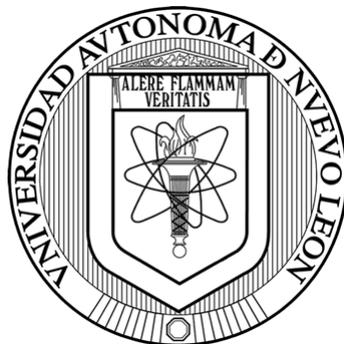


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO,
AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES
DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

MSP. ANZONY ARTURO CRUZ GONZÁLEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO,
AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES
DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

MSP. ANZONY ARTURO CRUZ GONZÁLEZ

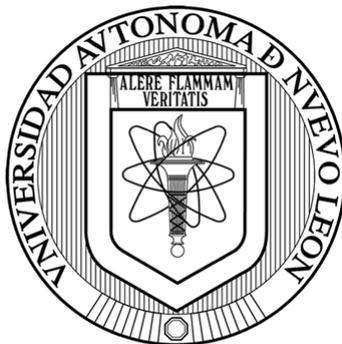
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO,
AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES
DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

MSP. ANZONY ARTURO CRUZ GONZÁLEZ

Co asesor Externo Internacional

DR. CRISPÍN GIGANTE PÉREZ

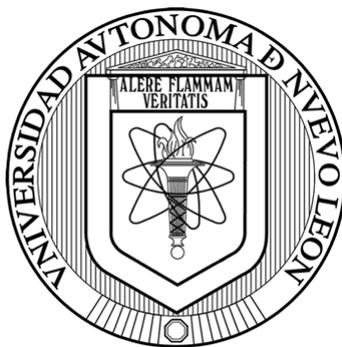
Director del Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias del Departamento de
Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá.

Madrid, España.

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO,
AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES
DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

MSP. ANZONY ARTURO CRUZ GONZÁLEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO,
AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES
DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do. Vocal

Dr. Crispín Gigante Pérez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	13
Estudios Relacionados	34
Definición de Términos	80
Objetivo General y Específicos	85
Hipótesis	86
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del Estudio	87
Población, Muestreo y Muestra	87
Instrumentos de Medición	88
Procedimiento de Recolección de Datos	98
Consideraciones Éticas	101
Análisis de Datos	106
Capítulo III	
Resultados	
Confiabilidad de los Instrumentos	108
Estadística Descriptiva	110
Estadística Inferencial	178

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	
Conclusiones	238
Recomendaciones	239
Limitaciones	240
Referencias	242
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas	265
B. Cuestionario de Migración	268
C. Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre	273
D. Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio	275
E. Cuestionario de Apoyo Social de MOS	278
F. Escala de Perspectiva Espiritual de Reed	281
G. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	283
H. Escala de Bienestar Social de Keyes	286
I. Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol	288
J. Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0)	290
K. Consentimiento Informado	299

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Pruebas no paramétricas	107
2. Consistencia interna de los instrumentos	108
3. Consistencia interna de los instrumentos (ASSIST V3.0)	110
4. Características sociodemográficas de la población de estudio	111
5. Ocupación de los migrantes en su ciudad o país, ocupación actual y ocupación al salir del albergue	112
6. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: lugar de nacimiento y con qué personas viaja	114
7. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: que realizará si logra o no cruzar la frontera	115
8. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: ha trabajado en otro país de forma legal o no legal	116
9. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: medio de transporte durante la migración	118
10. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: durante la espera a cruzar la frontera a que se dedica	119
11. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Migración: razones para migrar	120
12. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Migración: dificultades durante el proceso migratorio	121
13. Frecuencias y proporciones de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre	125
14. Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: preparación para la partida	129

Lista de Tablas

Tabla	Página
15. Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: de trayecto	131
16. Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: de la llegada	134
17. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Apoyo Social de MOS	137
18. Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: prácticas espirituales	139
19. Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: creencias espirituales	141
20. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: autoaceptación	142
21. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: relaciones positivas	144
22. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: autonomía	145
23. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: dominio del entorno	147
24. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: propósito de vida	148
25. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: crecimiento personal	150
26. Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Social de Keyes	153

Lista de Tablas

Tabla	Página
27. Frecuencias y proporciones de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol con base al Cuestionario AUDIT: consumo de alcohol de bajo riesgo	156
28. Frecuencias y proporciones de consumo dependiente (de riesgo) de alcohol con base al cuestionario AUDIT	157
29. Frecuencias y proporciones de consumo perjudicial con base al cuestionario AUDIT	158
30. Tipo de consumo de alcohol de los migrantes	159
31. Prevalencia alguna vez en la vida de alcohol y de drogas ilícitas en migrantes	160
32. Frecuencias y proporciones de consumo de alcohol (ASSIST V3.0)	162
33. Frecuencias y proporciones de consumo de cannabis (ASSIST V3.0)	163
34. Frecuencias y proporciones de consumo de cocaína (ASSIST V3.0)	165
35. Frecuencias y proporciones de consumo de anfetaminas (ASSIST V3.0)	167
36. Frecuencias y proporciones de consumo de inhalantes (ASSIST V3.0)	169
37. Frecuencias y proporciones de consumo de tranquilizante (ASSIST V3.0)	171
38. Frecuencias y proporciones de consumo de alucinógenos (ASSIST V3.0)	173

Lista de Tablas

Tabla	Página
39. Frecuencias y proporciones de consumo de opiáceos (ASSIST V3.0)	175
40. Frecuencias y proporciones de uso de drogas inyectadas (ASSIST V3.0)	177
41. Frecuencias y proporciones del ASSIST del nivel de riesgo de consumo de alcohol y drogas ilícitas de los migrantes	178
42. Prevalencia del consumo de alcohol y de drogas ilícitas en los migrantes	179
43. Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors de las variables continuas y numéricas	180
44. Coeficiente de Correlación de Spearman para razones para migrar y apoyo social por edad	182
45. U de Mann-Whitney para índice de dificultad durante la migración, estrés migratorio de partida, apoyo social y espiritualidad por sexo	183
46. Coeficiente de Correlación de Spearman para las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), psicológico y social	184
47. U de Mann-Whitney para las estrategias de afrontamiento (espiritualidad) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de alcohol)	185
48. U de Mann-Whitney para las estrategias de afrontamiento (apoyo social) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de drogas ilícitas)	186

Lista de Tablas

Tabla	Página
49. U de Mann-Whiney para las estrategias de afrontamiento (espiritualidad) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de drogas ilícitas)	188
50. Tipos de consumo de alcohol en los migrantes	189
51. Frecuencias y proporciones del ASSIST del nivel de alcohol y drogas de los migrantes	190
52. Prevalencia del consumo de alcohol en los migrantes	190
53. Prevalencia del consumo de drogas ilícitas en los migrantes	191
54. Prevalencia alguna vez en la vida por tipo de droga del consumo de drogas ilícitas (ASSIST) en los migrantes	192
55. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos tres meses (ASSIST) en los migrantes	193
56. Coeficiente de Correlación de Spearman para las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) y el consumo de alcohol AUDIT, consumo dependiente y perjudicial	194
57. Coeficiente de Correlación de Spearman para las características de la migración y la intolerancia hacia la incertidumbre	195
58. Coeficiente de Correlación de Spearman para la intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio	196
59. Regresión Lineal Simple para efecto para la intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio	196
60. Coeficiente de Correlación de Spearman para el apoyo social, espiritualidad y el estrés migratorio	198

Lista de Tablas

Tabla	Página
61. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social, espiritualidad y el estrés migratorio	199
62. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social	200
63. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social	204
64. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social	210
65. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración (sexo), intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social	221

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Esquema de la Teoría de M. Mishel	18
2. Primera proposición	22
3. Segunda proposición	22
4. Tercera proposición	23
5. Cuarta proposición	23
6. Substracción Conceptual-Teórica-Empírica	25
7. Prueba de Hipótesis	208
8. Verificación del Modelo de características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México	225

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Ciencias de la Salud (FACISALUD), Campus Tijuana, por su apoyo y las facilidades para la formación de su cuerpo docente.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Enfermería, por ser un ejemplo para la profesionalización de la Enfermería.

A la Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, por sus finas atenciones durante mi estancia internacional de investigación.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, mi directora de Tesis por su guía continua, por el tiempo y dedicación, en la formación de un nuevo Doctor.

A los miembros del jurado, Dra. Nora Angélica Armendáriz García, Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, Marco Vinicio Gómez Meza, PhD y Dr. Crispín Gigante Pérez, por toda su asesoría y sugerencias para la realización de esta tesis.

Al cuerpo docente que integra el Doctorado en Ciencias de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por participar en la formación de los doctores compartiendo su conocimiento y experiencia.

A los participantes del estudio por su tiempo e información proporcionada para el logro de esta tesis de doctorado.

Dedicatoria

A mi familia que durante todos estos años me han guiado, acompañado, por su apoyo permanente para mi superación, por su amor y por ser la motivación para realizar este plan de vida.

A mi madre por su vida, mi educación, apoyo y consejos. A mi hija y pareja por compartir este proyecto, por su comprensión y tolerancia en los momentos que estuve lejos. A mi hermana por su cariño y palabras que me acompañan en todos mis sueños y metas.

Resumen

Anzony Arturo Cruz González
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Octubre, 2021

Título del Estudio: MODELO EXPLICATIVO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS MIGRATORIO, AFRONTAMIENTO, BIENESTAR Y CONSUMO DE DROGAS EN MIGRANTES DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Número de páginas: 301

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio es analizar el comportamiento del Modelo explicativo de incertidumbre, estrés migratorio, afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), bienestar y consumo de drogas (alcohol y drogas ilícitas) en migrantes de la frontera norte de México. Es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, predictivo y de comprobación de modelo, la población estuvo conformada por personas migrantes mayores de 18 años de ambos sexos localizados en el Municipio de Tijuana y Tecate, B. C. El muestreo fue probabilístico con asignación proporcional al tamaño de los diez estratos que corresponden a cada casa de migrante, para una Regresión Lineal Múltiple de nueve variables, con un nivel de confianza de 95%, límite de error de estimación de .05, potencia de 90% y un tamaño de efecto de .07, considerando una tasa de no respuesta del 5%, obteniendo una muestra de 245 participantes. Se utilizaron nueve instrumentos de lápiz y papel y una cédula. La Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre de Freeston et al. (1994) ($\alpha = .95$), la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio de Arellanez, Ito y Reyes (2009) ($\alpha = .95$), el Cuestionario de Apoyo Social de MOS de Shokebumroong (1992) ($\alpha = .97$), la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed ($\alpha = .92$), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff ($\alpha = .80$), la Escala de Bienestar Social de Keyes ($\alpha = .82$) y el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol de Babor et. al., (1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) ($\alpha = .91$), por último, la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) ($\alpha = .73$ a $.89$).

Contribuciones y conclusiones: del primer objetivo, se observa que existe una relación negativa y significativa entre razones para migrar ($r_s = -.25, p < .001$), apoyo social ($r_s = -.12, p = .044$) con la edad. Se encontró diferencia significativa en dificultades durante la migración por sexo ($U = 3748.50, p < .001$) siendo mayor en el sexo masculino ($\bar{X} = 7.0, Mdn = 7.0$) que en el femenino ($\bar{X} = 4.9, Mdn = 4.0$). Se presentaron diferencias significativas del Índice de estrés migratorio de la partida ($U = 3898.50, p = .002$) por sexo, se reporta que las mujeres tuvieron medias y medianas más altas ($\bar{X} = 75.5, Mdn = 83.3$) en comparación con los hombres

(\bar{X} = 63.9, Mdn = 66.6). Se observó diferencia significativa en los índices de apoyo social por sexo ($U = 3666.00$, $p < .001$) siendo mayor en el sexo femenino (\bar{X} = 59.6, Mdn = 63.1) que en el masculino (\bar{X} = 41.7, Mdn = 38.8). También se mostraron diferencias significativas del Índice de espiritualidad ($U = 3874.00$, $p = .002$) por sexo y se observaron medias y medianas más altas en las mujeres (\bar{X} = 75.8, Mdn = 84.0) en comparación con los hombres (\bar{X} = 63.0, Mdn = 70.0). Del segundo objetivo, se observa una relación positiva y significativa entre apoyo social y bienestar psicológico ($r_s = .19$, $p = .002$). Se muestra una relación negativa y significativa de la espiritualidad ($r_s = -.21$, $p = .01$) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo). Se observó una relación positiva y significativa de la espiritualidad con el bienestar psicológico ($r_s = .44$, $p < .001$) y con bienestar social ($r_s = .19$, $p = .002$). Del tercer objetivo, se observa que el 23.8% ($IC95\%$ [16.7, 30.8]) reportó consumo sin riesgo, el 23.1% ($IC95\%$ [16.0, 30.0]) consumo de riesgo o dependiente y el 53.1% ($IC95\%$ [44.8, 61.4]) consumo perjudicial. El 53.7% de los que consumieron alcohol presentaron un nivel de riesgo bajo según el ASSIST, en cuanto al cannabis se presentó un nivel de riesgo bajo y moderado (35.6% y 35.6% respectivamente), en cuanto al consumo de cocaína, tranquilizantes y alucinógenos presentaron un nivel de riesgo bajo (40.7%, 41.0% y 40.0% respectivamente), sin embargo, el consumo de anfetaminas en los migrantes reportaron un nivel de riesgo alto de consumo (41.9%) y los inhalables un nivel de riesgo moderado (39.3%). Del cuarto objetivo, observa que el 77.6% ($IC95\%$ [72, 83]) habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 58.4% ($IC95\%$ [52, 64]) consumió alcohol en el último año, el 40.8% ($IC95\%$ [34, 47]) consumió en el último mes y el 28.2% ($IC95\%$ [22, 33]) en la última semana. Se observa que el 49.8% ($IC95\%$ [43, 56]) de los participantes habían consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida, el 41.2% ($IC95\%$ [35, 47]) consumió drogas ilícitas en el último año, el 35.1% ($IC95\%$ [29, 41]) en el último mes y el 31.4% ($IC95\%$ [25, 37]) consumió en la última semana. Se muestra la prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida según tipo de droga consumida, se observa que el 48.2% ($IC95\%$ [41, 54]) consumieron cannabis alguna vez en la vida, el 35.1% ($IC95\%$ [29, 41]) consumieron alguna vez en la vida cocaína, el 35.1% ($IC95\%$ [29, 41]) consumieron alguna vez en la vida anfetaminas u otro tipo de estimulantes, el 22.4% ($IC95\%$ [17, 27]) consumieron alguna vez en la vida inhalantes, el 31.8% ($IC95\%$ [26, 37]) consumieron alguna vez en la vida tranquilizantes o pastillas para dormir, el 18.4% ($IC95\%$ [13, 23]) consumieron alguna vez en la vida alucinógenos y el 29.0% ($IC95\%$ [23, 34]) consumieron alguna vez en la vida opiáceos. Del quinto objetivo, existe una relación negativa y significativa entre la espiritualidad con el AUDIT ($r_s = -.21$, $p < .011$), con el consumo dependiente o de riesgo ($r_s = -.24$, $p = .003$) y con consumo perjudicial ($r_s = -.21$, $p < .011$). De la primera hipótesis, se observa una relación positiva y significativa de las dificultades durante la migración ($r_s = .18$, $p = .004$) y la intolerancia a la incertidumbre. De la segunda hipótesis, se reporta una relación positiva y significativa de la intolerancia hacia la incertidumbre con el estrés migratorio ($r_s = .29$, $p < .001$). Se muestra que la intolerancia hacia la incertidumbre predice positivamente el estrés migratorio ($\beta = 47.829$, $p < .001$). De la tercera hipótesis, se observa efecto significativo del apoyo social y la espiritualidad de manera conjunta con el estrés migratorio ($F_{(1,244)} = 96.00$, $p < .001$). De la cuarta hipótesis, la espiritualidad explica el 5.3% el consumo de alcohol de bajo

riesgo, el 7.2% el consumo de drogas ilícitas, el 24.2% el bienestar psicológico y el 5.9% el bienestar social. La espiritualidad mantiene un efecto negativo y significativo ($\beta = -.246, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, efecto negativo y significativo ($\beta = -.086, p < .001$) con el consumo de drogas, un efecto positivo y significativo ($\beta = .397, p < .001$) con el bienestar psicológico y un efecto positivo y significativo ($\beta = .205, p < .001$) con el bienestar social. Del objetivo general, el modelo es significativo para las variables sexo, intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad ($F_{(1,245)} = 62.159, p < .001$), así mismo, se presentó significancia con el sexo ($F_{(1,245)} = 10.038, p < .001$), intolerancia hacia la incertidumbre ($F_{(1,245)} = 5.845, p < .001$) y la espiritualidad ($F_{(1,245)} = 20.799, p < .001$), las cuales explican el 10.3% del consumo de alcohol de bajo riesgo, el 20.1% del consumo de drogas, 26.1% del bienestar psicológico y el 9.7% del bienestar social. El sexo mantiene el efecto positivo y significativo ($\beta = 15.602, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, con el consumo de drogas ($\beta = 5.464, p < .001$). La variable de intolerancia hacia la incertidumbre mantiene el efecto positivo y significativo ($\beta = .039, p = .043$) con el consumo de drogas, efecto positivo y significativo ($\beta = .134, p < .005$) con el bienestar psicológico y con el bienestar social ($\beta = .187, p < .001$), no mantiene el efecto significativo ($p > .05$) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo). La espiritualidad mantiene efecto negativo y significativo con consumo de alcohol de bajo riesgo ($\beta = -.209, p < .001$), con el consumo de drogas ($\beta = -.069, p < .001$), presenta un efecto positivo y significativo ($\beta = .376, p < .001$) con el bienestar psicológico y con el bienestar social ($\beta = .191, p < .001$). El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería, a través de sustentar las proposiciones sustraídas, así mismo, contribuye en la generación de conocimientos que sustenten intervenciones que limiten y disminuyan el consumo de alcohol y drogas ilícitas o reduzcan los daños a causa de este consumo en personas migrantes.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas en la población migrante es un problema de salud pública, con graves repercusiones en el bienestar físico, psicológico y social, de los consumidores, genera sufrimiento en las familias y un gasto social elevado producto de la atención médica que requieren a causa de las consecuencias por este consumo. Las personas que consumen drogas demandan de mayor atención por parte de los servicios de salud, los que es posible no están preparados para esta demanda creciente, por ello la exigencia de contar con políticas públicas que permitan perfilar su intervención (Mendes y Luis, 2004).

