así como el riesgo en que se encontraban por la violencia urbana y el rechazo de la comunidad receptora. Los problemas físicos que manifestaron fueron enfermedades infecciosas, gastrointestinales y ginecológicas. Así también, los hallazgos demostraron que las mujeres que se encontraban como jefas de familia, sufrieron mayores niveles de daños físicos, en comparación de las que no lo eran.

Estas correlaciones entre estrés y dolencias físicas, pueden ser interpretadas desde el Modelo del manejo del estrés de Richard Lazarus, el cual habla sobre como una situación valorada como estresante, puede producir dolencias o enfermedades, donde las dolencias equivalen a indisposiciones y síntomas funcionales temporales, como una infección respiratoria, dolor, angustia, depresión y falta de energía; a diferencia de las enfermedades o afecciones que se refieren a un daño estructural de los tejidos como el colesterol o el cáncer (Lazarus, 2000).

De igual forma, la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud sostiene la tesis de como los condicionantes sociales causan implicaciones sobre la salud de las personas. Por ejemplo, en el estudio realizado por Malumsi y Ortíz (2014), en base a la revisión de 27 artículos científicos que se encontraban bajo esta misma teoría y con participación de población adulta e infantil migrante, expusieron como principales hallazgos las desigualdades de las condiciones materiales y psicosociales en detrimento de la población migrante, en comparación de la autóctona; siendo la población migrante quien manifestó mayores problemas de dolencias físicas y enfermedades.

Continuando con los resultados de nuestro estudio, una vez detectada la relación entre situaciones estresantes y cada una de las dolencias físicas medidas en el instrumento, se procedió a la construcción del índice de situaciones estresantes y el índice de salud física. El índice de situaciones estresantes se formuló a partir de ocho variables nominales dicotómicas (Sí=2, No=1), los valores que puede asumir se encuentra en un rango entre 8 y 16 puntos, donde 8 significa que ha vivido poco estrés y 16 mucho estrés. En cuanto al índice de salud física, como se mencionó anteriormente, se construyó a partir de seis variables ordinales con una escala tipo Likert (Nunca=1, Algunas veces=2, Siempre= 3), por lo que el puntaje puede oscilar entre 6 y 18 puntos, en el cual 6 puntos se considera como buena salud y 18 mala salud. En una primera etapa, se cruzó el índice de situaciones estresantes con cada una de las variables de salud física. En una segunda etapa se relacionó el índice de situaciones estresantes con el índice de salud física.

Durante la primera etapa, se calculó la relación del índice de situaciones estresantes con cada variable de salud física, los resultados arrojaron que el haber experimentado en general situaciones estresantes durante el tránsito por el Área Metropolitana de Monterrey, implica un

daño en dos de los síntomas cardiovasculares. Por un lado, con presentar taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho y sensación de desmayo ( $\chi^2=54.129$ ,  $p=.000$ ), y por otro, con sentir opresión o contracción en el pecho, sensación de ahogo y falta de aire ( $\chi^2=21.448$ ,  $p=.044$ ). Respecto a los demás síntomas físicos medidos en la encuesta, no se encontró una relación estadísticamente significativa (Tabla 12).

**Tabla 12. Índice de situaciones estresantes con cada uno de los síntomas de salud física**

Musculares	Sensoriales	Cardiovasculares	Gastrointestinales	Autonómicos	
r (valor p)	r (valor p)	r (valor p)	r (valor p)	r (valor p)	
13.857 (.310)	19.350 (.080)	54.129 (.000***)	21.448 (.044)	18.103 (.113)	15.842 (.199)

\*Nivel de significancia menor a .05.

\*\*Nivel de significancia menor a .01.

\*\*\*Nivel de significancia igual a .00.

Fuente: Elaboración propia en base a la "Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016".

Ello se puede explicar a través de la teoría de los Determinantes sociales de la salud, la cual señala que los factores ambientales también pueden causar daños en la salud física de las personas. Probablemente el padecer síntomas como: boca y piel seca, sudoración o piel de gallina, puede asociarse más con factores climáticos que con el estrés percibido en el viaje, ya que los migrantes centroamericanos tienen que atravesar de sur a norte el país hasta llegar a Monterrey. En su mayoría realizan su tránsito por tren, lo que los exhibe a diferentes temperaturas, sumando a esto la falta de hidratación. Además, los síntomas relacionados con los dolores musculares pueden ser atribuidos a largas caminatas sobre las vías férreas o las incómodas posiciones sobre el tren. Los problemas gastrointestinales pueden deberse a la gastronomía mexicana, la cual es diferente a la de su cultura, o a la falta de condiciones para seguir las reglas de higiene necesarias. Sin embargo, estas suposiciones no pueden comprobarse con nuestro estudio.

En la segunda etapa, al relacionar el índice de situaciones estresantes con el índice de salud física, se encontró una relación significativa alta entre ambos ( $\chi^2=129.267$ ,  $p=.000$ ). Lo cual también da sustento y respuesta a nuestra pregunta de investigación, sobre si existe una relación entre los estresores y la salud física de los migrantes centroamericanos (Tabla 13).

**Tabla 13. Índice de situaciones estresantes con índice de salud física**

Índice de situaciones estresantes con índice de salud física
r (valor p)
129.267
(.000***)

\*Nivel de significancia menor a .05.

\*\*Nivel de significancia menor a .01.

\*\*\*Nivel de significancia igual a .00.



Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

En suma, como se demuestra en los resultados anteriores arrojados por la *chi* cuadrada, la discriminación social es la situación de estrés que prevalece asociada a la mayoría de los síntomas físicos medidos en el estudio. Si bien, Nuevo León se encuentra entre los estados de la república mexicana en que menos situaciones violentas han experimentado los migrantes centroamericanos, como robo, extorsiones, privación de la libertad, lesiones por particulares, autoridades o crimen organizado (REDODEM, 2014, 2015), nuestros resultados concuerdan con la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (2010), donde se registra como Nuevo León es un estado que presenta niveles altos de discriminación hacia migrantes centroamericanos y hacia grupos vulnerables como minorías étnicas y religiosas.

Estos hallazgos sobre discriminación se relacionan con los conceptos que maneja Bustamante (2007) acerca de la vulnerabilidad cultural y estructural que presentan los migrantes en la sociedad huésped, donde prevalecen los estereotipos y las actitudes discriminatorias hacia los extranjeros, derivada de la invisibilidad que el propio gobierno hace de esta población, colocando a los migrantes en una posición inferior en contraste con los nacionales, legitimando así este tipo de formas xenofóbicas.

Dentro del Modelo del manejo del estrés de Lazarus (1999), la fase de valoración es crucial para determinar si la situación que se vive es estresante o no, para ello el individuo realiza una evaluación cognitiva de sus recursos personales y ambientales. Si el conjunto de recursos de los que puede hacer uso el individuo son suficientes para el afrontamiento de la situación, el estrés es considerado bajo o nulo, de no ser así el estrés crece llevando a repercusiones sobre la salud de las personas. El análisis de los datos de nuestro estudio a través de la prueba de la *chi* cuadrada demuestra como las situaciones consideradas en el instrumento como estresantes, muestran una asociación significativa con el deterioro de la salud de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM.

Asimismo, el modelo de Determinantes sociales de la salud de la OMS (2003), señala concretamente como las circunstancias que una persona vive pueden influir en el deterioro de la salud. Dentro de los hallazgos de nuestro estudio, más de la mitad de las situaciones experimentadas como violentas presentan una asociación estadística con los síntomas cardiovasculares. Este tipo de síntomas se ha encontrado dentro de la literatura y estudios científicos asociados con personas que han vivido otro tipo de contextos violentos, como en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (Aguirre, 2012), así como académicos y enfermeras víctimas de acoso laboral y condiciones laborales negativas (Leguizamón y Gómez, 2002; Sieglin, 2011).

De igual forma, la mitad de las situaciones violentas experimentadas por los migrantes centroamericanos dentro de nuestro estudio se encuentran relacionadas con síntomas gastrointestinales. Este hallazgo es similar al encontrado en los estudios realizados por Moreno, Gómez y Polo (2006) y Vilajeliu, Heras, Ortiz, Pinazo, Gascón y Bardají (2014), enmarcados desde la teoría de los Determinantes de la Salud. Estos dos estudios trabajaron con población migrante proveniente de África Subsahariana y América Latina en España, detectando los problemas digestivos como principales padecimientos físicos. Este tipo de somatizaciones también se han encontrado con otro tipo de población, como por ejemplo, en

personas que han sido víctimas de abuso físico y sexual (Guzmán, 2011), al igual que en familiares de enfermos, como producto de su ansiedad y depresión relacionada con el desgastante del cuidado del paciente.

### 4.2.3 Apoyo Social y Salud física

Dentro del Modelo del Manejo del Estrés de Richard Lazarus (1999), el apoyo social funciona como mediador entre las situaciones estresantes y la salud, al actuar como estrategia de afrontamiento en situaciones estresantes. Además, la teoría del Apoyo Social habla del papel amortiguador que toma este recurso en las implicaciones sobre la salud física (Aijón y García, 2008; Aparicio y Tornos, 2005; García, Ramírez y Jariego, 2001). De igual forma, según el modelo de los Determinantes de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991), dentro de su esquema tipo arcoíris, conformado por cinco niveles que condicionan la salud del individuo, en el tercer nivel se encuentran las redes construidas a partir de grupos de pares, familia y redes formales más próximas. Para el modelo, estas redes actúan como recurso de contención en el proceso salud-enfermedad (Jiménez, Orkaizagirre y Bimbela, 2015; Moiso, 2007).

En ese contexto, para dar respuesta a nuestra última pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la salud física de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM? Se corrió la prueba estadística de la *chi* cuadrada (Hernández, 2010).

Para esto, el apoyo social se midió a través de cinco variables nominales dicotómicas (Sí=2, No=1): alojamiento, alimento, dinero, apoyo emocional e información. De manera complementaria se construyó un índice que sumaba las respuestas de los sujetos encuestados. Dicho índice oscila entre 5 y 10 puntos, donde 5 significa poco apoyo y 10 mucho apoyo. Por medio de la *chi* cuadrada se realizó un análisis multivariado con los tres índices construidos: situaciones estresantes, salud física y apoyo social. Los resultados arrojan que existe una asociación alta estadísticamente significativa entre ellos ( $\chi^2=129.217$ ,  $p=.000$ ). Lo que demuestra que el apoyo social otorgado a los migrantes centroamericanos por parte de la sociedad regiomontana, juega un papel importante en la relación situaciones estresantes-salud física (Tabla 14).

**Tabla 14. Índice de situaciones estresantes, índice de salud física y apoyo social**

Índice de estrés, salud física y apoyo social
r
(valor p)
129.217
(.000***)

\*Nivel de significancia menor a .05.

\*\*Nivel de significancia menor a .01.

\*\*\*Nivel de significancia igual a .00.

Fuente: Elaboración propia en base a la “Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”.

Para el Modelo del Manejo del Estrés de Richard Lazarus (1999) el apoyo social es un recurso de afrontamiento para la resolución de problemas. Según la teoría, este recurso es clave en el proceso de valoración, pues dependiendo de la calidad o cantidad de ayuda que se

posee, es que la situación se evalúa como estresante o no. En el caso de nuestro estudio, el principal actor que otorgó los diferentes tipos de apoyo social son los albergues situados en el AMM. Según Casillas (2008), estas casas solidaras brindan a los centroamericanos en tránsito apoyo material, emocional e instrumental, lo que se refleja en ayuda alimentaria, hospedaje, servicios de salud, limpieza y asesoría jurídica; siendo recursos utilizados como estrategia de afrontamiento durante el camino.

Si bien, nuestro estudio no puede comprobar la direccionalidad de las variables para establecer el papel moderador que el apoyo social tiene sobre la salud, dentro de la academia existen estudios que han trabajado con migrantes residentes en otro tipo de contextos, demostrando que el apoyo social funciona como amortiguador sobre los daños ocasionados a la salud (García, Ramírez y Jariego, 2001; Plaza, Muñoz y Morillejo, 2005). Asimismo, estudios realizados con otro tipo de población no migrante, en donde se utiliza la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud como marco interpretativo, explican que al no contar el individuo con redes sociales de apoyo en situaciones de estrés, la salud se puede ver vulnerada para la contracción de enfermedades mentales (depresión, ansiedad), y físicas (tanto enfermedades infecciosas como crónicas) (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2015; Castro, Campero y Hernández, 1997; Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006; Paz, 2010).

En suma, se observa como a través del análisis descriptivo y correlacional, se pudo llegar al alcance de nuestros objetivos de investigación, en relación a la salud física y el uso del apoyo social como estrategia de afrontamiento para el manejo del estrés de los migrantes centroamericanos en tránsito por el AMM. Nuestro estudio demuestra que el haber experimentado situaciones estresantes durante el tránsito, implica un daño general sobre la salud física de los migrantes centroamericanos, en particular la discriminación social como evento estresor, pues se ve asociada a todos los síntomas físicos medidos en nuestro estudio. Además, el contar con apoyo social obtenido de las redes formales e informales, juega un papel en el proceso de salud-enfermedad.

## CONCLUSIONES

La inquietud por abordar la salud física en relación a las situaciones estresantes de discriminación social y violencia que experimentan los migrantes, visto desde la medicina social y la psicología cognitiva, se debe a que se ha documentado que este tipo de experiencias, enmarcadas por el sistema sociopolítico neoliberal, ocasionan daños sobre la salud y el bienestar de las personas (Loizate, 2006; Achotegui, 2009; OMS, 2017). En particular el estudio de los centroamericanos en tránsito por Monterrey y su Área Metropolitana, se debe a que es inevitable no reconocer las innumerables situaciones a las que los migrantes se exponen durante el tránsito, tales como robos, asaltos, trabajos forzados, trata de personas, secuestros, entre otras, que menguan su bienestar físico y mental (CNDH, 2011, COLEF, 2015; REDODEM, 2014).

La academia ha abordado este tipo de problemática en otros contextos o con otro tipo de población migrante, encontrando una relación entre los estresores expuestos y la salud de los migrantes (Kaiser y otros, 2015; Pozos y otros, 2014; Ramos, 2010). De igual forma, estudios dentro del contexto mexicano con población en tránsito centroamericana han encontrado deterioro sobre la salud de los migrantes, a la vez que han registrado los ataques que sufren en el camino (Beltrán, 2014; CDH, 2014, 2015, 2016; Centro de Integración Juvenil, 2014; Instituto Nacional de Salud Pública, 2015; López, 2013). Sin embargo, otras investigaciones que también estudian esta problemática, han encontrado como el apoyo social ha funcionado de amortiguador sobre los daños en la salud (Aijón y García, 2008; Aparicio y Tornos, 2005; García, Ramírez y Jariego, 2001; Plaza, Muñoz y Morillejo, 2005).

Estos estudios respaldan los hallazgos encontrados en nuestra investigación, ya que los resultados reflejan como las situaciones de discriminación y violencia experimentadas por los migrantes en su tránsito por Monterrey y su AM, dañan la salud física. Dentro del análisis descriptivo, las dos situaciones de discriminación medidas en la encuesta se presentaron con igual frecuencia y fueron de las situaciones estresantes experimentadas en mayor proporción. Sobre las principales situaciones violentas experimentadas por los migrantes están: el haber sido atacado o asaltado, el ser testigo de que hayan atacado o asaltado alguien, así como haber sido detenido por alguna autoridad. En cuanto a las principales dolencias físicas manifestadas se encuentran: el padecer dolores musculares y tener síntomas autonómicos, como boca seca, rubor, palidez, sudoración o piel de gallina. Además, los principales actores que brindan apoyo social a los migrantes centroamericanos en tránsito son los albergues distribuidos en la zona metropolitana de la ciudad, otorgando en su mayoría alojamiento y alimentos. De igual forma, se encontró dentro del estudio, que la mayoría de los migrantes centroamericanos se sienten satisfechos con el apoyo social recibido.

Por otra parte, a través del análisis correlacional por medio de la *chi* cuadrada, se pudo comprobar que las situaciones estresantes experimentadas tienen una relación significativa con padecer dolencias físicas. El sentirse discriminado se asocia con padecer síntomas cardiovasculares, sensoriales y gastrointestinales. Dentro de las situaciones estresantes violentas experimentadas por los migrantes, se encuentra una relación entre haber sido detenido por alguna autoridad con presentar síntomas cardiovasculares y gastrointestinales. Por su parte, el haber sido obligado a trabajar se asocia con sentir dolores gastrointestinales y autonómicos. De igual forma, el haber sido víctima de un acto criminal se relaciona con

experimentar síntomas cardiovasculares. Además, el haber sido testigo de que hayan atacado o asaltado a alguien se asocia con somatizaciones cardiovasculares. Por último, este mismo delito presenta una asociación con manifestar síntomas gastrointestinales.

En base a estos resultados es que se llegaron a cumplir los objetivos de la presente investigación, además se demuestra como el Área Metropolitana de Monterrey, a pesar de ser una nueva ruta emprendida por los migrantes para evitar situaciones peligrosas que se viven en la ruta noroeste, está sigue siendo de igual forma estresante y peligrosa para ellos. Las cifras demuestran como este flujo de población ha ido en incremento en la ciudad, y sin embargo se ha seguido invisibilizando, siendo muchas de las veces las mismas autoridades mexicanas quienes discriminan y violentan a esta población (REDODEM, 2014, 2015). Es por esto que es importante que el Estado tome una mayor participación a través de programas y políticas sociales para la prevención y atención de delitos cometidos en su contra, así como de las implicaciones que estas situaciones están teniendo en su salud física y mental.

Es importante resaltar que no se encontraron dentro de la revisión de la literatura, investigaciones que hayan estudiado este tipo de relación ambiental de salud-enfermedad dentro del proceso migratorio en tránsito por México, siendo importante que se profundice en ello, tal como nuestros resultados lo muestran.

Respecto al uso de estilos de afrontamiento, estos sirven de estrategia para la solución de situaciones estresantes, ayudando en gran medida para devolver a la persona su equilibrio subjetivo, modelando los niveles de estrés que experimenta (Ojeda, Cuenca y Espinoza, 2008). La vulnerabilidad estructural y cultural de las que son objetos los migrantes, se suma a los bajos niveles de recursos que tienen para anticipar, afrontar y sobreponerse a problemas de salud derivados de esta situación (Bustamante, 2007; CDH, 2016). Nuestros hallazgos sobre las estrategias de afrontamiento tomadas por los migrantes centroamericanos para sortear las situaciones estresantes que viven durante el tránsito demuestran que el apoyo social material, instrumental, cognitivo y emocional tienen una relación significativa con el proceso salud-enfermedad.