Además, este consumo de drogas se ha indagado escasamente en población migrante y han considerado en estos, algunas características personales, familiares y contextuales, no obstante, este problema es cada vez más frecuente en México y no se ha abordado de forma integral el consumo de drogas en esta población, dado que este fenómeno es de trascendencia social en el país. El consumo de drogas en migrantes pudo iniciarse desde el país de origen, continuar con este consumo o incrementarse en el tercer país seguro como es el caso de México, lugar de espera para poder cruzar la frontera a los Estados Unidos, el que sería el país receptor final (Zukermann, 2019).

Lo anterior aumenta la problemática del consumo de drogas en la frontera norte del país, dado que una alta proporción de migrantes puede quedarse a residir en esta frontera, dada las políticas restrictivas de Estados Unidos de no permitir el ingreso de migrantes, incluso México detiene estas caravanas tanto en la frontera sur como norte, por acuerdo migratorio con Estados Unidos (Arellanez-Hernández, 2016; Sánchez-Huesca et al., 2006).

Algunos estudios realizados sobre el consumo de drogas en población migrante muestran en España (Tordable-Merino et al., 2010) en particular en Castilla y León,

Valladolid, que la heroína es la droga de mayor consumo entre los migrantes que procedían de Portugal con un 75% y la cocaína para los de América Latina con un 48.3%. En Estados Unidos en el 2016 se identificó el consumo de drogas en el último año comparado con su experiencia migratoria; el 33.6% refiere un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas mientras residía en Estados Unidos. Respecto a las drogas ilícitas, 46.3% fueron usuarios de drogas en México, el 34% consumieron drogas ilícitas tanto en México como en Estados Unidos, y el 17.7 % iniciaron con el consumo de drogas ilícitas en los Estados Unidos (Arellanez-Hernández, 2016).

López Tamayo et al. (2016) realizaron un estudio sobre consumo de drogas en 131 migrantes latinoamericanos, donde documentó que el 23.1% consume alcohol de manera habitual, el 15.9% consume drogas ilícitas (heroína, opiáceos y/o analgésicos), el 12.7% consume cocaína, el 7.9% cannabis y/o anfetaminas, el 31.7% alcohol y una o más drogas y el 7.9% más de una droga pero sin consumo de alcohol.

Además, se documentó en el estudio de López Tamayo et al. (2016) referente a la edad una media de 39.1 ($DE = 10.9$) y respecto al sexo, una diferencia porcentual de 96.8% en el caso del sexo masculino en contraste del 3.2% del sexo femenino. Como se observa el consumo de drogas licitas e ilícitas está presente en población migrante desde el país de origen, durante su trayecto al tercer país seguro y en el país receptor, sin embargo, la información no es del todo completa y se desconocen los factores determinantes de este consumo de drogas.

Además, este consumo de drogas con tendencia incremental en la frontera norte del país afecta no solo a los migrantes que consumen drogas, sino también se generan problemas sociales en esta zona fronteriza por lo que se requiere de un conocimiento integral, más amplio de este fenómeno para poder proponer a futuro intervenciones de enfermería dirigidas a limitar o reducir el daño que provocan el consumo de drogas en este grupo que cada vez aumenta en México.

Adicionalmente se puede indicar que los datos epidemiológicos del consumo de drogas en la población migrante no se indagaron en las últimas Encuestas Nacionales de Adicciones desde 2002 hasta el 2016-2017, por ello no se cuenta con un perfil epidemiológico de este consumo por edades, género, lugar de procedencia, prevalencias de consumo por tipo de droga entre otros. (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT] 2002, 2016-2017).

No obstante, dado la ausencia de datos epidemiológicos de consumo de drogas en migrantes se consideran datos de población general de México de 15 a 64 años de edad; donde se reconoce que el consumo de drogas es un fenómeno que se incrementa año con año, y se estima que la prevalencia alguna vez en la vida de drogas ilícitas en la población total en México aumentó significativamente entre el 2011 y el 2016, en el caso del consumo de cualquier droga se incrementó de 7.8% al 10.3% y de drogas ilícitas de 7.2% al 9.9% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] y Secretaría de Salud [SS], 2017^a).

La prevalencia de consumo de alcohol en el último año en el año 2016 en la población de 12 a 65 años fue de 49.1%; en los hombres la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 80.1% y en el caso de las mujeres de 62.6%. Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol excesivo en el último mes en la población total es de 19.8%; en el caso de los hombres es de 29.9% y en las mujeres es de 10.3% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] y Secretaría de Salud [SS], 2017^a).

La tendencia de los incrementos de cualquier tipo de droga ilícita como opiáceos, marihuana, cocaína, crack o piedra, inhalables, heroína, y metanfetaminas, no ocurre de forma igualitaria en el territorio nacional, cifras de la Comisión Nacional contra las

Adicciones para el año 2016, reportan entre los estados con un aumento superior a la prevalencia de consumo en el último año nacional que fue de 9.9%, y los estados con más alta prevalencia son: Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5%). En este último estado fronterizo las sustancias ilícitas más consumidas fueron marihuana, cocaína y metanfetaminas (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] y Secretaría de Salud [SS], 2017^a).

En los Estados Unidos los migrantes mexicanos y latinos tienen mayor acceso al alcohol y a las drogas ilícitas por estar expuestos a normas liberales sobre el uso de sustancias, a un mercado más diversificado de las drogas, una posible disminución del costo de algunas sustancias, una mayor disponibilidad de las sustancias. Además, el poder contar con mayores recursos económicos probablemente se incrementa el riesgo de consumir y abusar de las sustancias (Arellanez-Hernández, 2016).

Un estudio realizado en México en pacientes en tratamiento por trastornos derivados del consumo de drogas se ha encontrado que aquellos con experiencia migratoria consumen mayor cantidad y variedad de drogas como alcohol, marihuana o cocaína al compararse con quienes no tuvieron experiencia migratoria. Sin embargo, en la actualidad son escasos los estudios sobre consumo de drogas en personas migrantes en la frontera norte de México con Estados Unidos y cuáles serían los determinantes con mayor peso en este consumo (Borges et al., 2007).

Existe una amplia gama de consecuencias negativas a la salud y de tipo social por el consumo de drogas, que perjudican la vida y el futuro de la persona consumidora, familia, amigos y de las personas que lo rodean. El impacto de la migración y el consumo de drogas afecta a las familias, y puede causar más daño y dolor que cualquier otra influencia interna o externa a la familia, debido a que se somete a todos los miembros a la tensión y a diversos miedos como el abuso físico, verbal o emocional, la falta de recursos para atender las necesidades de la familia, el no saber la ubicación y las

condiciones de vida del migrante genera una incertidumbre sobre su vida actual y futura. Además, lo anterior puede devastar y producir sufrimiento de indefensión en el individuo migrante (Ackerman, 2000; Alonso et al., 2008; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2013; Rosovsky, 2009).

El consumo de drogas por parte de la persona migrante, afecta a la población en la que residen de forma temporal o permanente, en el caso de México se ha observado efectos destructivos como consumir drogas, tener sexo sin protección, en individuos no migrantes en ambos géneros. Lo anterior es consecuencia del proceso de consumo donde es probable se cometan actos delictivos como el robo, la violencia, el trabajo sexual o la venta y comercialización de drogas, estas consecuencias sociales tienen el objetivo de poder solventar las necesidades económicas de sobrevivencia y para continuar sosteniendo el consumo de drogas mientras permanecen en espera de continuar el proceso migratorio (Sánchez-Huesca et al., 2006).

La dependencia al consumo de drogas lícitas e ilícitas requiere de atención de los servicios de salud, la enfermería se encuentra en una posición única que le permite contribuir desde su rol en Atención Primaria, en la reducción del consumo, en la atención del daño, así como en la modificación de estilos de vida nocivos para la salud, además, de fortalecer los factores de protección en diversos grupos como en los migrantes. Por lo anterior los cuidados preventivos y de promoción de la salud son de interés para este profesional ya que le permite aplicar intervenciones holísticas en diversas poblaciones como los migrantes (González-López et al., 2012).

En relación con las características de la migración, se reconoce que cada persona que migra tiene un motivo particular para abandonar su país de origen, algunos investigadores han identificado factores en común como: la mejoría de las condiciones económicas (Fassmann y Münz, 1994; Rumbaut, 1994) y el deseo de encontrarse y vivir nuevamente con sus familiares y amigos establecidos previamente en el país receptor (Massey, 1999).

La migración es tan antigua como los seres humanos, la literatura sobre migración informa que los movimientos de población siempre han sido una respuesta a la supervivencia, a la búsqueda de nuevos horizontes, y del cual la humanidad se ha beneficiado porque ha permitido el desarrollo de los pueblos. Si bien la migración tiene intenciones positivas como los antes señalados, también produce diversos problemas particularmente en migrantes indocumentados, que están escasamente calificados, que buscan salir de su país de origen por problemas de violencia social, falta de empleo y son quienes realizan mayores esfuerzos en la búsqueda de nuevas condiciones de vida en los países de destino (Moya y Finkelman, 2007).

Según estimaciones a nivel mundial entre 30 y 40 millones de migrantes ilegales en la mayoría de los casos están sometidos al tráfico de personas y de drogas, por otra parte tienen que atravesar varios países utilizando diversos medios de transporte, con diversos climas y condiciones de viaje que aumentan el riesgo de pérdida de su salud y su vida (Moya y Finkelman, 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2006).

La migración afecta los ámbitos individuales, sociales y familiares, generando un sentido de incertidumbre que demanda de procesos de afrontamiento y de cambios en los estilos de vida. Ante la ausencia de recursos positivos de afrontamiento esto se reflejará en la presencia del estrés, conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual, además, de trascender al área de la adicción a las drogas, en específico al abuso de drogas lícitas e ilícitas (Sánchez-Huesca et al., 2006).

Las características de la migración implican que las personas en proceso de migrar traen consigo diversas pautas de comportamientos, valores, creencias y percepciones acerca de consumo de drogas (Du Pont et al., 2005). Además, el proceso de migración influye en la presencia de factores relacionados con el consumo de sustancias como el estrés, ansiedad y angustia (Alaniz, 2002; Sánchez-Huesca et al., 2006).

Se ha observado que estas características de la migración influyen en el denominado “estrés migratorio”; además, de generar síntomas emocionales en el individuo como ansiedad y depresión que tienen implicaciones en la salud, en la desestructuración de la familia y se convierte en un factor de riesgo para el consumo de drogas, por lo que se inhibe o reduce el bienestar en su nueva situación de vida (González López et al., 2012; Muñoz Rivas y Graña-López, 2001; Tortajada et al., 2008).

Por lo anterior se podrían incrementar las tendencias de abuso de drogas en el país y la demanda de mayores servicios de salud para atender, las consecuencias derivadas del consumo de este grupo de migrantes. Se calcula que de la población migrante internacional según su lugar de destino un 89.4% se dirigen hacia los Estados Unidos indicando los grandes desafíos que esto significa para la salud, los derechos humanos y las políticas públicas para el país (Zukermann, 2019).

Las características de la migración generan en el individuo que vive esta experiencia una incertidumbre derivada del tránsito entre ciudades o países lo que los expone a múltiples factores de riesgo. Además, de que una alta proporción de migrantes viaja solo con la intención de generar recursos para aportar a su familia, sin embargo, se presenta en ellos un sentimiento de incertidumbre sobre, si podrá llegar a su destino, si será factible conseguir un empleo que le permita enviar el recurso a su familia mostrándose vulnerable por no tener certeza de su futuro inmediato (Williams y Balaz, 2012; Arango, 2003).

En algunos estudios se ha enfatizado que la incertidumbre genera altos niveles de estrés que pueden experimentar los migrantes en este largo proceso. Es importante destacar que la evidencia localizada es escasa y en razón de esto se hace uso de estudios de más de 10 años; por ello se sostiene la necesidad de indagar la problemática del consumo de drogas en personas migrantes en virtud del actual fenómeno que se experimenta en México que es la llegada de caravanas de migrantes que tienen

necesidades y problemas particulares entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas (Al-Issa, 1997; Arbona et al., 2010; Bacallao y Smokowski, 2007; Berry, 2001; Bhugra, 2004; Boneva y Frieze, 2001; Garcia y Lindgren, 2009; Kosic, 2004; Parrado y Flippen, 2005; Torres y Rollock, 2004).

Se ha observado también que los migrantes tienen mayor probabilidad de experimentar altos niveles de estrés migratorio cuando las habilidades y recursos con los que cuenta para lograr su adaptación a la nueva sociedad no producen los resultados que esperan (Torres y Rollock, 2004). En un estudio realizado con migrantes hispanos que residían en Estados Unidos mostró algunas características particulares de la migración como el miedo a la deportación, la discriminación, la falta de dominio del idioma, el estatus migratorio y la separación de la familia, los que están fuertemente relacionados con la incertidumbre y a su vez con altos niveles de estrés migratorio y consumo de drogas (Arbona et al., 2010).

El estrés que experimenta la persona que migra puede colocarla en una situación de vulnerabilidad y la forma como puede afrontar este malestar emocional, puede facilitar en ocasiones su bienestar y en otras la ubica en una condición de riesgo de salud y de supervivencia. Además, la movilidad de las personas desde su lugar de origen hasta el lugar de destino conlleva a múltiples cambios personales y familiares que les puede implicar mayores riesgos (Arellanez-Hernández, 2016).

La teoría cognitiva del estrés y afrontamiento (Folkman et al., 1986) señala que es probable que los individuos (migrantes) experimenten estrés cuando se encuentran ante eventos o circunstancias que consideran perjudiciales y que pueden ser potencialmente angustiantes, preocupantes y afectar su adaptación o bienestar. Además, el estrés migratorio se refiere a la reacción emocional, preocupación o mortificación que se desencadena por la evaluación individual de eventos y circunstancias específicas en su vida durante el proceso de migrar (Berra et al., 2014).

En este sentido Mishel (1988) considera en su Teoría de la Incertidumbre que los individuos pueden estar en una condición de vulnerabilidad ya sea por enfermedad, evento estresante de la vida o conducta de riesgo y explica como los algunos factores o estímulos influyen en la incertidumbre y esta genera estrés que puede ser superado a través del afrontamiento, en razón de este planteamiento inicial se considera esta Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad (Mishel, 1988), apropiada para el estudio del consumo de drogas en población migrante. Por lo anterior la Incertidumbre es un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona (migrante) para estructurar o determinar el significado de los hechos o acontecimientos relacionados a una enfermedad o conducta (consumo de drogas).

Con base en este concepto y siguiendo la teoría surge para este estudio la intolerancia hacia la incertidumbre que es un estado cognitivo que se caracteriza por la falta de información o la percepción de que la información que recibe es ambigua, cuando se enfrenta con una variedad de señales no conocidas (características de la migración), complejas o incongruentes que dificulta estructurar el significado de estas señales y la tendencia a creer que el futuro es incierto y negativo (Buhr y Dugas, 2002; Freeston et al., 1994); la intolerancia hacia la incertidumbre influye en la generación del estrés de la persona migrante (González et al., 2006).

La intolerancia hacia la incertidumbre determina que el individuo (migrante) no puede dar valores definidos a los hechos que está experimentando (características de la migración) por lo que no puede predecir con cierta precisión los resultados, todo esto motivado por la falta o ambigüedad de información. Por lo tanto, la intolerancia hacia la incertidumbre puede ser valorada como un peligro que implicaría daño (González et al., 2006).

La valoración de peligro se construye a partir de las características de la personalidad (destrezas y comportamientos), de las creencias generales acerca de sí mismo y de la relación que tiene la persona con el ambiente. Por ello al considerar

peligro se desencadena el estrés migratorio que es una experiencia humana subjetiva derivada de la falta y ambigüedad de información, impredecibilidad, inseguridad y la duda acerca de las circunstancias que rodean la migración (Mishel, 1988).