Los descubrimientos alcanzados en nuestro estudio pueden ayudar a la creación de nuevos modelos de intervención desde la disciplina del Trabajo Social y organismos públicos de la sociedad civil que trabajen con migrantes en tránsito para el alivio de su bienestar físico. De igual forma, los descubrimientos en materia del área de las situaciones vividas por los migrantes en relación al estrés causado por estas, es de aportación para la academia y el Estado, debido al acervo escaso de investigaciones mexicanas que trabajan con esta población, además de poder contar como base para la instauración de políticas sociales enfocadas en migración centroamericana.

Como áreas de oportunidad se encuentran otros aspectos que son interesantes de seguir explorando para comprender mejor las situaciones que presentan los migrantes centroamericanos en tránsito y los recursos que poseen para el afrontamiento de dichos eventos, en primera instancia: profundizar más en una metodología de tipo cualitativa para el conocimiento de las emociones producidas por las situaciones vividas. Como segundo punto podría ser: estudiar con más detalle los tipos de apoyo social brindados para el manejo de las situaciones estresantes y profundizar en su papel amortiguador para las implicaciones sobre la salud; una posibilidad sería estudiar desde otra perspectiva teórica este recurso, además de las

aportaciones vistas desde el Modelo de Richard Lazarus. Asimismo, como tercer punto sería interesante conocer la perspectiva del personal que labora en los albergues para conocer la problemática desde su punto de vista.

Como limitantes en nuestro estudio, se encuentra el haber realizado la recogida de datos en los tres albergues participantes: Casanicolás, Casa Santa Martha y Casa María Goretti, pues dos de ellos sólo hospedaban hombres, reduciendo drásticamente nuestra población femenina. En ese sentido, se resalta que esta medida de los albergues deja al género femenino en mayor vulnerabilidad de padecer situaciones de estrés, siendo importante la realización de un estudio que trabaje con participación específica de mujeres desde una perspectiva de género, para conocer mejor las situaciones que ellas experimentan y las diferencias que existen en relación a las de los hombres.

En resumen, la salud física de los migrantes centroamericanos está dañada y es condicionada por determinantes sociales desprendidos del sistema neoliberal que envuelven la vida y trayectoria de tránsito de esta población, influyendo directamente sobre su bienestar subjetivo y físico. Además, el acceso que tienen a los servicios de salud también se convierte en un problema al no ser partícipes del concepto de ciudadanía de la sociedad mexicana, aunado a la discriminación negativa construida como barrera interna por parte de sociedad regiomontana.

El aumento de las situaciones estresantes que están experimentando en esta metrópoli se reconoce como un problema importante de salud pública y una violación a sus derechos humanos. El apoyo social recibido por la sociedad huésped es importante para el manejo de las situaciones estresantes, sin embargo sigue siendo insuficiente. Por último, a pesar de las limitantes de nuestro estudio y de la característica de nuestra muestra no representativa en términos cuantitativos, los hallazgos encontrados exponen la realidad en que viven los migrantes centroamericanos en el Área Metropolitana de Monterrey, siendo una problemática importante que debería ser apropiada por el Estado y la academia para su atención.

## BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.

Agudelo-Suárez, A. A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A. M., García-Benavides, F., y Sousa, E. (2009). Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria*, 23, 115-121.

Aguilar Cordero, M., Neri Sánchez, M., Padilla López, C. A., Pimentel Ramírez, M. L., García Rillo, A., y Sánchez López, A. M. (2012). Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5), 1631-1636.

Aguirre Guano, D. A. (2012). Síntomas psicossomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF.

Aijón, I. C., y García, H. V. (2008). Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes pakistaníes e imazighen de Marruecos. *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural* (pp. 41-64). Ankulegi.

Alejo, E. G., Rueda, G., Ortega, M., y Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(3).

Álvarez, E. R., Elordui, N. L., Senhaji, M., y Riguera, C. P. (2008). Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 404-412.

Anguiano Téllez, M. E., y Trejo Peña, A. P. (2007). Vigilancia y control en la frontera México-Estados Unidos: efectos en las rutas del flujo migratorio internacional. *Papeles de población*, 13(51), 45-75.

Aparicio, R., y Tornos, A. (2005). *Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España: un estudio sobre el terreno* (Vol. 2). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración, Observatorio Permanente de la Inmigración.

Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245.

Arbinaga Ibarzábal, F. (2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: El caso de la esclerosis múltiple. *Anales de psicología*.

Arellanez Hernández, J. L. (2016). Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos. *Frontera norte*, 28(56), 113-133.

Arriaga-Romero, C., Valles-Medina, A. M., Zonana-Nacachb, A., y Menchaca-Díaza, R. (2010). Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. *Gac Med Mex*, 146(3), 169-174.

Awasthi, K. R., Adefemi, K., & Tamrakar, M. (2015). HIV/AIDS: A Persistent Health Issue for Women and Children in Mid and Far Western Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 13(1), 88-93.

Bail Pupko, V., Nistal, M., Vidal, V. A., & Lara, A. F. (2012). Salud psicofísica y su relación con las estrategias de afrontamiento en jóvenes, durante el primer año de adaptación a la formación militar: Un estudio longitudinal. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Balibar, É., (2013). *Ciudadanía*. Buenos Aires. Ed: Adriana Hidalgo.

Beltrán Limón, T. T. (2014). *Enfermedades psicosomáticas y estrés en el proceso de migración centroamericana* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Berrocal, C., Fava, G. A., y Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anales de Psicología*, 32(3), 828-836.

Bethelmy, L., y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista colombiana de psicología*, 17, 43.

Bezares-Sarmiento, V. D. R., Márquez-Rosa, S., Molinero-González, O., Jiménez-Cruz, A., y Bacardi-Gascón, M. (2014). Estilos de vida de las mujeres de Ocuilapa de Juárez, Ocozocoautla, Chiapas. *CienciaUAT*, 8(2), 54-61.

Biering, K., Lander, F., & Rasmussen, K. (2016). Work injuries among migrant workers in Denmark. *Occupational and environmental medicine*, oemed-2016.

Blanco, M. C., y Zlotnik, H. (2006). *Migraciones: Nuevas movilidades en un mundo en movimiento* (Vol. 51). Anthropos Editorial.

Bolzman, C. (2009). Modèles de travail social en lien avec les populations migrantes: enjeux et défis pour les pratiques professionnelles. *Pensée Plurielle*. Vol. 2 . N°21, pp. 41-51. file:///C:/Users/kalizi/Downloads/PP\_021\_0041%20(1).pdf

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.

Brietzke, M., & Perreira, K. (2016). Stress and Coping Latino Youth Coming of Age in a New Latino Destination. *Journal of Adolescent Research*.



Bustamante, J. A. (2007). La migración de México a Estados Unidos: de la coyuntura al fondo. *Revista Latinoamericana de Población*. Junio-Diciembre, 89-113.

Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Marín, S. C., Zarco, Á., y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud pública de México*, 50(3), 241-250.

Campo, F., Pombo, O., Luis, M., Teherán, V., y Anibal, A. (2016). Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(3), 301-309.

Cano, B. M. L., Navarro, M. P., y Rodríguez, J. V. (2009). Condiciones de trabajo, estrés y daños a la salud en trabajadoras de la maquila en Honduras. *Salud de los Trabajadores*, 17(1), 23-31.

Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí Fernández, D. Y., y Agudelo, M. A. (2015). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos.

Carrasco, G. (2013). *La migración centroamericana en su tránsito por México hacia Estados Unidos*. Alegatos. No. 83, 169-194.

Casanicolás. (2012). Primer informe sobre la dinámica de migración centroamericana indocumentada en la zona metropolitana de Monterrey. Recuperado de: [http://www.sjmmexico.org/uploads/TBL\\_CDOCUMENTOS\\_73\\_2\\_6.pdf](http://www.sjmmexico.org/uploads/TBL_CDOCUMENTOS_73_2_6.pdf)

Casanicolás. (2014). Tercer informe sobre la situación de la población migrante centroamericana indocumentada en la zona metropolitana de Monterrey. Recuperado de: [http://www.sjmmexico.org/uploads/TBL\\_CDOCUMENTOS\\_73\\_2\\_6.pdf](http://www.sjmmexico.org/uploads/TBL_CDOCUMENTOS_73_2_6.pdf)

Casillas, R. (2008). Las rutas de los centroamericanos por México, un ejercicio de caracterización, actores principales y complejidades. *Migración y desarrollo*, 157-174

Casillas, R. (2011). Usos identitarios y culturales en la transmigración por México. *Migración y Desarrollo*, Sin mes, 145-155.

Castel, Robert. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Argentina, Ed.

Castillo, M. Á. (1999). Tendencias y determinantes estructurales de la migración internacional en Centroamérica. *Población del Istmo 2000*, 187.

Castillo, M. Á. (2000). Las políticas hacia la migración centroamericana en países de origen, de destino y de tránsito. *Papeles de población*, 6(24), 133-157.

Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35.

Castro, J. F., y Izquierdo, S. E. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, (61), 25-32.

Catalá-Miñana, A., Lila, M., y Oliver, A. (2013). Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*, 25(1).

Ceja Fernández, A., Lira Mandujano, J., y Fernández Guzmán, E. (2014) Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Ra Ximhai*, vol. 10, (1).