Las estrategias de afrontamiento que son empleadas para reducir la intolerancia hacia la incertidumbre, y el peligro (estrés migratorio) pueden ser efectivas y ocurre el bienestar. Sin embargo, para que sean efectivas estas estrategias de afrontamiento, deben dirigirse a los eventos o circunstancias que generan respuestas o trastornos emocionales como el estrés migratorio, la depresión y la ansiedad (Mishel, 1990; Nureña, 2011).

La exposición al estrés es psicológicamente angustiante y preocupante, cuando no se cuenta con los recursos emocionales para afrontarlo, puede influir en el consumo y abuso del alcohol y drogas ilícitas (Armendáriz et al., 2012; Barnes, 2013; Keyes, Hatzenbuehler y Hasin, 2011; Kim et al., 2014). Además, se puede indicar que el tipo de evento, así como el tiempo de duración, frecuencia y características de la migración y la severidad de la tensión experimentada determinará el tipo de drogas consumida y los trastornos derivados del abuso y dependencia a las drogas (Keyes et al., 2013; Fuller y Warner, 2000).

Se han identificado las estrategias de afrontamiento como el apoyo de la familia o de los amigos, así como, la espiritualidad que incluye rezar, meditar, leer la Biblia, son los recursos más utilizados por comunidades de migrantes para afrontar el estrés (Covington-Ward, Agbemenu y Matambanadzo, 2018). La ambigüedad, complejidad, información deficiente y la falta de predicción (Mishel, 1983) acerca del proceso y características de migración determina la intolerancia hacia la incertidumbre que puede ser valorada como peligro generando el estrés y requiriendo de estrategias de afrontamiento (Sung y Bernstein, 2017).

De acuerdo con la literatura las estrategias de afrontamiento tienen un papel crítico por que actúan como mediadores entre la intolerancia hacia la incertidumbre y el bienestar que para este estudio se considera como bienestar físico, psicológico y social

de un individuo; además, influye en la relación mediadora entre el estrés migratorio y el bienestar subjetivo (Castaño y León del Barco, 2010; Yoffe, 2005, 2015). El afrontamiento, además, tiene implicaciones clínicas en los individuos dado que fortalece el desarrollo de conductas de promoción de la salud y del bienestar. Se señala que el bienestar se produce a través de la influencia de las estrategias de afrontamiento como: apoyo social, familiar, espiritualidad y religiosidad (Castaño y León del Barco, 2010).

El bienestar implica cambio de comportamiento psicosocial hacia una nueva perspectiva de la vida, tras un proceso de afrontamiento efectivo de la incertidumbre. Para este estudio se utilizarán el marco de estímulos (características de la migración) la fase de la valoración (intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio), la tercera fase o afrontamiento (espiritualidad y apoyo social) y el bienestar (físico, psicológico y social). Se observa que, para responder al estrés migratorio, las personas utilizan una amplia gama de estrategias de afrontamiento, que los pueden conducir al bienestar o bien utilizar estrategias no adaptativas, como el consumo de alcohol y de drogas ilícitas que pueden conducir al no bienestar (Kuo, 2014).

El apoyo social se ha identificado como estrategia de afrontamiento, porque actúa de manera positiva en el mantenimiento de las relaciones sociales y el bienestar del individuo (migrante); como redes de apoyo tradicional (amigos, familia y otros migrantes) que son la fuente principal de ayuda. Por ello la falta de apoyo social acentúa en el caso de la migración el estrés migratorio y la incertidumbre ya que al no existir los vínculos sociales con aquellos que podrían ser su apoyo y los puede predisponer a factores de riesgo como el consumo de drogas. Además, el apoyo social incrementa la autoestima y el autocontrol actuando como estrategia de afrontamiento ante el estrés migratorio (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Terol et al., 2004).

La espiritualidad es otra estrategia de afrontamiento y se ha observado, que las creencias y la búsqueda de un Ser Supremo más allá de los límites observables ayuda a la reflexión, así como el apego a la fe, pueden influir en minimizar el sufrimiento y tener

esperanza frente a diversos problemas que pueden ser angustiantes como el deseo de hacer cambios en las conductas adictivas y ante el tratamiento de la dependencia al alcohol (AA, 2014; Galaviz y Pérez, 2011; Guerrero et al., 2011; Gutiérrez, 2014).

La espiritualidad en la población migrante surge como mediador para el bienestar en la nueva situación migratoria y provee una nueva realidad social y ayuda a asimilar la reconstrucción de una nueva vida en otra comunidad en personas que se han desplazado. La espiritualidad ayuda en la comprensión de los riesgos a los que está expuesto durante la migración, además, ayudar a tomar decisiones responsables como el enfrentar los cambios sociales y evitar el consumo de drogas (Gómez, 2012). Además, la espiritualidad también ayuda aliviar o mitigar los eventos estresantes, de esta manera la espiritualidad es un recurso que coadyuva al bienestar y evita el involucramiento con conductas de riesgo (Yoffe, 2005; 2015).

En la experiencia comunitaria del autor principal del estudio se ha identificado que la población migrante asentada en la frontera norte (Tijuana y Tecate) está expuesta a múltiples factores como el miedo a no poder ingresar a los Estados Unidos, la falta de recursos para subsistir mientras puede cruzar la frontera, someterse al maltrato de diferentes personas y autoridades, y el temor a la deportación entre otros; además, se ha observado que algunos de estos elementos pueden contribuir al consumo y abuso de drogas ilícitas. Es importante indicar que existen Casas de Migrantes en Tijuana y Tecate, Baja California que son dirigidas por religiosos, donde se fomenta de alguna forma la espiritualidad y religiosidad, no obstante, no existen estudios sobre estas variables en esta población.

La Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1988; 1990) se consideró apropiada para este estudio dado que permite indagar este fenómeno del consumo de alcohol y drogas ilícitas en migrantes a partir de sus proposiciones, de esta manera se espera contribuir al conocimiento científico al verificar empíricamente algunas de las proposiciones de esta teoría de enfermería.

Por lo anterior, el propósito del estudio es analizar el comportamiento del modelo de características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar y consumo de drogas (alcohol y drogas ilícitas) en migrantes de la frontera norte de México.

Lo anterior permitirá a futuro diseñar e implementar innovadoramente intervenciones de enfermería que limiten y disminuyan el consumo de alcohol y drogas ilícitas o reduzcan los daños a causa de este consumo en personas migrantes. Así mismo, los resultados de este estudio deben ser compartidos con las autoridades responsables de políticas públicas en el área del consumo de drogas licitas e ilícitas en población migrante, con la confianza que sea útil para diseñar políticas y programas para este grupo de población.

Marco Teórico Conceptual

En este apartado se describe el marco teórico que sustenta el presente estudio que se construye a partir de la Teoría de Rango Medio (TRM) incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel (1988). La TRM incertidumbre ante la enfermedad ha sido ampliamente utilizada por profesionales de enfermería para el estudio de la incertidumbre en pacientes con enfermedades crónicas como virus de inmunodeficiencia humana (Nureña, 2011), cardiopatías (Achury y Achury, 2011), cáncer de mama (Zhang, Kwekkeboom y Petrini, 2015) diabetes mellitus (Gómez y Durán, 2012) y en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (Brevis y Silva, 2011).

De igual forma se ha utilizado en cuidadores de niños enfermos (Pirilla et al., 2012), padres de niños con enfermedades graves y cáncer (Madeo et al., 2012; Nájera et al., 2010), también ha sido utilizada para medir la calidad de vida en pacientes con incertidumbre (Torres y Sanhueza, 2006) y se ha utilizado en un estudio realizado en mujeres participantes de grupo Al Anon que conviven con un familiar cercano con problemas de dependencia al alcohol (Hinojosa, 2017).

Por lo anterior y al analizar los conceptos que integran la teoría, estos tienen aplicación en el fenómeno de la intolerancia a la incertidumbre y estrés migratorio que pueden afectar el bienestar y el consumo de drogas en la población migrante. No obstante, no se han localizado estudios con esta teoría en personas migrantes que puedan consumir drogas por estar sometidas a la intolerancia a la incertidumbre y al estrés migratorio.

Marco de estímulos

Esta corresponde a la fase de antecedentes de la incertidumbre incluye los conceptos de: tipología de los síntomas, el cual hace referencia al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración repetitiva. La familiaridad de los hechos es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves que se reconocen como familiares que permiten asociarlos con eventos de la memoria y su significado pueda ser determinado. El otro componente es la coherencia de los hechos el cual se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad o la condición, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión (Mishel, 1988).

Incertidumbre

La TRM Incertidumbre ante la Enfermedad tiene como propósito lograr que el individuo con una enfermedad crónica, o sus familiares acepten la incertidumbre como parte de su vida y como una oportunidad de afrontar la enfermedad o alguna condición de vida o conducta con una nueva visión. Esta es una teoría empírica de enfermería, y fue construida para ayudar a explicar los factores estresantes ante una enfermedad crónica o con potencial de recurrencia; o bien una condición de gravedad como sería el consumo de drogas en personas migrantes (Mishel, 1988).

Esta TRM evalúa cuales son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad o alguna condición ya sea propia o la de un ser querido. Así mismo, Mishel

declara que la incertidumbre percibida es un juicio acerca de un evento o situación que es juzgada como incierta cuando no puede ser adecuadamente estructurada o categorizada porque el individuo carece de información suficiente para ello, pues la persona percibe una situación basándose en la interpretación de factores que tienen relación con ella y de su significado para evaluarla.

La incertidumbre que ocurre puede obstaculizar una clara evaluación de una situación, afectar el bienestar y de tomar decisiones de un individuo. Las causas pueden tener relación con la naturaleza del evento, las características del individuo involucrado, o debido a la combinación de ambos. Las características de incertidumbre son a la vez fuentes de incertidumbre.

La incertidumbre tiene cuatro dimensiones: 1. Ambigüedad, la cual se relaciona con el estado de enfermedad o de la condición, 2. La complejidad con relación al tratamiento y sistema de cuidado, 3. La falta de información acerca del diagnóstico y seriedad de la enfermedad o condición y 4. La falta de predicción sobre el curso de la enfermedad o la condición que se vive y el pronóstico. El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales: antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y el afrontamiento de la enfermedad (Brevis y Silva, 2011).

La incertidumbre aparece en situaciones donde el individuo debe de determinar acciones, pero no tiene noción del alcance que puedan tener por la falta de información, la incertidumbre es vista como un componente negativo y es un factor que influye en el estrés psicológico (Mishel, 1988). Por ello un alto nivel de incertidumbre vulnera la capacidad para implementar estrategias de afrontamiento efectivas que hagan frente a las situaciones, tales como la educación de los sucesos que los aquejan, el control de su entorno e incluso lo hace vulnerable a la aparición de otros efectos negativos (Torres-Ortega y Pena-Amaro, 2015).

Como consecuencia de la incertidumbre será necesario apoyo específico para aumentar la autonomía y la autoeficacia en la gestión y tratamiento de soportar las

cargas emocionales de las incertidumbres futuras y las interrupciones de estilo de vida ya que los determinantes de la incertidumbre pueden ser factores biológicos, psicológicos o sociales; la adaptación va a depender de la evaluación global de la incertidumbre (Giammanco et al., 2014).

Inferencia

La inferencia se refiere a las creencias de sí mismo y su relación con el medio, así como a la forma en que las personas lidian con los principales eventos de la vida. Estas creencias se utilizan para hacer frente a la incertidumbre, por ejemplo, en un proceso de enfermedad algunos sucesos suelen ser impredecibles y tienen falta de claridad en los hechos o bien los eventos de la vida que también son impredecibles y son poco objetivos, por tanto, estos hechos pueden identificarse como peligrosos.

Cuando las señales de dominio son extremadamente ambiguas, los mecanismos de control internos o externos se activan ante situaciones de esta naturaleza, para las personas que tienen experiencias pasadas, y que consta como conocimiento general se utiliza para identificar ejemplos de situación similares que cuando su resultado es de beneficio facilita la evaluación de la incertidumbre, por tanto entre mayor sea la similitud con la situación actual, mayor será la influencia sobre la incertidumbre.

La inferencia también puede surgir al generalizar comunicaciones inmediatas o señales textuales, sin embargo, la disposición hacia el control se verá influenciada y dependerá de la amenaza o la calidad de los eventos ambiguos.

Afrontamiento

El afrontamiento constituye la tercera fase del modelo, se dirige a reducir la incertidumbre si esto es posible y a lograr la adaptación, mediante el manejo de las emociones generadas por esta evaluación de peligro (estrés migratorio). Una de las estrategias de afrontamiento es la movilización dentro de la cual se encuentra la búsqueda de información. Una segunda estrategia para reducir la incertidumbre es el estar en contacto con otras personas que se han enfrentado a la misma situación; por

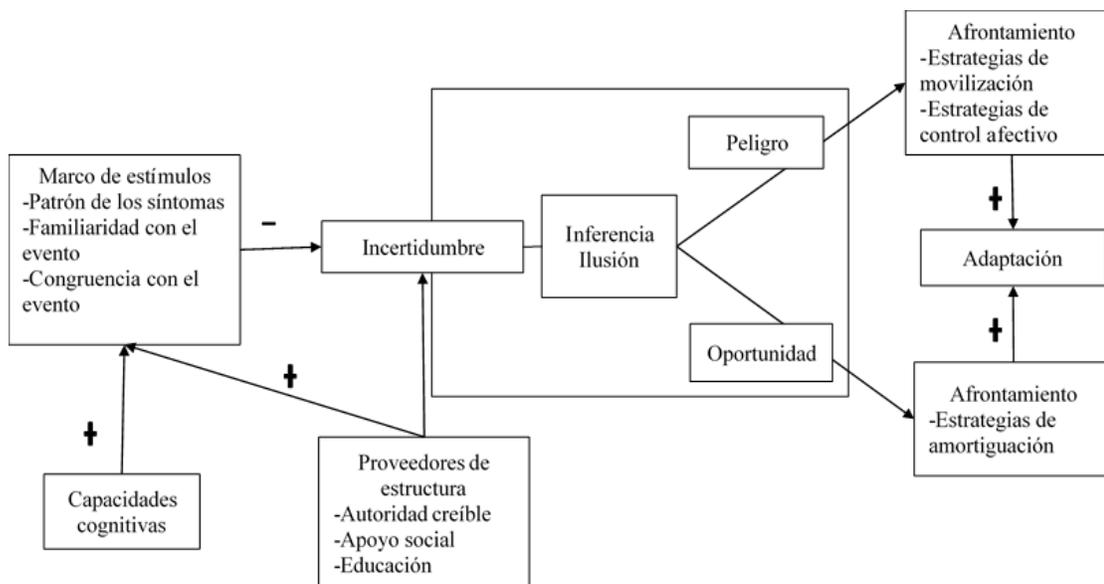
ejemplo, los grupos de apoyo o asociaciones de enfermos y familiares. Otro mecanismo de afrontamiento es el manejo del afecto y dentro de sus componentes se encuentra la fe o espiritualidad.

El afrontamiento hace referencia a los mecanismos que favorecen la adaptación del individuo, son factores cognitivos-conductuales que se modifican durante el desarrollo con el fin de responder a las necesidades tanto internas y externas que sobrepasan los recursos del individuo para hacerles frente a dichas situaciones (Gómez-Fraguela et al., 2006).

Las estrategias de afrontamiento que implementan los individuos se establecerán por medio de la percepción o la evaluación de las situaciones (evaluación primaria) y los mecanismos para solventar las situaciones (evaluación secundaria). Al establecer la relación de las estrategias de afrontamiento con problema emocionales, aumenta el uso de estas estrategias enfocadas en la reducción de los agentes estresantes (Autoayuda, recibir consejería y mantener hábitos de cambio, la fe y la espiritualidad, buscar información y obtener apoyo social) (Horta et al., 2016; McCann y Lubman, 2018).

Adaptación.

Mishel (1988) reconoce la adaptación en términos biológicos y del comportamiento, (psicológico y social) resultando en una nueva perspectiva de vida de la persona, tras un proceso de afrontamiento efectivo de la incertidumbre y del estrés. Dentro del afrontamiento se consideran en este estudio el apoyo social y la espiritualidad transitando gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de una forma nueva de valorar la vida. Aceptando la incertidumbre como parte de su realidad y consiguiendo la adaptación mediante un afrontamiento efectivo.

Figura 1*Esquema de la Teoría de M. Mishel*

Análisis de las declaraciones filosóficas y la visión del mundo

El análisis de las declaraciones filosóficas coadyuva a identificar lo que los integrantes de una disciplina consideran verdadero respecto a los fenómenos de estudio. La visión del mundo se establece de la relación entre el ser humano y el medio ambiente. Además, permite conocer hacia dónde dirigir los esfuerzos para el desarrollo del conocimiento científico de los fenómenos particulares, las características esenciales en relación con las acciones y prácticas y la relación que existe entre los seres humanos y el medio ambiente (Fawcett, 1999).