CDH (Centro de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey) (2014), “*Tercer Informe Sobre la Situación de la Población Migrante Centroamericana Indocumentada en la Zona Metropolitana de Monterrey*”. Disponible en: [http://www.cdh.fldm.edu.mx/assets/articulos/tercer\\_informe\\_casa\\_nicolas\\_cdhfldm.pdf](http://www.cdh.fldm.edu.mx/assets/articulos/tercer_informe_casa_nicolas_cdhfldm.pdf) [Accessed 9 Jun. 2017].

CDH (Centro de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey) (2015), “*Migración Centroamericana en la Zona Metropolitana de Monterrey. Detenciones Ilegales y Arbitrarias*” disponible en: [http://cdh.fldm.edu.mx/assets/articulos/Cuarto%20Informe\\_Migraciono\\_centroamericana\\_en\\_la\\_ZMM\\_2015.pdf](http://cdh.fldm.edu.mx/assets/articulos/Cuarto%20Informe_Migraciono_centroamericana_en_la_ZMM_2015.pdf) [Accessed 9 Jun. 2017].

CDH (Centro de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey) (2016), “*Primer Informe Conjunto sobre Indicadores de Derechos Humanos e Interculturalidad de la Migración Centroamericana en la Zona Metropolitana de Monterrey*”. Pp. 7-35. Disponible en: <https://casamonarca.files.wordpress.com/2016/12/primerinformeconjunto.pdf> [Accessed 9 Jun. 2017].

Chen, W., Zhou, F., Hall, B. J., Wang, Y., Latkin, C., Ling, L., & Tucker, J. D. (2016). Spatial distribution and cluster analysis of risky sexual behaviours and STDs reported by Chinese adults in Guangzhou, China: a representative population-based study. *Sexually transmitted infections*, sextrans-2015.

CIJ (Centros de Integración Juvenil) (Noviembre-2014). Los riesgos de la migración internacional y sus repercusiones. XXVI Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas. “Conferencia llevada a cabo en el 16° Congreso Internacional en Adicciones. Cd. De México.

CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos) (2011). “Informe especial sobre secuestro de migrantes en México”, consulte: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2011\\_secigrantes.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2011_secigrantes.pdf)

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-114.

Cofrades, M. D. L. E. G. (2010). Apoyo social, satisfacción con la vida y salud en mujeres autóctonas e inmigrantes de Málaga. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (48), 55-83.

Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145.

COLEF (Colegio de la Frontera Norte) (2015), “Observatorio de Legislación y Política Migratoria” disponible en <http://observatoriocolef.org/>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for future studies.*

De Sousa Santos, Boaventura (2006). *De la mano de Alicia. Los social y lo político en la posmodernidad.* Colombia. Ed: Siglo del Hombre. Ediciones Uniandes, Universidad de los Andes.

Diderichsen, Evans and Whitehead. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action.* Nueva York: Oxford UP, 2001.

Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.

*El Norte* (2015), “Duplican captura migrante”, disponible en: <http://www.elnorte.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=635746&urlredirect=http://www.elnorte.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=635746>

ENADIS (Encuesta Nacional Sobre la Discriminación en México) (2011), “Encuesta Nacional Sobre la Discriminación en México”. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México, DF.

*Excelsior* (2016), “Muro fronterizo EU-México, asunto espinoso desde hace 25 años”, disponible en <http://www.excelsior.com.mx/global/2016/02/26/1077507>

Falicov, J. (2001). La Familia Transnacional: un nuevo y valiente tipo de familia. *Perspectivas Sistémicas, La Nueva Comunicación.* Nro, 94(5), 31-68.

Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee crisis". *Reproductive Health Matters.*

Fuentes, G. y Ortiz, L. (2012). El migrante centroamericano de paso por México, una revisión a su condición social desde la perspectiva de los derechos humanos. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales.* Enero-Abril, 157-182.

Galindo, C., María, A., y Guevara, A. L. (2012). Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes. *Ponencia presentada en la XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, 30.

Gallegos, J. R., y Velasco, S. Á. (2009). “Cruzando Fronteras”: una aproximación etnográfica a la migración clandestina ecuatoriana en tránsito hacia Estados Unidos. *Confluenze. Rivista di studi iberoamericani*, 1(1), 89-113.

García, M. F. M., Ramírez, M. G., y Jariego, I. M. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20).

Giorgio, M., Townsend, L., Zembe, Y., Gutmacher, S., Kapadia, F., Cheyip, M., & Mathews, C. (2016). Social support, sexual violence, and transactional sex among female transnational migrants to South Africa. *Journal Information*, 106(6).

Goycochea, A. (2013). Se fue, ¿a volver? Imaginarios, familia y redes sociales en la migración ecuatoriana a España (1997-2000). *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, (14), 32-45.

Guba, E., y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, 113-145.

Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243.

Guzmán, J., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores : marco conceptual. *Notas de Población*. No. 77, Dic. 35-70.

Herrera, C., y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6), 554-564.

Herrera, G., y Carrillo, M. C. (2009). Transformaciones familiares en la experiencia migratoria ecuatoriana. Una mirada desde los contextos de salida. *Mélanges de la Casa de Velázquez. Nouvelle série*, (39-1), 97-114.

Hernández, R., y Robles, R. (2015). Migración en tránsito por México: Rostro de una crisis humanitaria internacional. Ciudad de México: Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes.

Hernández Ruiz de Eguilaz, M., Batlle, M. A., Martínez de Morentin, B., San-Cristóbal, R., Pérez-Díez, S., Navas-Carretero, S., y Martínez, J. A. (2016). Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 269-289). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V. (5a edición).

Hoyos, R. C., y Sierra, A. V. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de códon en adolescentes. *Rev salud pública*, 35(6), 531-538.

INM (Instituto Nacional de Migración), 2016. Boletín estadístico anual, 2015. Consulte: [http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/CEM/PDF/Estadisticas/Boletines\\_Estadisticos/2015/Boletin\\_2015.pdf](http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/CEM/PDF/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2015/Boletin_2015.pdf)

INM (Instituto Nacional de Migración), 2017. Boletín estadístico anual, 2016. Consulte: [http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/CEM/PDF/Estadisticas/Boletines\\_Estadisticos/2016/Boletin\\_2016.pdf](http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/CEM/PDF/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2016/Boletin_2016.pdf)

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública), 2015. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 227-233.

Islas Salas, N. L., Ramos del Río, B., Aguilar Estrada, M., y García Guillén, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.

Izcara-Palacios, S. P. (2012). Violencia contra inmigrantes en Tamaulipas. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 93, 3-24.

James, L., Sovcik, A., Garoff, F., y Abbasi, R. (2014). La salud mental de los niños y adolescentes sirios refugiados.

Jiménez Navascués, M. L., Orkaizaguirre Gómara, A., y Bimbela Serrano, M. T. (2015). Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index de Enfermería*, 24(4), 217-221.

Johnson, J. I H., Sarason, I. G. (1979). Recent Developments in Research on Life Stress. En V. Hamilton y D. M. Warburton (Eds), *Human Stress and Cognition: An information processing approach*, London: Wiley.

Kaiser, Bonnie N., Keys, Hunter M., Foster, Jennifer, & Kohrt, Brandon A.. (2015). Social stressors, social support, and mental health among Haiti an migrants in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(2), 157-162. Retrieved February 11, 2016, from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000700009&lng=en&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700009&lng=en&tlng=en)

Kaplan, B. H., Cassel, J. C., Gore, S. (1977). Social support and Health. *Med Care*, 15: 47-58.

Kearney, G. D., Chatterjee, A. B., Talton, J., Chen, H., Quandt, S. A., Summers, P., & Arcury, T. A. (2014). The association of respiratory symptoms and indoor housing conditions among migrant farmworkers in eastern North Carolina. *Journal of agromedicine*, 19(4), 395-405.

Keynaert, I., & Guieu, A. (2015). What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reproductive health matters*, 23(46), 45-55.

Kronfol, Z., Saleh, M., & Al-Ghafry, M. (2014). Mental health issues among migrant workers in Gulf Cooperation Council countries: Literature review and case illustrations. *Asian journal of psychiatry*, 10, 109-113.

*La Jornada* (2016), "Detienen a 115 migrantes centroamericanos en Nuevo León", disponible en <http://www.jornada.com.mx/ultimas/2016/08/31/detienen-a-115-migrantes-centroamericanos-en-nuevo-leon>.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974

Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79.

- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Lazarus, R., (1999). *Estrés y Emoción, Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Lazarus, Richard. (2000). *Pasión y Razón, La comprensión de nuestras emociones*. 2 Edición, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Leguizamón, L. C., y Gómez, V. (2002). Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 173-182.
- Leventhal, H., & Patrick-Miller, L. (2000). Emotions and physical illness: Causes and indicators of vulnerability. *Handbook of emotions*, 523-537.
- Ley de migración. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 25 de mayo de 2011.Reformada el 21 de abril de 2016.
- Lin, N., Simeone, S. R., Ensel, W. M., Kuo, W. (1979). Social ad empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 108-119.
- Loizate, J. A. (2006). Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (19), 59-85.
- Loizte, J. A., González, A. L., Suárez-Varela, M. M. M., y Espeso, D. (2012). Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de Salud mental*, 10(44).
- López, V. (2013). Desarrollo, migración y seguridad. El caso de la migración hondureña hacia Estados Unidos. *Migración y desarrollo*. Vol. 11, No.21, Nov. 65-105.
- Malmusi, D., y Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 687-701.
- Manaut, R. B. (2011). México, Centroamérica y Estados Unidos: migración y seguridad. *Migración y seguridad: nuevo desafío en México, México, Colectivo de Análisis de la Seguridad con Democracia*, 180-182.
- Martínez, G., Cobo, S. D., y Narváez, J. C. (2015). *Trazando rutas de la migración de tránsito irregular o no documentada por México*. Perfiles latinoamericanos, 23(45), 127-155.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibáñez, I. (2002). *Apoyo social y salud: un análisis de género*. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Matud Aznar, M. P., García Rodríguez, M., & Matud Aznar, M. J. (2006). Estrés y malestar en el profesorado. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1).

Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 33, 3-34.

Meñaca, A. (2006). Familias rotas y problemas de salud. La medicalización de las familias migrantes ecuatorianas. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (22), 161-178.

Mesa Melgarejo, L. (2016). Trayectorias de vida e infarto agudo de miocardio: vivencias de varones de la ciudad de Bogotá. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(3), 375-383.

Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. *Barragán H. Fundamentos de Salud Pública*, 161-186.

Montañés, P., y Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento psicológico*, 2(6).

Montaño, Carlos (2005). *Tercer sector y cuestión social. Crítica al patrón emergente de intervención social*. Sao Paulo. Ed. Cortez.

Moreno-Jiménez, B., Galvez Herrera, M., Rodríguez-Carvajal, R., y Garrosa Hernández, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73.

Moreno, G. P., Gómez, J. E., y Polo, S. A. (2006). Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 32(10), 484-489.

Navaza, B., Abarca, B., Bisoffi, F., Pool, R., & Roura, M. (2016). Provider-Initiated HIV Testing for Migrants in Spain: A Qualitative Study with Health Care Workers and Foreign-Born Sexual Minorities. *PloS one*, 11(2), e0150223.

Ojeda García, A., Cuenca Vázquez, J., y Espinosa Garduño, D. I. (2008). Comunicación y afrontamiento como estrategias individuales que buscan facilitar la adaptación social en población migrante. *Migración y desarrollo*, (11), 79-95.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1964), "Constitución de la OMS". Documentos Básicos. XV Asamblea. Ginebra: OMS

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003). "Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts". Copenhagen, segunda edición, editores Wilkinson, R. y Marmot, M.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2017), Determinantes sociales de la salud, disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Orantes & Molina (2002). "Modelo sistémico e inmigrantes: reflexiones y experiencias desde los Servicios" Sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 15, pp. 261-269.

Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de saúde pública*, 23(6), 1255-1272.

Ortiz Barreda, G. M., Malmusi, D., Yuguero, O., Brew, J., y Gil-González, D. (2014). Desigualdades en salud en poblaciones inmigradas a España. Una revisión de la literatura.

Parella, S. (2007). Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales: Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones internacionales*, 4(2), 151-188.

Paz-Rodríguez, F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Rev Ecuat Neurol*, 19, 25-33.

Pérez Díaz, M. (2012). Acceso a la salud de migrantes centroamericanos en tránsito por Puebla.

Pérez, A. S. M., y Navarrete, M. L. V. (2006). Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 260-265.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en <http://pnd.gob.mx/>

Plaza, S. H., Muñoz, C. P., y Morillejo, E. A. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21(2), 304.

Pozo, C., Hernández, S., y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes: ¿Efectos directos o amortiguadores?. *Boletín de psicología*, (80), 79-96.

Pozos-Radillo, Blanca E., Aguilera-Velasco, María, Acosta-Fernández, Martín, y Pando-Moreno, Manuel. (2014). Perfil de estrés y estrés crónico en migrantes mexicanos en Canadá. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 52-64. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.35812>

Quintero, M. M., Palma, A. L., y Quevedo, A. L. (2005). Fatiga laboral y condiciones ambientales en una planta de envasado de una industria cervecera. *Salud de los Trabajadores*, 13(1), 37-44.

Ramos ME. Similitudes y diferencias en la salud psicofísica entre mujeres y hombres migrantes en Estados Unidos. Implicaciones para las políticas de salud y programas de intervención social. En: UAM C, Departamento de Relaciones Sociales, editor. *Mujer y migración, los costos emocionales*. Mexico D. F.: UAM C; 2010.

Ramírez, R., Manuel, J., Rodríguez, R., y Duniert, R. (2012). Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *Medisan*, 16(7), 1025-1032.

Rathod, J. (2016). Danger and dignity: immigrant day laborers and occupational risk. *Seton Hall law review*, 46(3).

REDODEM (Informe de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes) (2014), consulte: [http://fm4pasolibre.org/pdfs/informe\\_migrantes%20invisibles\\_redodem2015.pdf](http://fm4pasolibre.org/pdfs/informe_migrantes%20invisibles_redodem2015.pdf)



REDODEM (Informe de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes) (2015), consulte  
[https://www.entreculturas.org/sites/default/files/informe\\_redodem.pdf](https://www.entreculturas.org/sites/default/files/informe_redodem.pdf)

Rivas, J. (2011). ¿Víctimas nada más?. Migrantes Centroamericanos en el Soconusco, Chiapas. *Nueva Antropología*. Vol. XXIV. No. 74, Enero-Junio. 9-38.

Rivera-Heredia, M. E., Cervantes-Pacheco, E. I., Martínez-Ruiz, D. T., y Obregón-Velasco, N. (2012). ¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar. *Revista intercontinental de Psicología y educación*, 14(2), 33-51.

Rodríguez Zepeda, Jesús; (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El Cotidiano*, noviembre-diciembre, 23-29.

Romero Placeres, M., Álvarez Toste, M., y Álvarez Pérez, A. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(2), 0-0.

Salgado-de Snyder, V. N., y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *salud pública de méxico*, 49, s515-s521.

Sánchez Molina, R. (2004). Cuando los hijos se quedan en El Salvador: Familias transnacionales y reunificación familiar de inmigrantes salvadoreños en Washington, DC. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 59(2), 257-276.

Sánchez, J. G., y Rodríguez-Martín, M. (2013). Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en inmigrantes magrebíes de un área semiurbana de Barcelona. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 39(3), 139-145E

Sánchez, K. y Zúñiga, M. (2016). La formación de trabajadores sociales en el tema de migración en México: Un área de intervención en crecimiento.

Selltiz, C. y otros (1970). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Ediciones Rialp.

Sieberer, M., Maksimović, S., Ersöz, B., Machleidt, W., Ziegenbein, M., & Calliess, I. T. (2011). Depressive symptoms in first-and second-generation migrants: A cross-sectional study of a multi-ethnic working population. *International Journal of Social Psychiatry*.

Sieglin, V. (2011, May). Acoso laboral y salud psicosomática. El caso de científicos de alto rendimiento en universidades estatales mexicanas. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo, Mérida, Yucatán, México*.

Sieglin, V., y Ramos Tovar, M. E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista mexicana de sociología*, 69(3), 517-551.

Simmons, W. P., Menjívar, C., & Téllez, M. (2015). Violence and Vulnerability of Female Migrants in Drop Houses in Arizona The Predictable Outcome of a Chain Reaction of Violence. *Violence against women*.

- Sobral Fernández, J., Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á., Romero, E., y Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22(3).
- Soler, L. P., Vila, L. C., Escurriola, M. F., Cosculluela, M. V., Dalfó-Baqué, A., y Vilaplana, X. V. (2007). Seguimiento y control de la hipertensión arterial. ¿ Se efectúa igual en la población autóctona y en la inmigrante?. *Atención primaria*, 39(12), 651-654.
- Soler-González, J., Marsal, J. R., Serna, C., Real, J., Cruz, I., y López, A. (2013). La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 19-25.
- Teledirio (2014). “Ruta de migrantes, estación Nuevo León”, disponible en: <http://www.multimedios.com/telediario/local/ruta-migrantes-estacion-nuevo-leon.html>
- Tenesaca Martínez, J. A. (2016). *Análisis de la situación de los refugiados y desplazados Sirios como consecuencia del conflicto armado* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Uribe Restrepo, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicosomática. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 7-20
- Urzúa, A., Heredia, O., y Caqueo-Úrizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica de Chile*, 144(5), 563-570.
- Valerio, L., Milozzi, J., Figueredo, A., Reina, M. D., Martínez-Cuevas, O., y Pérez-Quilez, O. (2006). Prevalencia de diabetes mellitus en inmigrantes indostánicos jóvenes en Santa Coloma de Gramenet, España. *Medicina Clínica*, 126(2), 53-56.
- Vilajeliu Balagué, A., Heras Prat, P. D. L., Ortiz-Barreda, G., Pinazo Delgado, M. J., Gascón Brustenga, J., y Bardají Alonso, A. (2014). Parasitosis importadas en la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 783-802.
- Villanueva (2001). Modelos de aculturación e intervención psicosocial en la inmigración. *Gazeta Antropológica*, no. 17, art. 06. <http://hdl.handle-net/10481/7470>
- Vukčević, M., Momirović, J., y Purić, D. (2016). Refugiados en Serbia: de camino hacia una vida mejor.
- Webb, R. T., Antonsen, S., Pedersen, C. B., Mok, P. L., Cantor-Graae, E., y Agerbo, E. (2016). Attempted suicide and violent criminality among Danish second-generation immigrants according to parental place of origin. *International journal of social psychiatry*, 62(2), 186-197.
- Winkelman, S., Chaney, E., Bethel, J. (2013). Stress, Depression and Coping among Latino Migrant and Seasonal Farmworkers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vo. 10, 1815-1830.