Declaraciones filosóficas y la visión del mundo de la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad

La teoría del caos es una corriente filosófica, que parte de la base de una premisa que descontextualiza la lógica positivista, los conceptos difieren del enfoque tradicional de la ciencia como estabilidad, el orden, la uniformidad, el equilibrio y la preocupación por los sistemas cerrados y las relaciones lineales (Pool, 1989). La teoría del caos es una

de las bases de la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad, expone que la incertidumbre considera al entorno en alguna condición crónica, evento de la vida que pueden ser potencialmente mortales y es suficiente para causar una fluctuación que amenaza a la organización preexistente, y lleva a la persona a desequilibrio (Mishel, 1988; 1990).

La incertidumbre al principio fue la fuente de la fluctuación y la interrupción, más adelante se convierte en la base sobre la cual se construye un nuevo sentido del orden. El nuevo estado de orden tiene una nueva visión del mundo que incluye el pensamiento probabilístico y condicional. Para desarrollar un pensamiento probabilístico, la naturaleza de la incertidumbre debe aceptarse como el ritmo natural de la vida. La nueva visión de la vida permite cambiar la evaluación de la incertidumbre del peligro a la oportunidad. Esta nueva visión de la incertidumbre como un fenómeno natural es una nueva visión del mundo en la que la inestabilidad y la fluctuación son naturales y aumentan el rango de posibilidades en la persona (Mishel, 1990).

La teoría contiene conocimientos que se derivan de los abordajes de enfermería y otras ciencias afines, de los fenómenos clínicos y sociales, derivados del campo de la práctica y ofrece una perspectiva interaccionista para explicar el proceso de la experiencia ya sea enfermedad o de los eventos y circunstancias de la vida que experimenta el individuo (Mishel, 1990).

Substracción Conceptual-Teórica-Empírica (C-T-E)

La técnica de Substracción C-T-E se utiliza para analizar los componentes estructurales de una teoría, la cual es utilizada para determinar lo que dice un Modelo Conceptual o una Teoría de Rango Medio (TRM); permite la identificación de los conceptos y las proposiciones que determina, así como la identificación de un método empírico para la investigación. El resultado de la Substracción C-T-E es una versión clara, concisa y gráfica de la estructura de los componentes de la teoría; esta técnica está compuesta por cinco pasos: 1) la identificación de conceptos, 2) la clasificación de los

conceptos, 3) la identificación y clasificación de las proposiciones, 4) el orden jerárquico de proposiciones y 5) la construcción del diagrama (Fawcett, 1999).

Paso 1: identificación de conceptos

El primer paso en la Substracción C-T-E es la identificación de los conceptos (Fawcett, 1999); para el presente estudio se seleccionó la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad en virtud de que permite comprender como el individuo alcanza la adaptación en medio de situaciones difíciles derivadas de las características de la migración y el estrés migratorio. La teoría está compuesta por tres conceptos principales: marco de estímulos (características de la migración) valoración que incluye incertidumbre (intolerancia hacia la incertidumbre), inferencia/peligro (estrés migratorio), afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) y adaptación que para este estudio será el bienestar (físico, psicológico y social).

Paso 2: la clasificación de los conceptos

Los conceptos se clasificaron de acuerdo con el continuum de observabilidad de Kaplan (1964), que indica qué tan directamente es observable un fenómeno. De acuerdo a este continuum, el marco de estímulos las características de la migración se midió con dos subescalas del Cuestionario de Migración del Módulo sobre Migración de la Encuesta Nacional del Empleo (INEGI, 2002). La intolerancia hacia la incertidumbre se considera un concepto observable indirecto, debido a que no es posible observarla de manera directa, pero sí es posible derivarla, inferirla o documentarla por otros medios.

Para este estudio el medio observable de aproximación a este concepto será a través de Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre de Freeston et al. (1994), adaptada al español por González et al. (2006). De igual modo el estrés migratorio es considerado como un concepto observable indirecto, y será inferido por medio de la escala de Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio (OIEM) de Arellanez, Ito y Reyes, 2009.

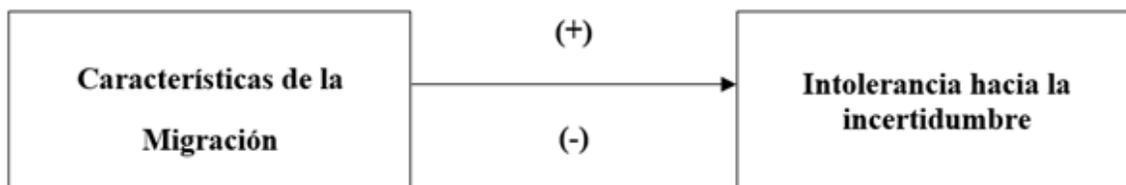
La espiritualidad se considera como un concepto observable indirecto, y será inferido a través de la Escala de Perspectiva Espiritual SPS (por sus siglas en inglés) de Reed, 1983. Así mismo, el apoyo social es considerado como un concepto observable indirecto, ya que constituye un fenómeno que no puede ser observable directamente, pero puede ser inferido mediante el Cuestionario de Apoyo Social de MOS [Medical Outcomes Study-Social Support Survey], de Shokebumroong (1992).

De igual forma, el bienestar físico se representará como la conducta de consumo de alcohol de bajo riesgo con las preguntas de 1 a 3 del AUDIT de Babor et. al., 1989 adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) y el consumo de drogas evaluado por el Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). Así mismo, el bienestar psicológico se considera un concepto observable indirecto y será medido a través de la escala de bienestar psicológico de Ryff, (1989). El bienestar social, se considera un concepto observable indirecto, que es inferido por medio de la escala de bienestar social de Keyes, (1998).

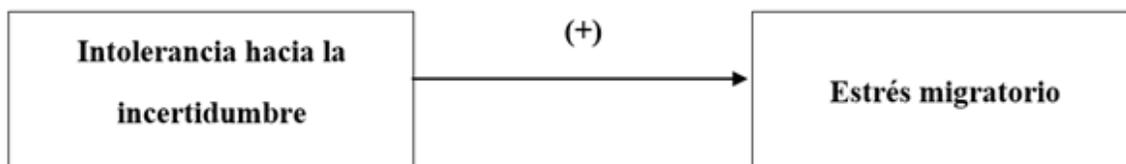
Paso 3: la identificación y clasificación de las proposiciones

Son enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría. En este caso, las proposiciones originales de la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad, así como las proposiciones de la Substracción C-T-E que se utilizaran son:

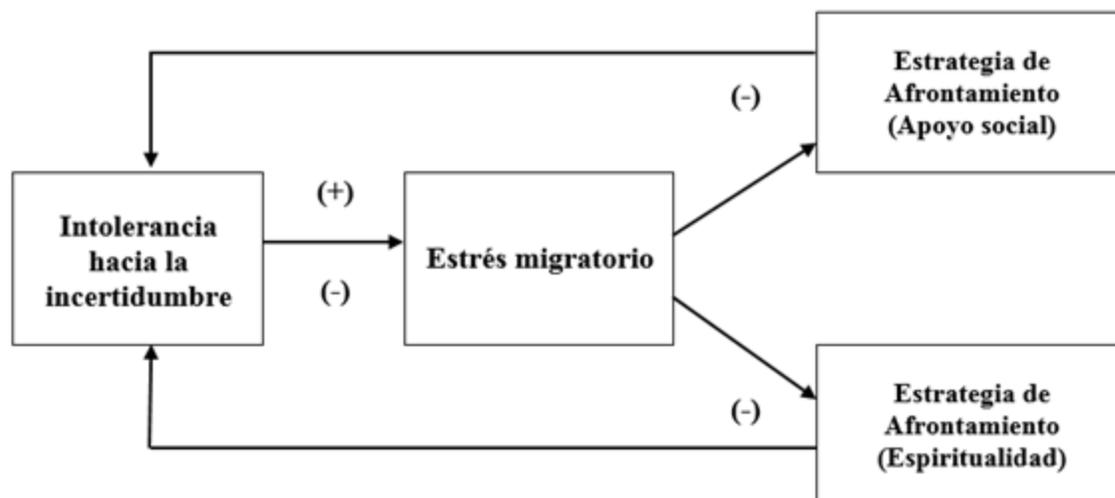
1) El marco de los estímulos ofrece la información que el migrante procesa para construir el significado de los eventos. Por lo que la primera proposición del estudio es: “Las características de la migración al no ofrecer la información necesaria puede generar intolerancia hacia la incertidumbre” (Figura. 2). En este aspecto la autora de la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad Merle Mishel (1988,1990) plantea una relación negativa del marco de estímulos y la incertidumbre, no obstante, en este estudio se plantean ambas posibilidades de relación negativa o positiva en base a la evidencia disponible.

Figura 2*Primera proposición*

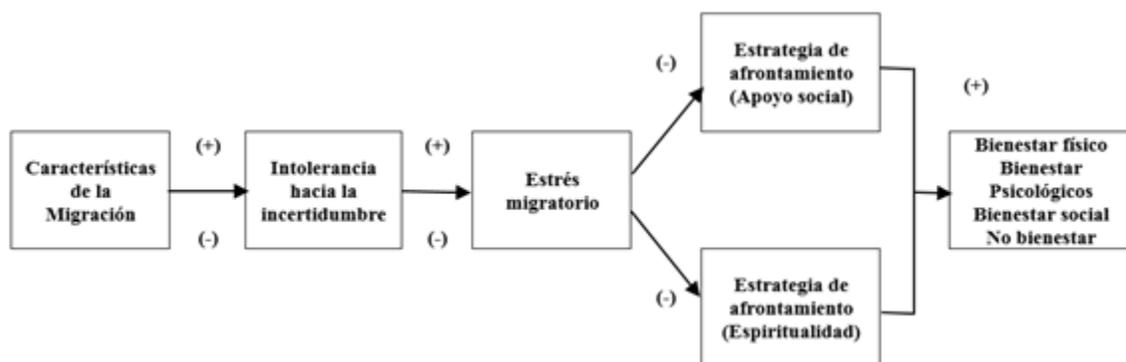
2) Una exposición prolongada de la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos y a trastornos emocionales como el estrés. Por lo que la segunda proposición del estudio es: “La intolerancia hacia la incertidumbre valorada como un peligro puede generar estrés migratorio” (Figura 3).

Figura 3*Segunda proposición*

3) La incertidumbre valorada como un peligro, provoca una serie de estrategias de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre. Por lo que la tercera proposición del estudio es: “Intolerancia hacia la incertidumbre valorada como un peligro puede generar estrés migratorio, por lo requiere establecer estrategias de afrontamiento como el apoyo social y la espiritualidad como mediadores para disminuir la intolerancia hacia la incertidumbre” (Figura. 4).

Figura 4*Tercera proposición*

4) Los elementos de la teoría como los son la enfermedad, incertidumbre, inferencia, afrontamiento y la adaptación tienen una relación recta y unidireccional y se considera desde los antecedentes de la incertidumbre hasta la adaptación. Por lo que la cuarta proposición del estudio es: existe relación, de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, el estrés migratorio, las estrategias de afrontamiento y el bienestar físico, psicológico y social (Figura. 5).

Figura 5*Cuarta proposición*

Se considera que las cuatro proposiciones son de tipo relacional, ya que indican un vínculo positivo o negativo entre dos o más conceptos (Fawcett, 1999).

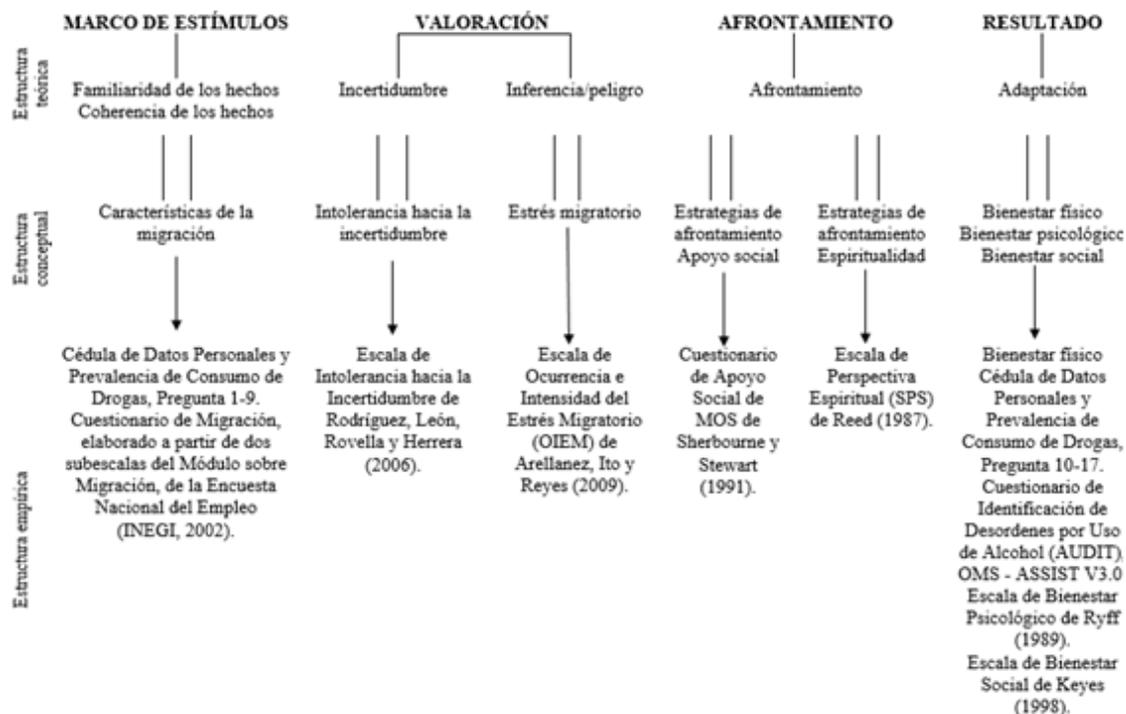
Paso 4: el orden jerárquico de proposiciones

La clasificación de las proposiciones se realiza en base a su nivel de abstracción (de lo abstracto a lo concreto). De esta forma, las cuatro proposiciones de la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, se consideran proposiciones abstractas o no restrictas, ya que son aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran proposiciones medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico. Por último, las proposiciones entre variables operacionalizadas (hipótesis de estudio), se consideran de tipo concretas, ya que enlazan los indicadores empíricos del estudio.

Paso 5: la construcción del diagrama

Finalmente, el quinto paso consiste en la construcción del diagrama T-C-E (Figura 6. Estructura Teórico-Conceptual-Empírica). En este se observan los conceptos teóricos de la Teoría madre de la Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1988; 1990), posteriormente se establece el nivel conceptual donde los conceptos son más concretos y en razón del estudio y finalmente está el nivel empírico donde se establecen los indicadores empíricos o formas de medición.

Figura 6

Substracción Conceptual-Teórica-Empírica**Reconceptualización y definición operacional de los conceptos de la teoría**

A continuación, se describen teóricamente las variables de estudio. En cada una de las variables se inicia con la definición propuesta por la TRM de la Incertidumbre ante la enfermedad, posteriormente se realiza una descripción científica de acuerdo a la revisión de literatura y por último se incluyen las nuevas definiciones conceptuales

Marco de estímulos (Características de la migración)

Se refiere a la familiaridad de los hechos y es el grado en el cual la situación (características de la migración) puede ser repetitiva, receptiva o contiene claves que se reconocen y se asocian con eventos o circunstancias particulares de la migración que tienen memoria y significado. El otro componente es la coherencia de los hechos el que se refiere a la consistencia entre los eventos o circunstancias derivadas del proceso

migratorio que influye en todos los migrantes de diferentes formas, facilitando su interpretación y comprensión.

En este estudio las características de la migración es el traslado que realiza una persona de una región o país con suficiente distancia, por un tiempo determinado o prolongado (hasta 12 meses), para que implique vivir y desarrollar acciones de la vida cotidiana (trabajar, estudiar) (Grinberg y Grinberg, 1984). Estudios han relacionado las características de la migración con el estrés migratorio (Arellanez-Hernández, 2016; Arellanez Hernández, 2013).

En las características de la migración se consideran tres fases, la primera es la preparación para partida, la segunda incluye el trayecto y el cruce y la tercera es la llegada al lugar de destino.

Incertidumbre (Intolerancia hacia la incertidumbre)

La literatura señala que la incertidumbre es un estado cognitivo neutral que se presenta como respuesta a un evento (características de la migración) que no es debidamente categorizado o estructurado por falta de información, desconocimiento de trámites y proceso migratorio convirtiéndose dichos eventos en la mayor fuente generadora de estrés (Triviño y Sanhueza, 2005). De no emplearse estrategias de afrontamiento efectivas, afectaría el bienestar físico, psicológico y social del individuo (McCormick, 2002).

En el presente estudio la intolerancia hacia la incertidumbre se define como conjunto de factores que generan un estado de inseguridad e intranquilidad, y como estos factores generan un conjunto de sentimientos en el individuo migrante, y que generan una tendencia a reaccionar negativamente en un nivel emocional, cognitivo-conductual a situaciones y eventos inciertos.

Estudios han mostrado que la intolerancia hacia la incertidumbre influye en el estrés (Barroso, Ruiz y Santana, 2017; Moreno, 2009; González et al., 2006).