Yañez, S., y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud & Sociedad*, 1(01).

Zayas, L. H., & Gulbas, L. E. (2012). Are suicide attempts by young Latinas a cultural idiom of distress?. *Transcultural psychiatry*, 49(5), 718-734.

Zayas, L. H., & Pilat, A. M. (2008). Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 334-342.

Zúñiga, (2011). M. La Migración, T.D.E.E. Universidad Autónoma de Nuevo León. XV *Encuentro Nacional y V Internacional de Investigación en Trabajo Social*, 55.

**Anexo**

**“Encuesta Derechos Humanos y Bienestar de Migrantes, 2016”**

**UNIVERSIDAD  
AUTONOMA DE NUEVO  
LEÓN  
FACULTAD DE TRABAJO  
SOCIAL Y DESARROLLO  
HUMANO**

No. de encuesta \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
Lugar de aplicación (Municipio) \_\_\_\_\_

**I.- Datos del encuestado**

**1. EDAD** \_\_\_\_\_  
99). N.C.

**2. SEXO**  
1) Hombre 2) Mujer 99). N.C.

**3. NACIONALIDAD**  
\_\_\_\_\_ 99). N.C.

**4. ¿USTED VIVE AQUÍ EN NUEVO LEÓN?**  
1) Sí 2) NO 99). N.C.

**5. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA AQUÍ EN NUEVO LEÓN?**  
\_\_\_\_\_

**6. ESTADO CIVIL**  
1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Separado 5) Unión Libre / Concubinato 7) Otra \_\_\_\_\_ 99). N C

**7. ¿TIENE HIJOS?**  
1) Sí (Pasar a la pregunta 6) 2) No (Pasar a la pregunta 8) 99). N.C.

**8. NÚMERO DE HIJOS**  
\_\_\_\_\_

**9. INFORMACIÓN SOBRE SUS HIJOS**

N°	Edad	Hom bre	Muje res	Naciona lidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**10. USTED, ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?**  
1) Sí 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 12) 99). N C

**11. ÚLTIMO GRADO ESCOLAR APROBADO**  
1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Posgrado 6) Técnica 99). N.C.

**12. ¿CUÁL ES SU LENGUA NATIVA?**  
1) Español 2) Portugués 3) Inglés 4) Otro \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**13. PROFESA ALGUNA RELIGIÓN**  
1) Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuál? 2) No 99). N.C.

**SECCION 2: HISTORIA MIGRATORIA ANTES DE LLEGAR A MEXICO** NOTA: SOLO INTERESAN LOS DATOS ANTES DE INGRESAR A MÉXICO.

**14. MOTIVOS PARA MIGRAR**  
1) Persecución 2) Inseguridad 3) Amenazas 5) Reunificación familiar 5) Motivos Económicos 6) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 99) N.C.

**15. ¿CUÁL ES SU DESTINO FINAL?**  
1) Estados Unidos 2) México 3) Canadá 4) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**16. ¿CUÁNTAS VECES HA MIGRADO?**  
Número de veces \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**17. ¿CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SALIÓ DE SU PAÍS O LUGAR DE ORIGEN?**  
(MES Y AÑO) \_\_\_\_\_ 99). N C

**18. ¿ESTABA ACOMPAÑADO DE ALGUIEN, CUANDO SALIÓ DE SU PAÍS DE ORIGEN?**  
1) Sí (PASAR A PREGUNTA 19) 2) No (PASAR A PREGUNTA 20) 99). N.C (PASAR A PREGUNTA 20)

**19. ¿QUIÉN LO ACOMPAÑABA CUÁNDO SALIÓ?**  
1) Familiar 2) Amigo 3) Guía de Viaje 4) Desconocido 5) Otro. ¿Quién? \_\_\_\_\_ 99). N C

**20. FECHA EN QUE INGRESÓ A MÉXICO**  
(MES Y AÑO) \_\_\_\_\_

**21. ¿POR CUÁL ESTADO O LUGAR DE LA REPÚBLICA MEXICANA INGRESÓ AL PAÍS?** \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**22. MEDIO QUE UTILIZÓ PARA ENTRAR A MÉXICO**  
1) Caminando 2) Balsas 3) Camión 4) Tren 5) Avión

6) Otro ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99). N C

**23. AL INGRESAR A MÉXICO, ¿QUÉ DOCUMENTOS TRAÍA?**

1) Acta de nacimiento 2) Pasaporte 3) Licencia de conducir  
4) FM2 5) FM3 6) Forma migratoria de visitante local 7) Forma migratoria de trabajador fronterizo 8) Ninguno 9) Otro. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99) N. C.  
(PASAR A PREGUNTA 26)

**24. ¿ACTUALMENTE CUENTA CON ESTOS DOCUMENTOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 26) 2) No (PASAR A PREGUNTA 25) 99) N.C.  
(PASAR A PREGUNTA 26)

**25. SI SU RESPUESTA ES NO, ¿POR QUÉ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26. DURANTE ESTE VIAJE A MÉXICO, ¿SUFRIÓ AGRESIONES FÍSICAS, VERBALES O PSICOLÓGICAS?**

1) Sí PASAR A PREGUNTA 27) 2) No PASAR A PREGUNTA 31) 99)N.C  
(PASAR A PREGUNTA 31)

**27. ¿DE QUÉ TIPO?**

\_\_\_\_\_

**28. ¿DENUNCIÓ ESTOS HECHOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 30) 2) No (PASAR A PREGUNTA 29) 99) N.C.  
(PASAR A PREGUNTA 31)

**29. ¿POR QUÉ NO?**

1) Falta de interés 2) Intimidación por parte de las autoridades 3) Miedo 4) Falta de asesoría 5) Quería continuar con el viaje 6) No se le ocurrió 7) Otro. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99) N.C.

**30. ¿ANTE QUE INSTANCIA DENUNCIÓ LAS AGRESIONES?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3.  
VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS DURANTE EL TRÁNSITO**

**31. ¿DURANTE SU PASO POR MÉXICO, SUFRIÓ ALGÚN TIPO DE ABUSO O VIOLACIÓN A SUS DERECHOS HUMANOS?**

1) Sí (CONTINUAR CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 43) 99) N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 43)

**SI ES SÍ, ESPECIFICAR TIPO DE ABUSO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**32. FECHA EN LA QUE OCURRIERON LOS HECHOS (MES Y AÑO)**

\_\_\_\_\_

**33. LUGAR DONDE OCURRIERON LOS HECHOS**

1) En la calle 2) En la estación de autobús 3) En el tren 4) En un aeropuerto 5) En un domicilio privado 6) En la Iglesia 7) En un comercio 8) En una finca 9) En las vías del tren 10) En un albergue 11) Otro ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99). N C

**34. LOS HECHOS OCURRIERON:**

1) Por la Mañana 2) Por la Tarde 3) Por la noche 99). N C

**35. ¿HUBO USO DE ARMAS?**

1) SÍ 2) NO (PASAR A LA PREGUNTA 37) 99). N.C.

**36. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁLES? ESPECIFICAR**

1) Cuchillo 2) Machete 3) Arma de fuego 4) Macana 5) Navaja 6) Otro. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99). N C

**37 ¿HUBO PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD?**

1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 38) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 43) 99). N C (PASAR A LA PREGUNTA 43)

**38. ¿DÓNDE PERMANECIÓ DETENIDO?**

1) En la estación de autobús 2) En el tren 3) En un aeropuerto 4) En un domicilio privado 5) En una iglesia 6) En un comercio 7) En una finca 8) En un albergue 9) Otro. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99). N C

**39. ¿QUÉ SE LE SOLICITÓ PARA OTORGARLE SU LIBERTAD? (PUEDE ELEGIR MÁS DE UNA OPCIÓN)**

1) Conseguir a otras personas migrantes 2) Dinero ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ 3) Tareas ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ 4) Relaciones sexuales 5) Golpear o matar a otra persona 6) Otro ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 99). N C

**40. RESPONSABLE DEL AGRAVIO**

1) Persona particular o grupo de personas 2) Policía Municipal 3) Policía Estatal 4) Policía Federal 5) Grupo Beta 6) Ejército 7) Marina 8) Instituto Nacional de Migración 9) Otra autoridad de la policía ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ 10) Otra autoridad no policiaca ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 11) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 99) N.C.

**41. ¿DENUNCIÓ ESTOS HECHOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 42)  
 2) No (PASAR A PREGUNTA 43)  
 99). N.C (PASAR A PREGUNTA 43)

**42. ¿ANTE QUÉ INSTANCIA DENUNCIÓ LAS AGRESIONES?****SECCIÓN 4. REVISIÓN DE DOCUMENTOS****43. EN ESTE ÚLTIMO VIAJE, ¿ALGUNA AUTORIDAD HA REVISADO SUS DOCUMENTOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 44)  
 2) No (PASAR A PREGUNTA 57)  
 99). N.C (PASAR A PREGUNTA 57)

**44. FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN DE DOCUMENTOS**

(Mes \_\_\_\_\_ y  
 año) \_\_\_\_\_

**45. ESTADO O LUGAR DE LA REPÚBLICA MEXICANA EN DONDE FUE LA ÚLTIMA REVISIÓN DE DOCUMENTOS****46. AUTORIDAD QUE REVISÓ SUS PAPELES DE MIGRACIÓN.**

1) Policía Municipal 2) Policía Estatal 3) Policía Federal 4) Instituto Nacional de Migración 5) Grupo Beta 6) Ejército 7) Marina 8) Otra autoridad de la policía ¿Cuál?

9) Otra autoridad no policíaca ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 10)

Otro. \_\_\_\_\_ ¿Cuál?  
 \_\_\_\_\_ 99).  
 N.C.

**47. ¿LE INFORMARON SOBRE LOS MOTIVOS DE LA REVISIÓN MIGRATORIA?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**48. DESPUÉS DE QUE LE PIDIERON SUS DOCUMENTOS, ¿CUÁNTO TIEMPO PASÓ PARA LLEGAR AL PUNTO DE REVISIÓN MIGRATORIA (GARITA O A LA ESTACIÓN MIGRATORIA)? (En días)****49. ¿HUBO DETENCIÓN?**

1) Sí (PASAR A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 57)  
 99). N C (PASAR A LA PREGUNTA 57)

**50. LE INFORMARON SOBRE LOS MOTIVOS, TIEMPOS Y PROCEDIMIENTO DE SU DETENCIÓN**

1) Sí 2) No 99). N C

**51. DURANTE LA VERIFICACIÓN MIGRATORIA, ¿LE AGREDIERON FÍSICA, PSICOLÓGICA O VERBALMENTE?**

1) Sí (PASAR A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 57) 99). N C (PASAR A LA PREGUNTA 57)

**52. SI ES SÍ ¿DE QUÉ TIPO?****53. ¿QUIÉN FUE EL AGRESOR?**

1) Policía Municipal 2) Policía Estatal 3) Policía

Federal 4) Instituto Nacional de Migración 5) Grupo Beta 6) Ejército 7) Marina 8) Otra autoridad de la policía ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 9) Otra autoridad no policíaca ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 10) Otro ¿Cuál?

99). N C

**54. ¿DENUNCIÓ ESTOS HECHOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 55) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 57) 99) N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 57)

**55. ¿POR QUÉ NO?**

1) Falta de interés 2) Intimidación por parte de las autoridades 3) Miedo 4) Falta de asesoría 5) Quería continuar con el viaje 6) No se le ocurrió 99). N.C.

**56. ¿ANTE QUÉ INSTANCIA?****SECCIÓN 5. ESTANCIA, GARITAS O PUNTOS DE DETENCIÓN****57. ¿ESTUVO DETENIDO EN UNA GARITA ANTES DE SER TRASLADADO A UNA ESTACIÓN MIGRATORIA?**

1) Sí 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 81) 99) N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 81)

**58. ¿LE INFORMARON SOBRE LOS MOTIVOS, TIEMPO Y PROCEDIMIENTO DE SU DETENCIÓN?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**59. ¿FIRMÓ ALGÚN DOCUMENTO?**

1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 60) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 61) 99). N.C.

**60. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**61. ¿COLOCÓ SUS HUELLAS DIGITALES?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**62. ¿LE TOMARON FOTOGRAFÍAS?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**63. ¿LE FUE PERMITIDO REALIZAR LLAMADAS TELEFÓNICAS?**

1) Sí 2) No (PASAR A PREGUNTA 64) 99). N.C. (PASAR A PREGUNTA 65)

**64. EN CASO DE QUE NO, ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO EL PERMISO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**65. ¿TUVO CONTACTO CON SU CONSULADO?**

1) Sí 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 66) 99). N.C.

**66. EN CASO DE QUE NO, ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO EL PERMISO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**67. ¿TUVO CONTACTO CON UN ABOGADO?**

1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 69) 2) No 99). N.C.

**68. EN CASO DE QUE NO, ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO EL PERMISO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**69. ¿LE FUE PRESENTADO UN FALSO ABOGADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**70. ¿HABÍA CAMA O COLCHÓN PARA DORMIR EN EL LUGAR?**

1) Sí 2.) No 99). N.C.

**71. ¿LE PROPORCIONARON ALIMENTOS?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**72. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**73. ¿LE PROPORCIONARON ARTÍCULOS DE ASEO O LIMPIEZA PERSONAL?**

1) Sí 2) No 99) N. C

**74. CUANDO FUE TRASLADADO A LA GARITA O PUNTO DE DETENCIÓN, ¿LE INFORMARON A DÓNDE SE DIRIGÍA?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**75. DURANTE SU ESTANCIA EN LA GARITA O PUNTO DE DETENCIÓN, ¿FUE AGREDIDO FÍSICA, PSICOLÓGICA O VERBALMENTE?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 76) 2) No (PASAR A PREGUNTA 81) 99). N.C. (PASAR A PREGUNTA 81)

**76. SI ES ASÍ ¿DE QUÉ TIPO?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**77. ¿QUIÉN FUE EL AGRESOR?**

1) Policía Municipal 2) Policía Estatal 3) Policía Federal 4) Instituto Nacional de Migración 5) Grupo Beta 6) Ejército 7) Marina 8) Otra autoridad de la policía ¿Cuál?

9) Otra autoridad no policíaca ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 10) Otra

¿cuál? \_\_\_\_\_

99). N.C.

**78. ¿DENUNCIÓ ESTOS HECHOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 80) 2) No (PASAR A PREGUNTA 79) 99).N.C. (PASAR A PREGUNTA 79)

**79.¿POR QUÉ NO?**

1) Falta de interés 2) Intimidación por parte de las autoridades 3) Miedo 4) Falta de asesoría 5) Quería continuar con el viaje 6) No se le ocurrió 7) Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**80. ¿ANTE QUÉ INSTANCIA \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 6. DETENCIÓN EN LA ESTACION MIGRATORIA**

Sólo interesan los datos sobre permanencia en la Estación Migratoria

**81 EN ESTE ÚLTIMO VIAJE ¿HA ESTADO DETENIDO EN UNA ESTACIÓN MIGRATORIA?**

1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 82) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 125) 99) N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 125)

**82. NÚMERO DE VECES QUE HA ESTADO EN UNA ESTACIÓN MIGRATORIA**

\_\_\_\_\_

99).N.C.

**83. ¿EN QUÉ LUGAR O ESTADO DE LA REPÚBLICA MEXICANA ESTUVO EN LA ÚLTIMA ESTACIÓN MIGRATORIA?**

\_\_\_\_\_

**84. DÍAS QUE PERMANECIÓ EN LA ESTACIÓN MIGRATORIA**

\_\_\_\_\_

**85 ¿CUÁL FUE LA ÚLTIMA ESTACIÓN MIGRATORIA**

**EN LA QUE ESTUVO?****86. ¿LE INFORMARON SOBRE SUS DERECHOS?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**87. ¿LE INFORMARON SOBRE LOS MOTIVOS, TIEMPO Y PROCEDIMIENTO DE SU DETENCIÓN?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**88. ¿LE FUE INFORMADO SOBRE SU DERECHO A SOLICITAR ASILO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**89. ¿LE PREGUNTARON SI SUFRÍO ALGUNA VIOLACIÓN A SUS DERECHOS HUMANOS?**1) Sí (PASAR A PREGUNTA 90)  
2) No (PASAR A LA PREGUNTA 91)  
99). N.C.**90. ESPECIFIQUE ¿CUÁLES DERECHOS?****91. ¿COLOCÓ SUS HUELLAS DIGITALES?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**92. ¿LE TOMARON FOTOGRAFÍAS?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**93. ¿LE FUE PERMITIDO REALIZAR LLAMADAS TELEFÓNICAS?**1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 95)  
2) No (PASAR A LA PREGUNTA 94)  
99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 95)**94. ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO EL PERMISO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**95. ¿FIRMÓ ALGÚN DOCUMENTO?**1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 96) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 97)  
99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 97)**96. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO?****97. ¿TUVO CONTACTO CON SU CONSULADO?**1) Sí (PASAR A PREGUNTA 99) 2) No (PASAR A PREGUNTA 98)  
99). N.C. (PASAR A PREGUNTA 99)**98. ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO HABLAR CON ALGUIEN DEL CONSULADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**99. ¿TUVO AYUDA DE SU CONSULADO (PAÍS) DURANTE TODO EL PROCESO DE DETENCIÓN?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**100. ¿TUVO CONTACTO CON UN ABOGADO?**1) Sí (PASAR A PREGUNTA 102) 2) No (PASAR A PREGUNTA 101)  
99). N.C. (PASAR A PREGUNTA 103)**101. ¿LO SOLICITÓ Y LE FUE NEGADO EL PERMISO DE VER A UN ABOGADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**102. ¿LE FUE ASIGNADO UN ABOGADO FALSO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**103. ¿TUVO ACCESO A UN TRADUCTOR O INTÉRPRETE?**1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 105) 2) No (PASAR A PREGUNTA 104)  
99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 105)**104. ¿POR QUÉ?**1) No lo sé  
2) Yo hablaba español  
3) Había alguien que hablará el idioma en mi grupo  
4) No había traductor

5) El traductor estaba muy ocupado

6) Ningún traductor hablaba mi lengua

7) Otra. ¿Cuál?

99) N.C.

**105. ¿LE PROPORCIONARON ALIMENTOS?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**106. ¿REQUIRIÓ ATENCIÓN MÉDICA DURANTE SU ESTANCIA EN LA ESTACIÓN MIGRATORIA?**1) Sí (PASAR A PREGUNTA 107) 2) No (PASAR A PREGUNTA 113)  
99). N.C.**107. ¿POR QUÉ?****108. ¿EL MÉDICO SE ENCONTRABA EN LA ESTACIÓN MIGRATORIA?**

1) Sí 2) No (PASAR A PREGUNTA 113) 99). N.C.