Peligro (Estrés migratorio)

Basado en la valoración, la incertidumbre puede ser un peligro o una oportunidad; si la incertidumbre es valorada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial (estrés migratorio) estaría determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La intolerancia hacia la incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro y puede influir en altos niveles de estrés migratorio. De manera particular, algunos factores como el miedo a la deportación, la discriminación, el estatus migratorio y la separación de la familia generan intolerancia hacia la incertidumbre sobre el futuro de los migrantes y de sus familias por lo que surge el estrés migratorio (Arbona et al., 2010).

Para fines de este estudio se define el peligro como estrés migratorio, Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan al estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona realiza. El estrés migratorio es un desequilibrio entre las demandas ambientales percibidas como amenazantes y desbordantes de los recursos propios de la persona que pueden poner en riesgo el bienestar de la persona ha decidido migrar o que ha salido de su lugar de origen y se encuentra en trayecto o está llegando al lugar de destino (Grinberg y Grinberg, 1984; Arellanez-Hernández, 2016).

Además, existe evidencia que señala que el estrés migratorio puede ser un factor relacionado con consumo de alcohol de bajo riesgo, dependiente y perjudicial y/o consumo de drogas (Arellanez-Hernández, 2016; Arellanez Hernández, 2013).

Estrategias de afrontamiento

Se define como cualquier actividad que el individuo migrante practica o recibe (tanto cognitiva como conductual), con el fin de enfrentarse a la falta de certeza sobre el futuro personal en el país de destino y al estrés migratorio.

Las estrategias de afrontamiento se dirigen a reducir la intolerancia hacia la incertidumbre y a manejar las emociones generadas por la evaluación de peligro (estrés migratorio). Existen dos estrategias de afrontamiento, la movilización dentro de la cual se encuentra la búsqueda de información, y el estar en contacto con personas que se enfrentan y experimentan la falta de certeza sobre el futuro del migrante respecto a contar con certeza o evidencia de poder llegar con éxito al país de destino, que le permita satisfacer las necesidades personales y de la familia (Mishel, 1990).

Los recursos de afrontamiento son por ejemplo, el apoyo la familia, de las organizaciones no gubernamentales que atienden a migrantes y compañeros migrantes de camino. Otro mecanismo de afrontamiento es el manejo del afecto y dentro de sus componentes se encuentra la fe o espiritualidad (Mishel, 1990).

En este estudio el afrontamiento estará representado por el apoyo social y la espiritualidad.

Apoyo social

El apoyo social es la percepción del individuo migrante que ante la falta de certeza de su futuro y el estrés migratorio generado, considera que algunas personas o familiares le brindan ayuda, información o apoyo emocional (Arellanez-Hernández, 2016; Mishel, 1988; 1990; Terol et al., 2004). Diversos estudios identifican al apoyo social como uno de los sistemas de afrontamiento efectivo para la reducción de incertidumbre y estrés (Hui Choi et al., 2012; Nájera et al., 2010). De igual forma, los diversos grupos, instituciones y personas que le apoyen ante las características críticas que experimenta durante la migración hasta llegar al lugar de destino, podría ayudar a percibir tener menos ambigüedad, lo que podría influir en menor grado de incertidumbre (Hoth et al., 2014).

En el presente estudio, el apoyo social se define como la percepción de la persona migrante producto de la relación con al menos un individuo que actúa de

manera positiva y en el que existe implicación emocional, ayuda, apoyo, información y/o valoración, que influye en el bienestar.

Espiritualidad

La espiritualidad es la experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias y las necesidades espirituales (Reed, 1987). Así mismo, la espiritualidad se refiere a la predisposición para construir significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a sí mismo (Reed, 1991).

En la literatura la espiritualidad se le ha relacionado como un elemento que contribuye al bienestar físico y psicológico de las personas (Coyle, 2002; Reed, 1987; Sánchez, 2004) y ha sido abordada desde dos perspectivas: la primera se enfoca en la religión, religiosidad, prácticas y compromisos religiosos, que han sido definidos como la participación en prácticas, creencias, actitudes y sentimientos que están asociados a una comunidad de fe organizada y la segunda reconstruye la espiritualidad dentro de las disciplinas sociales, con una visión de Dios más amplia, que incluye los valores y los principios que dan sentido y propósito a la vida (Glanter, 2000).

Para el presente estudio la espiritualidad es la experiencia interna de la persona migrante que se evidencia por medio de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias y necesidades espirituales, además, la espiritualidad puede ser una guía para la toma de decisiones.

Adaptación (bienestar)

Se refiere al comportamiento saludable de la persona, o el bienestar definido individualmente y con enfoque multidimensional. El bienestar puede ser visto en tres dimensiones; bienestar físico, psicológico y social los cuales son considerados como indicadores de salud. Se ha indicado que el bienestar es más difícil cuando existen importantes diferencias socioculturales entre la sociedad de origen y la nueva sociedad receptora (Horenczyk, 1996). Para lograr una adaptación o bienestar exitoso los

migrantes deben ser capaces de establecer relaciones sociales positivas con otros, tener actitudes positivas de convivencia respetuosa y tener recursos internos religiosos, espirituales o emocionales (Kosic, 2004).

El bienestar entonces está determinado por los recursos psicológicos y espirituales, por el apoyo social de organizaciones sociales y religiosas, apoyo gubernamental y de individuos con quienes se interactúa de forma positiva dentro de las comunidades de tránsito y receptora (Ward, 2004).

En este estudio se considera la adaptación como el bienestar físico, psicológico y social.

Bienestar físico

El bienestar físico puede ser medido a través de la frecuencia o prevalencia (global, lápsica, actual e instantánea) y la cantidad de consumo de alcohol; se considera al consumo de alcohol de bajo riesgo, a la ingesta de no más de dos bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en las mujeres y no más de cuatro bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en los varones, además, de la ausencia de síntomas derivados del consumo de alcohol.

Las diferencias del consumo de alcohol entre hombres y mujeres es debido a que las mujeres alcanzan niveles de intoxicación de forma más acelerada que el hombre con dosis equiparables, debido a que las mujeres cuentan con 14% menos agua que los hombres, por tanto el etanol al ser hidrosoluble se distribuye de forma uniforme. Además, el alcohol se concentra de forma más rápida en sangre en las mujeres dado que existe una disminución de la enzima deshidrogenasa alcohólica en la mucosa gástrica, por lo tanto el alcohol se absorbe en la mucosa de forma acelerada (Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo, 2005).

Para este estudio el bienestar físico partiendo del hecho que el consumo es una conducta normalizada en la sociedad mexicana y que está presente en casi todas las

actividades del ser humano como en la socialización, en las relaciones laborales e interpersonales entre otras (Sánchez-Queija, Moreno, Rivera y Ramos, 2015; Pons y Buelga, 2011). Por lo anterior el bienestar físico estará representado por la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, mes y semana, así como el consumo de alcohol medido por el AUDIT, así como el no uso de drogas ilícitas o consumo experimental y no continuación con el consumo.

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico es un constructo multidimensional que se construye a través de las actitudes ante la vida, y demuestra el funcionamiento positivo de la persona. El bienestar psicológico se considera como auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Ryff (1989) señala que si la persona tiene bienestar psicológico se refleja en su salud mental y con la adopción de conductas positivas. Se ha documentado relación positiva y significativa del bienestar psicológico y el apoyo social tanto en los hombres, como en mujeres (Barra, 2012); con la espiritualidad (Morales, 2014) y con el bienestar social (Zubieta y Delfino 2010).

En este estudio, el bienestar psicológico se considera como la presencia de conductas y emociones positivas de la persona migrante consigo mismo y con el medio que lo rodea.

Bienestar social

Se define el bienestar social de acuerdo con Keyes (1998) como la valoración que realiza el individuo acerca de las circunstancias que experimenta en diversos contextos como en este caso desde la salida de su hogar de permanencia, hasta su llegada al sitio de destino y el funcionamiento dentro de diversas localidades y la sociedad e identifica cinco dimensiones: integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia. El bienestar social está relacionado con las relaciones

interpersonales positivas con los demás, el tener satisfechas necesidades relacionadas con el amar, dar y recibir y ser persona (Ryff y Keyes, 1995).

En este estudio, el bienestar social se define como la autovaloración de la persona migrante y su funcionamiento dentro de la sociedad demostrando integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia en el contacto social positivo y las relaciones interpersonales.

No bienestar

Es posible que se observe el no bienestar físico cuando el consumo de alcohol es de riesgo o dependiente y perjudicial, además, de consumir drogas ilícitas, posiblemente como forma de afrontar la problemática que experimenta el individuo en el proceso migratorio.

Consumo de alcohol de riesgo o dependiente y perjudicial

El consumo de alcohol de riesgo o dependiente se refiere a la ingesta de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los varones y de tres a cinco bebidas por ocasión en las mujeres, además, que hayan dejado de realizar sus actividades por consumir alcohol, o que de una vez iniciado el consumo no pudiera detenerse y beber en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior (Babor et. al., 1989; De la Fuente y Kershenobich, 1992).

El consumo de alcohol perjudicial ocurre cuando se ingiere en un día típico seis o más bebidas alcohólicas para las mujeres, y diez o más en los hombres; además, de que alguna persona cercana o personal de salud, le manifieste al individuo su preocupación por su forma de beber, también por presentar síntomas tales como sentirse culpable o tener remordimiento por haber bebido, haber resultado lesionado o lesionar a otros como consecuencia del consumo y olvidar lo que ha pasado durante el tiempo que se ingiere bebidas alcohólicas (Babor et. al., 1989; De la Fuente y Kershenobich, 1992).

Consumo de drogas ilícitas

Es el uso de alguna droga o sustancia que crea dependencia física y/o psicológica que se introduce al cuerpo por cualquier vía causando estimulación al sistema nervioso central.

Las drogas ilícitas de consumo más frecuente según la OMS (1992) son: cannabis, preparados de hojas de planta de mariguana, hachís y aceite de hachís, que se fuma, inhala, mastica y tienen como consecuencia retraimiento social y enfermedades mentales (alucinaciones, paranoia y pensamiento desorganizado).

Cocaína (crack), alcaloide producto de la hoja de la coca sintetizada de la ecgonina o sus derivados, se usa en forma inhalada, inyectada y oral el consumo a largo plazo tiene como consecuencia psicosis paranoica, alucinaciones auditivas, pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al tragar; cuando se ingiere, puede causar gangrena grave en los intestinos.

Anfetaminas (éxtasis, metanfetaminas), es una amina simpaticomimético estimulante del sistema nervioso central, se usa de forma inhalada, oral, rectal y sublingual, el uso a largo plazo tiene como consecuencia psicosis, paranoia, alucinaciones, actividad motora repetitiva, cambios en la estructura y función del cerebro, pérdida de memoria, comportamiento agresivo o violento, trastornos emocionales, graves problemas dentales y pérdida de peso.

Inhalantes (gasolina, pagamento, solventes), son sustancias volátiles en forma de vapor a temperatura ambiental, produce alteraciones motoras e intelectuales y del estado de conciencia, se usa de forma inhalada.

Tranquilizantes (diazepam, rohipnol, lorazepam, alprazolam), sustancia química con efectos calmantes que deprimen el sistema nervioso central, se administran por vía oral, sublingual, intramuscular o intravenosa, produce somnolencia y depresión del sistema respiratorio, prescritos en alteraciones de patrón de sueño, ansiedad, estrés y cuadros depresión.

Alucinógenos (LSD, ketamina, ácidos), sustancia química que cambia la percepción de la realidad, el pensamiento y psicosis, se administra por vía oral, tópica, intramuscular e intravenosa.

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina) término genérico que se refiere alcaloide opioide también denominan analgésicos narcóticos, se administra por vía intramuscular, subcutánea e intravenosa, induce estupor, coma o insensibilidad al dolor, prescritos para el tratamiento de dolores moderados o intensos, el consumo fuera de la prescripción médica en dosis distintas, pueden ser adictiva con casos de sobredosis y muerte (OMS, 1992).

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan estudios que abordan las variables que se consideran en el presente estudio, es importante señalar que no se localizaron estudios suficientes que se relacionen con algunas variables de la Teoría de Rango Medio (TRM) de incertidumbre en población migrante. Por ello se incluyen estudios relacionados en otras poblaciones y con diversas problemáticas.

Características de la migración y consumo de drogas

Yi-Chun et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como propósito describir la prevalencia del consumo de alcohol y examinar los factores asociados con los patrones de consumo entre las mujeres migrantes en Taiwán. El estudio fue transversal, con un muestreo estratificado por conveniencia, con una muestra integrada por 757 participantes, los patrones de consumo de alcohol se midieron usando el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT).

El resultado mostró que la media de edad de los participantes del estudio fue de 38.23 ($DE = 9.03$) años, y el 80% tenía entre 25 y 44 años. Las puntuaciones medias de estrés percibido fueron 12.29 ($DE = 7.38$). Alrededor del 4% ($n = 33$) de las mujeres migrantes eran fumadoras actuales o de por vida. El 41.7% informaron que sus cónyuges bebían alcohol, mientras que el 5.4% ($n = 41$) no lo sabían. La prevalencia de

consumo en el último año fue: un 70.1% eran abstinentes, el consumo de alcohol de bajo riesgo era de 27.6% ($n = 209$) y consumo excesivo fue de 2.3% ($n = 17$).

Respecto a los patrones de consumo en el año previo al estudio en mujeres migrantes se reportó que los factores que actuaron como de riesgo para el consumo de alcohol de bajo riesgo fueron el estatus laboral donde el estar empleadas documentó probabilidad significativa ($OR = 1.54$, $IC95\%$ [1.03, 2.29], $p = .03$), así como el fumar ($OR = 2.90$, $IC95\%$ [1.31, 6.41], $p = .009$), el tener cónyuges que consumen alcohol, incrementa cuatro veces la probabilidad de consumo de bajo riesgo versus no tener conyugues consumidores ($OR = 4.14$, $IC95\%$ [2.91, 5.90], $p < .001$).

En relación con el consumo excesivo de alcohol en el año previo al estudio en mujeres migrantes se encontró que los factores que actuaron como de riesgo para el consumo de alcohol fueron el estado civil como ser separadas/divorciadas/viudas ($OR = 6.39$, $IC95\%$ [1.82, 22.39], $p = .004$), tener un nivel educativo de escuela primaria o inferior ($OR = 5.37$, $IC95\%$ [1.74, 16.58], $p = .004$), así como el fumar ($OR = 15.49$, $IC95\%$ [3.31, 72.45], $p < .001$), y el tener cónyuges que consumen alcohol, ($OR = 6.99$, $IC95\%$ [2.23, 21.94], $p < .001$).

López-Tamayo et al. (2016) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar los factores psicosociales asociados con el abuso de sustancias en migrantes y latinos nacidos en los Estados Unidos. El estudio fue de diseño correlacional, con una muestra de 131 latinos (63 migrantes y 68 latinos nacidos en los Estados Unidos), que fueron reclutados de los programas de tratamiento de abuso de sustancias múltiples y centros de salud de una gran área metropolitana en el Medio Oeste.

Los resultados mostraron referente a la edad, en el caso de los latinos migrantes presentaron una media de 39.1 ($DE = 10.9$) y en los latinos nacidos en los Estados Unidos de 33.7 ($DE = 9.4$). Respecto al sexo, en el caso de los latinos migrantes del sexo masculino presentaron una proporción de 96.8%, en el caso del sexo femenino presentaron una proporción del 3.2%; respecto de los latinos nacidos en los Estados

Unidos del sexo masculino presentaron una proporción de 76.5%, mientras los latinos nacidos en los Estados Unidos del sexo femenino presentaron una proporción del 23.5%.

Se reportó que la proporción de consumo de drogas para los latinos migrantes fue de alcohol 23.8%, heroína/opiáceos /analgésicos 15.9%, cocaína 12.7%, cannabis/anfetaminas 7.9%, además, de consumir alcohol y una o más drogas 31.7% y más de una droga pero sin consumo de alcohol 7.9%; mientras que la proporción de consumo de drogas en los latinos nacidos en los Estados Unidos presentaron heroína/opiáceos /analgésicos 26.9%, alcohol 16.4%, cannabis/anfetaminas 11.9%, cocaína 9.0%, de alcohol y una o más drogas 31.3% y más de una droga pero sin consumo de alcohol 3.0%.

El índice de uso de sustancias tiene una media de 9.83 en los latinos migrantes ($DE = 7.26$, rango .50-29.13) mayor que en el caso de los latinos nacidos en los Estados Unidos que obtuvieron una media de 8.57 ($DE = 5.34$, rango .13-23.13). Además, al analizar la relación entre las variables, la edad se correlacionó positiva y significativamente con el índice de uso de sustancias ($r_s = .48$, $p < .01$).

Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández (2011) realizaron un estudio que tuvo como objetivo general identificar la posible relación entre la estancia migratoria en Estados Unidos y el consumo de drogas ilícitas en migrantes mexicanos. El estudio fue de diseño exploratorio, con un muestreo no probabilístico y una muestra de 567 migrantes mayores de 18 años que se encontraban temporalmente por retorno voluntario o forzado en las ciudades de Nogales (222), Ciudad Juárez (204) y Tijuana (141).

Los resultados mostraron que el 77.8% fueron varones y 22.2% mujeres, con una edad promedio de 29.3 años ($DE = 8.2$) en un rango de 18 a 58 años. El 36.2% tenía estudios de primaria y el 37.2% secundaria, 15.4% cursó estudios medio superior y el 1.9% de nivel profesional. Respecto al consumo de consumo de drogas lícitas alguna vez en la vida; el 75.7% reportó haber consumido alguna bebida alcohólica alguna vez

en la vida, de este porcentaje, 18.2% mencionó que aumentó su consumo durante su estancia migratoria.

En el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida; el 28.0% de los migrantes (159 casos) reportó haber usado al menos una vez en la vida alguna droga de curso ilegal, entre las drogas de mayor consumo se encuentran la mariguana (20.6%), cocaína (13.9%), metanfetaminas (7.8%), el crack (5.1%), los solventes inhalables (3.2%) y la heroína (3%). Respecto al porcentaje de consumo de drogas ilícitas antes y durante la estancia migratoria, al comparar el patrón de consumo antes de emigrar y durante la estancia en Estados Unidos, se observó un aumento significativo en el uso de cocaína ($\chi^2 = 108.79$, $gl = 1$, $p < .001$) y metanfetaminas ($\chi^2 = 18.59$, $gl = 1$, $p < .001$), así como una disminución significativa en el consumo de mariguana ($\chi^2 = 148.28$, $gl = 1$, $p < .001$).

El consumo de drogas mostró diferencias durante el proceso migratorio de acuerdo con la ciudad donde fueron captados los migrantes. Al comparar el consumo de drogas antes de migrar con el que se dio durante el proceso migratorio, se observó que el consumo de cocaína aumentó significativamente en quienes se contactaron en Tijuana pasando de 18.4 a 31.2 y Nogales de 2.7 a 4.5, de manera contraria, en los captados en Ciudad Juárez hubo una disminución en el consumo de esta droga durante la estancia en Estados Unidos pasando de 5.4 a 3.4 (Q de Cochran = 5.255, $gl = 1$, $p < .05$). Asimismo, el consumo de crack aumentó significativamente durante el proceso migratorio en quienes fueron captados en Nogales pasando de 0.9 a 3.2 y Tijuana de 4.3 a 11.3 (Q de Cochran = 8.333, $gl = 1$, $p < .05$).

El uso de metanfetaminas se mantuvo sin cambio durante el proceso migratorio entre los migrantes captados en Ciudad Juárez, en los de Nogales paso de 0.9 a 3.2 y Tijuana de 9.9 a 17 (Q de Cochran = 5.769, $gl = 1$, $p < .05$). El uso de heroína aumentó de manera importante durante el proceso migratorio en quienes fueron contactados en

Tijuana pasando de 2.1 a 9.2 y ligeramente en los de Nogales de 0.5 a 0.9, los captados en Ciudad Juárez no reportaron uso de esta droga

(Q de Cochran = 8.067, $gl = 1$, $p < .05$).

También se puede observar que el uso de solventes inhalables se incrementó entre los que fueron contactados en Ciudad Juárez de no tener registro antes de la migración y aumentando a 0.5 durante la estancia, en los de Nogales se mantuvo en 0.5 antes y durante la estancia y en los de Tijuana disminuyó de 9.2 a 2.8

(Q de Cochran = 5.000, $gl = 1$, $p < .05$).

Tortajada et al. (2008) realizaron un estudio exploratorio y descriptivo en una población de 757 migrantes latinoamericanos de ambos géneros de habla hispana residentes de la Comunidad Valenciana de España. El objetivo fue contar con información sobre el consumo de drogas y sus representaciones sociales.

Se reportó que el 93.9% de los individuos habían consumido alcohol alguna vez en la vida, 19% cannabis y 6.8% de cocaína. La prevalencia de consumo en el último año fue de 75.5% para alcohol, 8.2% de cannabis y 4.8% de cocaína. Respecto al consumo habitual (1 o más veces por semana) 40.1% consume alcohol y 3.4% cannabis. En relación con el género y el consumo de alcohol se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 18.90$, $p < .001$) los hombres consumen en mayor proporción (58.6%) que las mujeres (23.4%).

Sánchez-Huesca et al. (2006) realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer el patrón de consumo de drogas en usuarios migrantes comparándolo con el patrón de consumo de usuarios no migrantes de la frontera norte de México y de Estados Unidos. El estudio fue de diseño exploratorio, transversal, con tipo de muestreo no probabilístico por cuotas, la muestra quedó conformada por 92 usuarios de drogas asistentes a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ), 46 habían emigrado a la frontera norte de México y/o Estados Unidos (usuarios migrantes) y 46 no lo habían hecho (usuarios no migrantes).

Los resultados mostraron que de los 46 migrantes solo nueve se trasladaron a la frontera norte a ciudades como Tijuana y Ciudad Juárez, mientras que 37 se dirigieron a Estados Unidos, de los cuales el 70% lo hizo sin documentos. En relación a los factores que motivaron la migración en los usuarios migrantes de la frontera norte se encuentran, mejorar las condiciones de vida con un 55.6%, conseguir empleo con un 55.6% y aventurarse con el 44.4%, mientras que para los usuarios migrantes de los Estados Unidos refieren como principales motivaciones mejorar las condiciones de vida con un 43.2%, conseguir empleo con el 35.1% e ir por la familia con 32.4%.

Referente al consumo de drogas alguna vez en la vida el éxtasis presentó mayor consumo, y se presentaron porcentajes mayores para el grupo de usuarios migrantes con un 13% que en el grupo de usuarios no migrantes 2.2% ($\chi^2 = 3.86, p = .049$).

En lo relacionado con la modificación del patrón de consumo por sustancia en usuarios migrantes (frontera norte o Estados Unidos), el 52.2% de los usuarios migrantes ya habían usado cocaína antes de migrar, durante el periodo migratorio el consumo se incrementó a 69.6%, aumentando al retorno con un 71.1% (Q de Cochran = 6.348, $p = .042$); el 8.7% de los usuarios migrantes había consumido metanfetamina antes de migrar, su uso se incrementa durante la estancia migratoria 28.3% y al retorno disminuye a 17.4% (Q de Cochran = 7.625, $p = .022$).

Respecto al crack, 4.3% de los usuarios migrantes lo había consumido antes de migrar, 21.7% lo usó en el lugar destino y disminuye a 13.0% al retorno (Q de Cochran = 7.385, $p = .025$), por último el 2.2% consumía heroína antes de migrar, este porcentaje se incrementa en el lugar destino a 15.2% y disminuye a 6.5% al retorno (Q de Cochran = 8.000, $p = .018$).

Con el fin de identificar el periodo del proceso migratorio (antes, durante y al retorno) que determina las diferencias, se aplicó la prueba de McNemar, la cual permitió identificar que en el consumo de cocaína ($p = .022$), metanfetamina ($p = .022$), crack

($p = .039$) y heroína ($p = .031$) el cambio significativo de consumo se da entre antes de la migración y durante la estancia migratoria.

Por último, la modificación del patrón de consumo por sustancia y lugar de destino de frontera norte o Estados Unidos; para los migrantes a la frontera norte, de estos usuarios 44.4% había consumido cocaína antes de migrar, 77.8% lo hizo durante la estancia migratoria y mantuvo este consumo al retorno (Q de Cochran = 6.348, $p = .042$, McNemar = .022).

Para los migrantes a Estados Unidos, el consumo de cocaína pasó de 54.1% antes de emigrar a 67.6% durante la estancia migratoria, que aumenta a 70.3% al retorno (Q de Cochran = 5.250, $p = .070$, McNemar = .025), además, antes de emigrar 2.7% había consumido crack, 27.0% durante la estancia migratoria y 16.2% indicó su consumo al retorno (Q de Cochran = 5.250, $p = .072$; McNemar = .025), el uso de metanfetamina pasa de 2.7% antes de emigrar a 8.1% durante la estancia migratoria y aumenta a 10.8% al retorno, por último 13.5% de los migrantes inició el uso de heroína en el lugar destino y 5.4% continuó su uso al retorno.

En síntesis, se identifica relación positiva y significativa de la migración y el consumo de drogas, además, diferencias significativas respecto al género reportando mayor consumo en el caso de los hombres en comparación con las mujeres (López-Tamayo et al., 2016; Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández, 2011; Tortajada et al., 2008).

Intolerancia hacia la incertidumbre y estrés migratorio

Se incluyen estudios en otras poblaciones distintas a los migrantes en virtud de la escasa literatura disponible.

Kazer et al. (2013) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el impacto de la incertidumbre y la percepción de peligro sobre la satisfacción con el resultado del tratamiento de cáncer de próstata en nueve hospitales en Estados Unidos. El estudio es tipo correlacional, prospectivo de cohorte, con una muestra de 338

pacientes. Para medir la incertidumbre se utilizó el Formulario de la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (1988) y para medir a la percepción del peligro, la Escala de Valoración de Folkman y Lazarus (1986).

Los resultados mostraron que la incertidumbre se relacionó positiva y significativamente con la percepción de peligro o estrés ($r_s = .34, p < .001$); la satisfacción con el resultado del tratamiento se relacionó negativa y significativamente con la percepción del peligro ($r_s = -.30, p < .001$) y con la incertidumbre ($r_s = -.33, p < .001$).

Martínez, Morales y Piza (2010) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de incertidumbre de los padres generado en el post operatorio inmediato de sus hijos en la Clínica Universitaria Teletón en Bogotá, Colombia. La muestra fue de 5 padres, utilizando como instrumento para medir la incertidumbre un cuestionario basado en una selección de preguntas según la Teoría de Merle Mishel, elaborado por Martínez, Morales y Piza (2010).

Los resultados mostraron que el 100% de los padres participantes en el estudio refieren altos niveles de incertidumbre manifestado por estrés y preocupación relacionado con el tratamiento quirúrgico de sus hijos; el 80% casi siempre experimentan estrés y el 20% siempre experimentan estrés.

Moreno (2009) realizó un estudio correlacional con una muestra conformada por 131 adolescentes de la ciudad de Mérida, estado Mérida, Venezuela, que tuvo como objetivo mostrar la relación de las variables ansiedad (percepción de estrés) e intolerancia hacia la incertidumbre.

El estudio mostró resultado significativo en relación grado de ansiedad (percepción de estrés) según sexo ($p < .05$), mostrando un porcentaje de percepción de estrés mayor en el caso de las mujeres (60.8%) que en el caso de los hombres (39.2%). Respecto a la intolerancia hacia la incertidumbre según sexo se encontró diferencia significativa, en el que se mostró mayor proporción de incertidumbre en el sexo

femenino (60.8%) que en sexo masculino (39.2%). Por último se reportó una relación positiva y significativa entre el estrés (ansiedad) y la intolerancia hacia la incertidumbre ($r_s = .375, p < .001$), es decir a mayor ansiedad mayor incertidumbre.

En síntesis, la intolerancia hacia la incertidumbre se relaciona positiva y significativamente con la percepción de estrés (Martínez, Morales y Piza, 2010; Kazer et al., 2013; Moreno, 2009).

Intolerancia hacia la incertidumbre y apoyo social

Se incluyen estudios en otras poblaciones distintas a los migrantes en virtud de la escasa literatura disponible.

Sajjadi et al. (2015) realizaron un estudio correlacional trasversal con 80 participantes que viven con VIH/SIDA en un Centro de Investigación de Teherán, Irán, que tenía como objetivo determinar la relación de la incertidumbre con el apoyo social. Los datos fueron recolectados a través de la escala de incertidumbre de la enfermedad de Mishel (1997) para adultos (MUIS-A) y adaptada al idioma Persa por Sajjadi et al. (2015). Además, se utilizó la escala de percepción de apoyo social en versión Persa por Bagheran et al. (2013).

Los resultados mostraron que la puntuación total media de los participantes en lo referente a la incertidumbre fue de 94.7 ± 14.2 (rango: 51-129) que indicó un alto nivel de incertidumbre en los pacientes. La puntuación media del apoyo social percibido fue de 58.8 ± 15.1 (rango: 24-84), además, se mostró una correlación negativa y significativa entre la incertidumbre ($r_s = -0.29, p = .01$) y el apoyo social, es decir a mayor incertidumbre menor apoyo social.

Hui Choi et al. (2012) realizaron un estudio bajo la Teoría de Incertidumbre de Mishel (1988), con un diseño correlacional, prospectivo de corte trasversal en 550 mujeres asistentes a controles prenatales en tres grandes clínicas públicas en Hong Kong, cuyo objetivo fue examinar la relación entre el apoyo social, la incertidumbre y el compromiso con el embarazo para la adaptación psicosocial prenatal.

Para medir el apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Norbeck et.al., (1981) (NSSQ), para medir la incertidumbre se utilizó la escala de incertidumbre de la Enfermedad de Mishel (MUIS) en una versión modificada (MUIS-OB) por Handley (2002), para evaluarla dentro de la experiencia de la situación de embarazo y para evaluar la adaptación psicosocial se utilizó el cuestionario de autoevaluación prenatal de Lederman (1989). El resultado informó que la incertidumbre mostró efecto negativo y significativo con el apoyo social ($B = -.240, p < .05$).

Somjaiwong, Thanasilp, Preechawong y Sloan (2011) realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal con una muestra no probabilística de 260 pacientes ubicados en los servicios quirúrgicos ambulatorios de dos hospitales de una región noreste de Tailandia. El propósito del estudio fue desarrollar y probar un modelo que explique las influencias del apoyo social, la incertidumbre, el afrontamiento en el bienestar de pacientes con colangiocarcinoma. Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel (1997) en su forma comunitaria (MUIS-C), también se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social de MOS de Shokebumroong (1992), la escala de afrontamiento de Jalowiec (1984) y para medir el bienestar su utilizo la escala de calidad de vida.

Los resultados mostraron una puntuación de apoyo social que oscila de entre 80 y 118 con una media de 99.46 ($DE = 8.41$), lo que indica que los participantes percibieron un alto nivel de apoyo social. Los resultados del puntaje promedio mostraron que el puntaje más alto fue para el apoyo emocional ($\bar{X} = 4.41$), seguido del apoyo instrumental ($\bar{X} = 4.15$), apoyo en la evaluación ($\bar{X} = 3.60$), y soporte de información ($\bar{X} = 3.29$); en el caso de la incertidumbre su puntuación osciló entre 36 y 90, con una media de 65.39 ($DE = 11.34$), indicando que los participantes experimentaron una nivel moderado de incertidumbre con respecto a su enfermedad, finalmente en el afrontamiento los puntajes oscilaron de 55 a 118 con una media de 87.21 ($DE = 13.88$).

Se observó relación negativa y significativa ($r_s = -.275, p = .01$) de la incertidumbre y el apoyo social, así mismo, se observó relación negativa y significativa de la incertidumbre y afrontamiento ($r_s = -.186, p = .01$), finalmente también se encontró relación negativa y significativa de la incertidumbre y el bienestar (calidad de vida) ($r_s = -.588, p = .01$).

Respecto al modelo se observó que el apoyo social tiene efecto directo con el bienestar o calidad de vida ($\beta = .115, p < .01$) y la incertidumbre tuvo efecto directo con la calidad de vida ($B = -.184, p < .01$) pero el afrontamiento no mostro efecto significativo con el bienestar ($p > .05$). Los autores concluyen que las variables de incertidumbre, apoyo social son factores importantes que afectan el bienestar de pacientes con cáncer e indican que los hallazgos soportan la teoría de Mishel.

Lien, Lin, Kuo y Chen (2009) realizaron un estudio descriptivo con 43 pacientes en salas de cirugía de un centro médico ubicado en el norte Taiwán, que tuvo como objetivo identificar los niveles y la relación de la incertidumbre y el apoyo social durante la experiencia de tratamiento quirúrgico en adultos mayores con cáncer. Como instrumento para medir la incertidumbre se utilizó Escala Incertidumbre de la Enfermedad de Mishel versión china de (MUIS), que fue traducido del inglés al Chino por Sheu y Hwang (1996). Así mismo, se utilizó la Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal versión china y traducida por Wan (1997) para evaluar el apoyo social en el idioma chino.

Los resultados mostraron que las puntuaciones de incertidumbre antes de la cirugía oscilaron entre 42 y 89, con una media de 59.6 ($DE = 8.77, p < .05$), esta puntuación refleja incertidumbre moderada, pero después de la cirugía los participantes reportan puntuaciones de incertidumbre entre 26 y 85 con una media de 55.6 ($DE = 10.56, p < .05$). En el caso del apoyo social también se observaron diferencias significativas, fue mayor después de la cirugía con una media de 89.74 ($DE = 30.01$),

que antes de cirugía con una media de 77.81 ($DE = 28.74$, $p < .01$), el apoyo social fue brindado principalmente por familiares y parientes.

En lo que respecta a la relación entre incertidumbre y apoyo social se encontró relación negativa y significativa entre la complejidad (subescala de incertidumbre) y el apoyo social después de cirugía ($r_s = -.443$, $p < .01$), por tanto, a mayor incertidumbre (subescala complejidad) después de la cirugía menor el apoyo social percibido.