**109. ¿EL MÉDICO ESTABA DISPONIBLE?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**110. ¿EL MÉDICO LO TRATÓ CON RESPETO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**111. ¿EL MÉDICO LE PRESTÓ LA ATENCIÓN NECESARIA?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**112. ¿EL TRATAMIENTO LO ALIVIÓ/SANÓ?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**113. ¿HABÍA CAMA O COLCHÓN PARA DORMIR EN EL LUGAR?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**114. ¿LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DORMÍAN**



**EN LUGARES SEPARADOS?**  
1) Sí 2) No 99). N.C.

**115. ¿LE PROPORCIONARON ARTÍCULOS DE ASEO O LIMPIEZA PERSONAL?**  
1) Sí 2) No 99). N.C.

**116. ¿PODÍA RECIBIR VISITAS?**  
1) Sí 2) No 99). N.C.

**117. ¿EXISTÍAN REGLAS EN LA ESTACIÓN MIGRATORIA?**  
1) Sí (PASAR A PREGUNTA 118) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 117) 99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 117)

**118. DESCRIBA LAS REGLAS**

---

**119. DURANTE SU DETENCIÓN, ¿FUE AGREDIDO FÍSICA, PSICOLÓGICA O VERBALMENTE?**  
1) Sí (PASAR A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 125) 99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 125)

**120. ¿DE QUÉ TIPO?**

---

**121. ¿QUIÉN FUE EL AGRESOR?**  
1) Particular 2) Policía Municipal 3) Policía Estatal 4) Policía Federal 5) Instituto Nacional de Migración 6) Grupo Beta 7) Ejército 8) Marina 9) Otra autoridad de la policía ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 10) Otra autoridad no policíaca ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 11) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 99). N.C.

**122. ¿DENUNCIÓ ESTOS HECHOS?**

1) Sí (PASAR A PREGUNTA 124) 2) No (PASAR A PREGUNTA 123) 99). N.C. (PASAR A LA PREGUNTA 125)

**123. ¿POR QUÉ NO?**  
1) Falta de interés 2) Intimidación por parte de las autoridades 3) Miedo 4) Falta de asesoría 5) Quería continuar con el viaje 6) No se le ocurrió 99). N.C.

**124. ¿ANTE QUÉ INSTANCIA DENUNCIÓ?**

---

### SECCIÓN 7: BIENESTAR

**Durante el último mes, con qué frecuencia experimentó los síntomas siguientes:**

ESCALA DE HAMILTON

**4.125. DIFICULTAD PARA DORMIRSE, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO INSATISFACTORIO Y/O CANSANCIO AL DESPERTAR**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**5. 126. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, MALA MEMORIA**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**6. 127. PÉRDIDA DE INTERÉS, INSATISFACCIÓN EN LAS DIVERSIONES, DEPRESIÓN, DESPERTAR PREMATURO, CAMBIOS DE HUMOR DURANTE EL DÍA**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**7. 128. DOLORES Y MOLESTIAS MUSCULARES**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**8. 129. ZUMBIDOS DE OÍDOS, VISIÓN BORROSA, SOFOCOS Y**

**ESCALOFRÍOS, SENSACIÓN DE DEBILIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO.**

1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**9. 130. TAQUICARDIA, PALPITACIONES, DOLOR EN EL PECHO, SENSACIÓN DE DESMAYO**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**10. 131. OPRESIÓN O CONTRACCIÓN EN EL PECHO, SENSACIÓN DE AHOGO, FALTA DE AIRE.**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**11. 132. DOLOR ANTES Y DESPUÉS DE COMER, SENSACIÓN DE ARDOR, SENSACIÓN DE ESTÓMAGO LLENO O VACÍO, VÓMITOS, DIGESTIÓN LENTA, RUIDO INTESTINAL, DIARREA, PÉRDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.**

1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**13. 133. BOCA SECA, RUBOR, PALIDEZ, TENDENCIA A SUDAR, VÉRTIGOS, DOLORES DE CABEZA, PIEL DE GALLINA.**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

### SECCIÓN 8: EMOCIONES

**Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia experimentó los siguientes síntomas?**

**134. ME SIENTO TRISTE Y DEPRIMIDO/A**  
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre 99). N.C.

**135. ME SIENTO MÁS TRISTE EN LA NOCHE QUE EN LA MAÑANA**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**136. FRECUENTEMENTE TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**137. ME CUESTA MUCHO DORMIR O DUERMO MAL POR LA NOCHE**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**138. AHORA TENGO MENOS APETITO QUE ANTES**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**139. ME SIENTO MENOS ATRAIDO/A POR EL SEXO OPUESTO**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**140. CREO QUE ESTOY ADELGAZANDO**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**141. ESTOY ESTREÑIDO/A (CONSTIPADO/A)**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**142. TENGO PALPITACIONES**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**143. ME CANSO POR CUALQUIER COSA**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**144. SIENTO QUE TENGO MUCHAS PREOCUPACIONES EN LA CABEZA**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**145. HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**146. ME SIENTO AGITADO (A) E INTRANQUILO (A) Y NO PUEDO ESTAR QUIETO/A**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**147. TENGO ESPERANZA O CONFIANZA EN EL FUTURO**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**148. ME SIENTO MÁS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**149. ENCUENTRO DIFÍCIL TOMAR DE DECISIONES**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**150. ME CREO ÚTIL Y NECESARIO(A) PARA LA GENTE.**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**151. SIENTO ALEGRÍA POR LA VIDA**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**152. CREO QUE SERÍA MEJOR PARA LOS DEMÁS QUE ME MURIERA.**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**153. ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES ME AGRADABAN/GUSTABAN.**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**154. TENGO DIFICULTAD PARA CONCENTRARME O MALA MEMORIA.**

- 1) Nunca 2) Algunas veces  
3) Siempre 99). N.C.

**155. EN GENERAL, ¿CÓMO CONSIDERA USTED SU ESTADO DE SALUD?**

- 1) Malo 2) Regular 3) Bueno  
99). N.C.

**156. ¿ALGUÍN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA DICHO QUE USTED TIENE:**

ENFERMEDAD	SÍ	NO	N.C.
Hipertensión (presión alta)			
Diabetes (problemas de azúcar)			
Colesterol (problemas de grasa en sangre)			
Otra enfermedad. ¿CUÁL?			

**SECCIÓN 9: ADICCIONES****157. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?**

- 1) Nunca (PASAR A LA PREGUNTA 159)  
2) Una vez a la semana 3) Dos o cuatro veces por semana 4) Más de cuatro veces por semana. 99). N.C.

**158. ¿CUÁNTAS COPAS SE TOMA EN UN DÍA?** (UNA COPA ES UNA CUBA, UNA CERVEZA, UN VASO DE PULQUE, UN CABALLITO DE TEQUILA, COCTELES, O CUALQUIER OTRA BEBIDA QUE CONTIENE ALCOHOL)

- 1) 1 ó 2 2) 3 ó 4 3) 5 ó 6  
4) 7 ó 9 5) 10 o más  
99). N.C.

**159. ¿CONSUME ALGUNA DROGA?**

1) Sí (PASAR A LA PREGUNTA 160) 2) No (PASAR A LA PREGUNTA 162) 99). N.C.

	SÍ	¿QUIÉN?	NO	N C
162. Alojamiento				
163. Dinero				
164. Apoyo emocional				
165. Información/ orientación				
166. Alimentos				

**160. ¿CUÁLES DROGAS?**

\_\_\_\_\_

**161. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE LAS CONSUME?**

1) Mensualmente 2) Semanalmente 3) Diario o casi diario 99). N.C.

**SECCIÓN 10. Apoyo social en Monterrey**

**167. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE CON EL APOYO RECIBIDO?**

1) Muy satisfecho 2) Poco satisfecho 3) Insatisfecho 99) N.C.

**SECCIÓN 11: TUVO ALGUNA EXPERIENCIA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN MONTERREY**

**168. ¿HA SIDO DISCRIMINADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**169. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**170. ¿SE HA SENTIDO MAL POR SU FORMA DE HABLAR O ACENTO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**171. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**172. ¿HA SIDO VÍCTIMA DE UN ACTO CRIMINAL?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**173. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**174. ¿HA SIDO OBLIGADO A TRABAJAR?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**175. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**176. ¿HA SIDO SECUESTRADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**177. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**178. ¿HA SIDO ATACADO O ASALTADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**179. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99).N.C.

**180. ¿HA SIDO TESTIGO DE ALGUIEN QUE FUE ATACADO O ASALTADO?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**181. ¿CÓMO SE SINTIÓ? 1)**

Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99). N.C.

**182. ¿HA SIDO DETENIDO POR UNA AUTORIDAD?**

1) Sí 2) No 99). N.C.

**183. ¿CÓMO SE SINTIÓ?**

1) Enojado 2) Deprimido 3) Triste 4) Con Miedo 5) Angustia 99). N.C.

**POR FAVOR DIGA CON SUS PROPIAS PALABRAS CUAL ES...**

**184 SU MÁS GRANDE ESPERANZA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**185. SU MAYOR FELICIDAD:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**186. SU MAYOR ORGULLO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**187. SU MÁS GRANDE AMOR:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ENCUESTADOR:**

\_\_\_\_\_