Sammarco y Konecny (2008) realizaron un estudio con diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo fue examinar la relación entre el apoyo social, la incertidumbre, así como el efecto de cada variable y combinadas sobre la calidad de vida (CV) entre mujeres latinas sobrevivientes cáncer de mama. El muestreo fue por conveniencia y la muestra se calculó considerando un poder de .80, tamaño de efecto mediano de .15, significancia de .05 y el total de la muestra fue de 83 mujeres latinas que sobrevivieron al cáncer de mama y que residían en el área metropolitana de Nueva York y Nueva Jersey.

Para medir el apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) realizado por Northouse (1988) y para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (1997) en su versión comunidad (MUIS-C).

Los resultados mostraron relación positiva y significativa entre el apoyo social percibido y la calidad de vida (bienestar), ($r_s = .388$, $p < .001$), además, se encontró una relación negativa y significativa entre la incertidumbre y la calidad de vida (bienestar) ($r_s = -.439$, $p < .001$), por lo anterior a mayor incertidumbre menor calidad de vida total (bienestar).

Además, se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para apoyo social y la incertidumbre para predecir calidad de vida, se observa que cuando se introduce al modelo el apoyo social esta predice el bienestar o la calidad de vida ($F [1,87] = 15.46$, $p < .001$) con un 15.1% de varianza, posteriormente se introduce la incertidumbre y predice el bienestar o la calidad de vida ($F [1,86] = 11.96$, $p < .001$) con

una varianza explicada de 11.96%; finalmente en conjunto, estas dos variables predicen el bienestar o la calidad de vida ($F [2.86] = 14.69, p < .001$) con un 20.5% de la varianza.

Además, los Coeficientes del Modelo de Regresión indicaron que cuando aumenta el apoyo social percibido se mejora el bienestar o la calidad de vida ($\beta = .060, p = .009$), mientras cuando decrece la incertidumbre también se mejora el bienestar o la calidad de vida ($\beta = -.148, p < .001$). Los autores recomiendan seguir investigando estas variables en diversos contextos culturales y en diversos problemas de salud.

En síntesis, se identifica una relación negativa significativa entre la incertidumbre y el apoyo social, es decir a mayor incertidumbre menor apoyo social (Sajjadi et al., 2015; Hui Choi et al., 2012; Somjaivong et al., 2011).

Intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad

Se incluyen estudios en otras poblaciones distintas a los migrantes en virtud de la escasa literatura disponible.

Quijandria (2017) realizó un estudio descriptivo cuantitativo conformado por 40 pacientes oncológicos en Lima, Perú, que tenía como objetivo determinar la relación entre incertidumbre y la espiritualidad en pacientes oncológicos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed (1987) y la escala de Percepción de Incertidumbre en padres y miembros de la familia de Mishel (1997). Los resultados mostraron que existe una relación significativa inversa ($r_s = -.224, p < .05$), de la incertidumbre y la espiritualidad, ya que, al aumentar la espiritualidad, disminuye la incertidumbre.

Iranmanesh et al. (2014) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la relación entre la incertidumbre y su bienestar espiritual entre los pacientes con esclerosis múltiple (EM) en el sureste de Irán. El estudio es de tipo transversal, descriptivo, con una muestra que consiste en 200 pacientes, la incertidumbre percibida

se midió a través de la escala de incertidumbre ante la enfermedad de Mishel (MUIS), en su forma Comunidad (MUIS-C), elaborada por Mishel y Epstein (1997) y para evaluar el bienestar espiritual se utilizó la escala espiritual bienestar (SWB) Ellison (1983).

Los resultados mostraron que los participantes tenían entre 18-58 años, el 43.5% tenían de entre 29 y 38 años, con una edad media de 43 años. El 79.5% de los participantes fueron mujeres y el 20.5% eran del sexo masculino. Los pacientes presentaron respecto a la escala de bienestar espiritual una media de 93.81 ($DE = 15.25$), la puntuación media de bienestar existencial de 43.01 ($DE = 43.01$) y para el bienestar religioso fue de 50.80 ($DE = 7.51$). El 56% de los pacientes tienen niveles de bienestar espiritualidad alto (100-120), el 43% fue moderado (41-99) y el 1% era bajo (20-40).

La puntuación media global de la escala de la incertidumbre fue de 67.20 ($DE = 12.35$), se obtuvo una puntuación media en la subescala de ambigüedad de 32.24 ($DE = 7.90$), seguido de inconsistencia 20.38 ($DE = 4.79$), complejidad 11.80 ($DE = 3.12$) y el más bajo puntaje fue para la subescala de imprevisibilidad 2.78 ($DE = .97$). La puntuación de la escala de incertidumbre se relacionó positiva y significativamente con el bienestar religioso ($r_s = .172, p = .015$), con el bienestar existencial ($r_s = .42, p < .001$) y con la escala de bienestar espiritual ($r_s = .345, p < .001$).

Gómez y Durán (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre incertidumbre y espiritualidad en una muestra no probabilística por conveniencia de 163 pacientes con situación crónica por diabetes mellitus tipo 2 que acudían a su atención a un Centro de Atención Primaria de Cartagena, Colombia. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional y transversal, los instrumentos utilizados para medir la espiritualidad fue la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) desarrollada por Reed (1986) y para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de la incertidumbre desarrollada por Mishel (1990) y adaptada por Torres (2007).

Los resultados reportaron que la edad de los participantes fue en promedio de 58 años, el 70.6% son mujeres, el 35.5% tiene primaria incompleta y completa, el 18.4% cuenta con secundaria incompleta y el 25.2% completo la secundaria; respecto al nivel de incertidumbre que el 76.1% reporta un nivel regular, el 15.3% un nivel bajo y el 8.6% un nivel alto de incertidumbre.

Además, el promedio obtenido en la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) fue de 51.5 con Intervalo de Confianza del 95 % entre 50.5 y 52.5 de un puntaje máximo de 60, la desviación estándar fue de 6.6 y el coeficiente de variación fue de 12.9 %. De acuerdo con las prácticas espirituales el promedio obtenido fue de 20.6 con un Intervalo de Confianza del 95 % entre 20.1 y 21.1 de un puntaje máximo de 24, la desviación estándar fue de 3.2 y el coeficiente de variación fue de 15.6 %.

Respecto a la subescala de las creencias espirituales, el promedio obtenido fue de 30.9 con un intervalo de confianza del 95 %, entre 30.1 y 31.6 de un puntaje máximo de 36, la desviación estándar fue de 4.8 y el coeficiente de variación fue de 15.7 %. Por último, se encontró una relación negativa y significativa entre la incertidumbre y la espiritualidad ($r_s = -.359, p < .05$).

Anema, Johnson, Zeller, Fogg y Zetterlund (2009) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre la incertidumbre y el bienestar espiritual en personas con síndrome de fibromialgia (FMS). El estudio fue de tipo transversal con una muestra que estaba compuesta de 58 participantes, que tuvo un tamaño de efecto mediano con una potencia de 1.00 y error de estimación de .05.

La incertidumbre se midió con la escala de la incertidumbre en enfermedad, en su versión Comunidad (MUIS-C), elaborada por Mishel (1981, 1997) y la espiritualidad se midió a través de la escala del Bienestar Espiritual (SWBS) de Paloutzian y Ellison (1982).

Los resultados mostraron que los participantes variaban en edad; 12 (20.7%) eran menores de 40 años, 34 (58.6%) tenían entre 40 y 60 años, y 12 (20.7%) tenían más

de 60 años; además, el 91.4% eran mujeres, el 63.8% estaban casados, el 81% tenían algo de estudios universitarios, el 62.1% tenían trabajo y el 67.9% eran de religión protestante. Se observó una relación negativa y significativa entre la incertidumbre y el bienestar espiritual existencial ($r_s = -.60, p < .05$), y se relacionó de forma positiva y significativa la incertidumbre con la baja adaptación psicosocial ($r_s = .64, p < .05$).

McNulty, Livneh, y Wilson, (2004) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la relación del bienestar espiritual como mediador entre incertidumbre percibida y adaptación psicosocial en pacientes con esclerosis múltiple (MS) en pacientes de Oregón o el suroeste de Washington, en Estado Unidos. El diseño que se utilizó en este estudio fue correlacional, con una muestra por conveniencia de 50 participantes (40 mujeres y 10 hombres) no hospitalizados adultos, enfermos crónicos con diagnóstico médico de (MS).

Para medir la incertidumbre se utilizó como instrumento la escala de Incertidumbre de enfermedad (Formulario de la Comunidad, MUIS-C), de Mishel (1981, 1997) y para medir la espiritualidad se utilizó la Escala bienestar espiritual (SWB) de Ellison (1983).

Los resultados mostraron que el rango de edad era de 22 a 76 años con una media de 45.4 ($DE = 11.8$), el 58% estaban casados, el 44% tenían estudios de preparatoria, el 46% trabajaban y el 50% tenían religión protestante. Además, se mostró correlación positiva y significativa del género y la incertidumbre ($r_s = .37, p < .05$), la incertidumbre se relacionó negativa y significativamente con el bienestar espiritual ($r_s = -.47, p < .05$) y se correlacionó positiva y significativamente la incertidumbre y la adaptación psicosocial ($r_s = .49, p < .05$), finalmente la incertidumbre predice la adaptación psicosocial con un efecto de ($B = .39, p < .01$) con un coeficiente de determinación de 42% y el efecto del bienestar espiritual en adaptación psicosocial fue de $B = .59 (p < .01)$ con coeficiente de determinación de 68% de varianza explicada.

En síntesis, se identifica que la espiritualidad se relaciona negativa y significativamente con la incertidumbre (Quijandria, 2017; Gómez y Durán, 2012) además, se documenta una relación negativa y significativa entre la incertidumbre y el bienestar (Iranmanesh et al., 2014; Anema et al., 2009; McNulty, Livneh y Wilson, 2004).

Intolerancia hacia la incertidumbre y bienestar

Se incluyen estudios en otras poblaciones distintas a los migrantes en virtud de la escasa literatura disponible.

Riemenschneider (2015) realizó un estudio con diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo fue examinar la relación entre la incertidumbre y la adaptación entre las personas que requieren cirugía por incontinencia. El muestreo fue por conveniencia y se obtuvo la muestra de 51 pacientes con estomas atendidos durante los años 2009 al 2010 en el Centro Médico de Albany en Nueva York. Para medir la incertidumbre se utilizó la escala de la incertidumbre de la Enfermedad de Mishel (1997) en forma de enfermedad-adulto (MUIS-A) y para medir la adaptación o bienestar se utilizó la Escala de adaptación a la ostomía de Olbrisch (1983) que mide el ajuste psicosocial y la reestructuración del estilo de vida.

Los resultados mostraron que la puntuación media de incertidumbre fue de 70.20 ($DE = 19.65$) con un rango de 29-112; el rango de adaptación a la ostomía fue de 55 a 119 con una media de 136.92 ($DE = 35.09$). El análisis reveló que se relacionaron de manera negativa y significativa la incertidumbre y adaptación a la ostomía ($r_s = -.78, p < .001$). Adicionalmente se realizó una prueba t para muestras independientes para determinar si la incertidumbre y adaptación variaban con el tiempo.

El análisis reveló que el puntaje de incertidumbre ($t_{48} = -157, p = .123$) y la puntuación de la adaptación a la ostomía ($t_{48} = .20, p = .846$) no variaron significativamente en el tiempo dado que las puntuaciones de incertidumbre y

adaptación en personas que tuvieron cirugía de menos de un año y los que tuvieron cirugía de más de un año no variaron sus resultados en el tiempo.

Kurita et al. (2013) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de conocer la relación entre alta intolerancia hacia la incertidumbre, síntomas depresivos, baja percepción de estrés y bajo bienestar emocional en 49 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón que asistían al Centro de Estudios Epidemiológicos de Santa Mónica y Los Ángeles California. Para medir la incertidumbre se utilizó la escala de incertidumbre de la Enfermedad de Mishel (MUIS) que mide la incertidumbre relacionada con una enfermedad específica, para medir percepción de estrés se utilizó la escala de Cohen Kamarck y Mermelstein (1983) y la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre Buhr y Dugas (2002) y para medir el bienestar se utilizó la valoración funcional de la terapia para el cáncer de pulmón de Cella et al. (1995).

Los resultados muestran que la percepción de estrés tuvo una media de 23.3 ($DE = 8.5$) la intolerancia hacia la incertidumbre reportó una media de 50.6 ($DE = 19.2$), el puntaje de la subescala ambigüedad de la escala de Incertidumbre, reportó una media de 40.5 ($DE = 11.4$). Se observó una relación positiva y significativa entre la intolerancia hacia la incertidumbre y la subescala de MUIS ambigüedad ($r_s = .43, p = .006$). Además, se observó que la intolerancia hacia la incertidumbre afecta negativa y significativamente el bienestar emocional ($B = -.12, p < .001$), así mismo, la intolerancia hacia la incertidumbre tuvo efecto negativo con bienestar físico ($B = -.20, p < .01$).

Truitt, Biesecker, Capone, Bailey y Erby (2011) realizaron un estudio correlacional que tuvo como objetivo examinar las relaciones de la incertidumbre, la esperanza y la adaptación en cuidadores de niños con Síndrome de Down (SD), el muestreo fue por conveniencia y se obtuvo una muestra de 546 participantes de las clínicas del Instituto Kennedy Krieger de síndrome de Down, Estados Unidos. Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de incertidumbre percibida de los padres

(PPU) de Mishel (1981) que examina las percepciones de los padres acerca de la condición de sus hijos y para medir la adaptación se utilizó una escala elaborada por Erby y Biesecker, con Reeve et al., de PROMIS (2009).

Los resultados mostraron que el 91.0% de cuidadores son madres biológicas de los niños con Down, el 4.9% son padres biológicos, el 2.7% madres adoptivas, respecto al nivel educativo el 36.3% tienen estudios universitarios y el 34.5% cuenta con estudios de posgrado, respecto al estado marital el 89.0 son casados, el 6.3% están separados, y el 2.9% son solteros. Además, la puntuación media de la incertidumbre fue de $2.17 \pm .515$ (rango: 1.03–4.19) y la puntuación media de la adaptación fue de $4.23 \pm .593$ (rango: 1.5–5.0). Se mostró que la incertidumbre se correlacionó negativa y significativamente con la adaptación ($r_s = -.188, p < .01$) y se observó que la incertidumbre es un factor que predice negativamente la adaptación ($B = -.132, p = .01$) con una varianza explicada de la adaptación del 13.0%.

Rubin y Tripsas (2010) realizaron un estudio correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la incertidumbre y adaptación en las mujeres jóvenes que tienen una citología vaginal anormal y el virus del papiloma humano (VPH). El muestreo se realizó por conveniencia obteniendo una muestra de 88 pacientes reclutadas en un Servicio de Salud del Estudiante de la Universidad de Pennsylvania en los Estados Unidos. Para medir incertidumbre se utilizó la escala de Incertidumbre ante la enfermedad (MUIS) de Mishel (1981) y para la adaptación se utilizó la escala del Perfil de Estados de Ánimo bipolar (1989) que se utilizó para medir los estados de ánimo como un indicador de la adaptación en este estudio.

Los resultados mostraron que los niveles de la incertidumbre reportaron una media de las puntuaciones que van desde un máximo de 78.8 a un mínimo de 56.1. En el caso de los rangos de incertidumbre sobre tiempo para los sujetos que completaron cinco mediciones, se obtuvo que el mayor nivel de incertidumbre fue durante la fase antes de la visita al consultorio con una media de 76.2 (rango: 45-100, $DE = 11.5$), con

una disminución de los niveles de incertidumbre cuando obtuvieron el resultado con una media de 53.2 (rango: 30-82, $DE = 12.3$). Por último, la incertidumbre se relacionó con el estados de ánimo ($p = .01$) y el conocimiento previo se correlacionó levemente con los estados de ánimo ($p = .05$).

En síntesis, se identifica que la incertidumbre se relaciona negativa y significativamente con la adaptación; es decir a mayor incertidumbre menor adaptación (Riemenschneider, 2015; Kurita, Garon, Stanton y Meyerowitz, 2013; Truitt, Biesecker, Capone, Bailey y Erby, 2011; Rubin y Tripsas, 2010).

Intolerancia hacia la incertidumbre y consumo de drogas

Garami et al. (2017) realizaron un estudio, que tuvo como objetivo evaluar si los pacientes dependientes de opiáceos experimentan mayores niveles de intolerancia hacia la incertidumbre en comparación con un grupo de comparación saludable no dependiente. El estudio fue de tipo correlacional y predictivo y se realizó en una muestra por conveniencia de 183 sujetos, de ellos 114 eran pacientes que recibían tratamiento por adicción a la heroína por medicación de opiáceos (metadona o buprenorfina) en el Programa de Servicios de Salud y Medicamentos tratamiento con opioides en el Hospital Royal Prince Alfred de Sydney, Australia, el grupo de comparación fueron 69 personas saludables y estudiantes de psicología de la Universidad de Sydney.

Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (IUS) que evalúa la forma de interpretar y reaccionar ante situaciones ambiguas de la vida debido a creencias y conocimientos erróneos sobre incertidumbre y sus consecuencias como comportamientos de estrés y ansiedad.

Los resultados mostraron que los usuarios de heroína reportaron mayor edad ($\bar{X} = 40.27$, $DE = 9.42$) en relación al grupo de comparación que eran adultos saludables ($\bar{X} = 36.58$, $DE = 12.12$); referente al género, el 47.64% de pacientes usuarios de opioides estaba integrado por el género femenino mientras que el 71% del grupo de comparación se conforma por este mismo género; en lo que respecta a los años de

educación el grupo de comparación de adultos saludables reportaron una escolaridad más alta ($\bar{X} = 12.71$, $DE = 1.61$) comparado con los pacientes usuarios ($\bar{X} = 9.83$, $DE = 2.06$).

Además, los pacientes usuarios de opioides presentaron puntajes más altos en la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre ($\bar{X} = 72.04$, $DE = 24.07$) comparado con el grupo de comparación ($\bar{X} = 56.61$, $DE = 16.83$), por último pertenecer el grupo de consumidores y no consumidores tiene efecto sobre la incertidumbre ($\beta = .344$, $p < .001$).

Kraemer, McLeish y O'Bryan (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de la intolerancia hacia la incertidumbre en cuanto a los motivos por consumo de alcohol y consumo de alcohol entre estudiantes del área de Psicología de la Universidad de Cincinnati en Estados Unidos. El diseño del estudio fue correlacional y predictivo, la muestra estuvo conformada por 389 participantes, 72.2% mujeres ($\bar{X} = 19.92$, $DE = 3.87$, rango = 18-58 años) que reportaron haber consumido de 3 a 4 bebidas alcohólicas de 2 a 4 veces por mes.

Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de la Intolerancia hacia la incertidumbre (IUS) elaborada por Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, y Ladouceur (1994), para medir el uso de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT), Babor et al. (1989), adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) que se utiliza para identificar personas con problemas de alcohol; además, se utilizó el cuestionario de motivos para el consumo de alcohol (DMQ-R) de Cooper (1994) que evalúa los motivos para el consumo de esta droga.

Los resultados mostraron que se relacionó positiva y significativamente la intolerancia hacia la incertidumbre ($r_s = .31$, $p < .01$) con la subescala de motivos de consumo de alcohol por afrontamiento, de la misma manera se relacionó positiva y significativamente la intolerancia hacia la incertidumbre ($r_s = .30$, $p < .01$) con la

subescala de motivos de consumo de alcohol por conformidad. Finalmente, la intolerancia hacia la incertidumbre predice los motivos de consumo de alcohol por afrontamiento ($\beta = .16, r^2 = .02, p < .05$), al igual que los motivos de consumo por conformidad ($\beta = .28, r^2 = .05, p < .01$).

Oglesby, Albanese, Chavarria y Schmidt (2014) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la asociación entre intolerancia hacia la incertidumbre y los motivos para el uso de alcohol. El diseño fue transversal, con muestra conformada por 189 estudiantes universitarios de la Universidad del Estado de Florida, Estados Unidos y estuvo conformada por participantes que refieren consumo de alcohol en los últimos 3 meses. Para medir la incertidumbre se utilizó la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre en su forma breve (SIU-12) Carleton et al. (2007), y para medir la motivación para el uso de alcohol se utilizó el cuestionario de motivos para el consumo de alcohol de Cooper (1994).

Los resultados mostraron una relación positiva y significativa entre la puntuación total de intolerancia hacia la incertidumbre con la subescala de motivos de consumo por afrontamiento ($r_s = .33, p < .001$), por motivos de consumo por conformidad ($r_s = .40, p < .001$) y motivos de consumo sociales ($r_s = .20, p < .001$). Se encontró una relación positiva y significativa entre la puntuación de la subescala prospectiva de la intolerancia a la incertidumbre con las subescalas de motivos de consumo por afrontamiento ($r_s = .44, p < .001$), por motivos de consumo por conformidad ($r_s = .36, p < .001$) y motivos de consumo sociales ($r_s = .23, p < .001$).

De igual forma se encontró una relación positiva y significativa entre la puntuación de la subescala inhibitoria de la tolerancia a la incertidumbre con las subescalas de motivos de consumo por afrontamiento ($r_s = .37, p < .001$), por motivos de consumo por conformidad ($r_s = .42, p < .001$) y motivos de consumo sociales ($r_s = .23, p < .001$).

El Modelo de Regresión jerárquica reportó que la intolerancia hacia la incertidumbre predice positivamente los motivos de consumo de alcohol por afrontamiento ($\beta = .19, r^2 = .03, p < .05$), los motivos de consumo de alcohol por conformidad ($\beta = .35, r^2 = .10, p < .05$) y finalmente la intolerancia hacia la incertidumbre predice los motivos de consumo de alcohol sociales ($\beta = .23, r^2 = .04, p < .01$).

En síntesis, los pacientes consumidores de drogas presentaron niveles más altos de incertidumbre, del mismo modo la incertidumbre es un predictor de consumo de drogas (Garami et al., 2017; Kraemer, McLeish y O'Bryan, 2015; Oglesby, Albanese, Chavarria y Schmidt, 2014).

Estrés migratorio y espiritualidad

Se incluyen estudios en otras poblaciones ante la falta de estudios en población migrante

Ekwoyee, DeLauer y Cahill (2018) realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar si las participantes hermanas migrantes religiosas católicas experimentaron cambios en el estrés percibido durante su participación en un retiro espiritual de una semana durante el cual se dedicaron a la oración, la meditación y el cuidado personal de Estados Unidos. Los participantes del estudio fueron reclutados de 178 miembros de un instituto religioso nigeriano, que tienen una estancia en Estados Unidos entre uno y 25 años, el muestreo fue por conveniencia con una muestra final de 88 hermanas migrantes católicas nigerianas.

Los resultados mostraron que el 94.3% eran mayores de 40 años, 4.5% han tenido su vida religiosa de menos de 15 años, mientras que el 95.5% han tenido su vida religiosa durante más de 20 años. El 17% de las participantes son migrantes con una duración de la residencia en los Estados Unidos de 1 a 10 años y más del 83% han vivido en los Estados Unidos más de 10 años, el nivel educativo de las hermanas religiosas es un 44.3% tienen estudios de licenciatura y el 31.8% cuentan con estudios

de maestría, respecto a su ocupación el 38.6% se desempeña en el cuidado de la salud y el 18.1% son docentes. Los resultados muestran que el estrés percibido disminuyó desde una media de 19.51 antes del retiro espiritual a 15.47 en el tercer día, y 13.16 posterior retiro.

La media de los cambios en la percepción del estrés a través de los tres puntos de tiempo fueron significativos (Friedman ANOVA $\chi^2 = 68.55, p < .005$). Para determinar qué puntos de tiempo fueron significativamente diferente en la percepción de estrés, las comparaciones por pares se realizaron usando la prueba de Wilcoxon y se encontró reducción significativa en la percepción de estrés entre el pre-retiro espiritual con el día tres del retiro ($Z = -5.81, p = .005$), pre-retiro espiritual comparado con post-retiro, y ($Z = -6.53, p = .005$), el día tres del retiro espiritual con el post-retiro ($Z = -4.10, p = .005$). Una revisión de las diferencias de medias indica que las puntuaciones de estrés percibidos disminuyeron gradualmente, de 6.35 pre-retiro a 4.05 al tercer día, y 2.31 después del retiro espiritual.

Debnam, Milam, Mullen, Lacey y Bradshaw (2017) realizaron un estudio para examinar el papel del género y la espiritualidad en relación con la percepción de estrés y el consumo de sustancias entre los adolescentes que estudian secundaria 58 escuelas de Maryland en Estados Unidos. El estudio es de tipo transversal, con un total de 27, 874 estudiantes de secundaria que fueron incluidos en la muestra tipo censo.

Los resultados mostraron que la media de edad en el caso de los hombres fue de 16.0 ($DE = 1.3$) mientras que en el caso de las mujeres fue de 15.8 años ($DE = 1.2$). En relación con el consumo de sustancias en el mes anterior al estudio, las tasas difieren según el género, en el caso de los hombres reportan más alta proporción de consumo de marihuana 23.2% que las mujeres 18.5% ($p < .001$), respecto al uso de drogas de prescripción se observó que los hombres reportan mayor proporción de consumo en el último mes 10.5% que las mujeres 7.3% ($p < .001$), finalmente el consumo de otras

sustancias psicoactivas (tetrahidrocanabinol sintético) en hombres fue de 8.1% y mujeres 4.1% ($p < .001$).

En relación con la percepción de estrés los varones respondieron que nunca se sienten estresados un 26.1% y las mujeres informaron que nunca se sienten estresadas un 10.6% ($p < .001$), a veces se sienten estresados los varones un 34.7% y las mujeres 30.0%, frecuentemente están estresados los varones en un 22.7% y las mujeres en un 29.9% y siempre están estresados reportaron los varones en un 16.5% y las mujeres en un 29.9%.

Respecto a la espiritualidad se documentaron diferencias significativas por sexo, un 18.4% de los varones refirieron que la fe es nada importante, mientras que el 12.6% las mujeres mencionan que la fe es nada importante ($p < .001$), el 22.2% de los varones refiere que la fe es algo no importante y para el 19.3% de las mujeres es algo no importante ($p < .001$), para los varones la fe es algo importante en un 34.2% y para la mujeres un 37.7% ($p < .001$), finalmente para los varones la fe es algo muy importante en un 25.2% en cuanto para las mujeres es de 30.4% ($p < .001$).

En relación a si recurren a sus creencias espirituales cuando tienen problemas personales o en la escuela, en el caso de los varones el 14.6% mencionan estar totalmente de acuerdo mientras que el 16.2% de las mujeres estar totalmente de acuerdo ($p < .001$), el 32.4% de los varones mencionan estar de acuerdo mientras que el 34.8% de las mujeres refieren estar de acuerdo ($p < .001$), el 26.9% de los varones informaron estar en desacuerdo y el 27.3% la mujeres notificaron estar en desacuerdo ($p < .001$), por último el 26.1% de los varones refieren estar muy en desacuerdo y el 21.8% de las mujeres mencionan estar muy en desacuerdo ($p < .001$).

Se observó que la espiritualidad es un factor que predice negativamente el uso de sustancias en los varones ($b = -.35, p < .001$), mientras que el estrés es un factor que predice positivamente el uso de sustancias en los varones ($b = .58, p < .001$). En el caso de las mujeres la espiritualidad es un factor que predice negativamente el uso de

sustancias ($b = -.68, p < .001$), mientras que el estrés es un factor que predice positivamente el uso de sustancias ($b = .44, p < .001$).

Akbari, Azari y Mousavi (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la relación entre la salud espiritual y la percepción de estrés en estudiantes de enfermería de la Universidad Azad en Rasht, Irán. El tipo de estudio fue descriptivo, analítico, con un muestreo probabilístico y con una muestra de 100 participantes. Los resultados mostraron que el 93% de los estudiantes fueron mujeres y el 7% fueron hombres y la edad entre los estudiantes fue de 21.28 años ($DE = 2.30$).

Al analizar el estrés entre los estudiantes se reportó que el promedio fue de 15.36 ($DE = 7.85$) con un rango de 34 a 0, el 13% de los estudiantes se encontraba en el nivel severo y muy severo de estrés, además, se reportó una relación negativa y significativa entre el estrés y la salud espiritual ($r_s = -.38, p = .01$).

Tull, Doswell, y Cort (2015) realizaron un estudio que tuvo como objetivo probar la asociación entre la espiritualidad y el estrés psicosocial en personas con riesgo metabólicos en migrantes Afrocaribeños que viven en las Islas Vírgenes en Estados Unidos. El tipo de estudio es correlacional, con un muestreo probabilístico, y una muestra que incluyó 319 personas. Los resultados mostraron que el 67.3% eran mujeres, el 49.5% indicó que eran solteros y 42.9% informaron tener menos de educación secundaria. La media de edad de los participantes fue de 47.6 ($DE = 13.3$) años y el 78.1% había estado viviendo en las Islas Vírgenes durante 15 o más años.

Los resultados mostraron que la edad se correlacionó positiva y significativamente con la espiritualidad ($r_s = .16, p < .001$), así mismo, se relacionó de forma positiva y significativa estar casados con la espiritualidad ($r_s = .11, p < .05$); así mismo, el nivel educativo se correlacionó negativa y significativamente con el estrés psicosocial ($r_s = -.16, p < .001$), también de esta forma se correlacionó de forma negativa y significativa el estar casados con estrés psicosocial ($r_s = -.16, p < .01$) y con

el ingreso familiar de esta misma forma ($r_s = .17, p < .01$). Respecto a la relación entre la espiritualidad y el estrés psicosocial, no hubo significancia.

Debnam, Milam, Furr-Holden y Bradshaw (2016) realizaron un estudio con el objetivo de investigar el papel de la espiritualidad en la asociación entre el estrés y el consumo de sustancias en escuelas del Departamento de Educación del Estado de Maryland en Estados Unidos. La muestra se integró por un total de 4 875 estudiantes, los resultados mostraron que el 51% eran mujeres, mientras que el 49% eran hombres, la edad promedio fue de 12.7 ($DE = .8$).

Respecto al uso de sustancias se reportó una proporción de alcohol 7.5%, marihuana 2.8% y otras 1.8%. En relación con el estrés el 31.3% refirió nunca sentirse estresado, mientras el 39.8% mencionó algunas veces sentirse estresado, el 17.3% a menudo y el 11.6% casi siempre. En lo que respecta a la espiritualidad el 4% refiere que no es nada importante, el 10.2% es algo no importante, el 41.7% algo importante, mientras que el 44% es algo muy importante. En relación con si recurren a sus creencias espirituales cuando tienen problemas personales o problemas en la escuela el 25.2% refiere estar totalmente de acuerdo, el 45.7% estar de acuerdo, el 19% en desacuerdo, mientras que el 10.1% muy en desacuerdo

Al examinar la asociación entre el estrés, la espiritualidad y el uso de sustancias, la espiritualidad predice de forma negativa el consumo de alcohol ($b = -412, DE = .139, p = .003$), mientras el estrés predice positivamente el consumo de alcohol ($b = 435, DE = .045, p < .001$).

En síntesis, la espiritualidad se correlaciona negativa y significativamente con el estrés, además, se reportaron niveles más altos de estrés en el género femenino que en el masculino, por último el estrés es un predictor el uso de sustancias (Ekwoyie, DeLauer y Cahill, 2018; Debnam, Milam, Mullen, Lacey y Bradshaw, 2017; Akbari, Azari y Mousavi, 2017; Tull, Doswell, y Cort, 2015; Debnam, Milam, Furr-Holden y Bradshaw, 2016).

Estrés migratorio y apoyo social

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Cano et al. (2017) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la asociación del estrés de la migración con la gravedad del consumo de alcohol entre adultos hispanos recientemente inmigrados y los efectos moderadores del apoyo social en el sur de Florida en Estados Unidos. El estudio es de tipo transversal, con un muestreo no probabilístico, y una muestra de 527 participantes. El consumo de alcohol de gravedad se midió con el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT), que ha sido validado en español por Babor et al. (1989), Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001 (2001).

Los resultados mostraron según sus características por género, que el 54.2% de los participantes son del sexo masculino, la media de edad era de 26.9 años ($DE = 4.9$), tenían una media de tiempo de residir en Estados Unidos de 6.7 meses ($DE = 3.3$), la mayoría su país de origen era Cuba (42%) seguido de Colombia (17.6%) y Honduras (12.5%), el resto también eran migrantes latinos.

Se documentaron diferencias significativas por género de algunas variables en el nivel educativo por género ($X^2 = 14.1, p < .001$) se observó significancia, las mujeres tenían estudios mayores a la educación secundaria que era de 61.9% y 45.5% en varones, respecto al estatus migratorio se reportó que el 23.4 % de mujeres estaban indocumentadas y el 36.1% era para varones indocumentados estas diferencias fueron significativas ($X^2 = 9.9, p < .001$).

En relación con el apoyo emocional se encontró una media de 4.3 ($DE = .89$) en mujeres y en varones fue de 4.07 ($DE = .99$) mostrando diferencias significativas ($t = 2.8, p < .01$), en el apoyo afectivo se reportó diferencia significativa por género ($t = 2.5, p < .01$), las mujeres indicaron más alta media de 4.6 ($DE = .75$) que los varones 4.4 ($DE = .96$). Respecto a el estrés migratorio se reportaron diferencias

negativas y significativas ($t = -2.1, p < .05$) indicando menor estrés migratorio en las mujeres (Media = 1.92, $DE = .78$) y más alto en varones (Media = 2.08, $DE = 9.2$).

En relación con el consumo de alcohol por género en migrantes se reportó el número de días en que consumieron alcohol 90 días previos a su migración siendo más alto en hombres (Media = 9.01, $DE = 12.99$) que en mujeres con una media de 3.9 ($DE = 3.1$), estas diferencias son significativas ($t = -5.5, p < .001$). Además, el número de bebidas consumidas por ocasión 90 días antes de la migración en promedio fue más alto en varones con una media de 2.6 ($DE = 1.4$) que en mujeres quienes reportaron una media de 1.8 ($DE = .70$) estas diferencias son significativas ($t = -7.1, p < .001$); además, respecto a la severidad del consumo de alcohol fue más alto en varones con una media de 7.5 ($DE = .51$) que en mujeres con una media de 3.5 ($DE = 4.7$), estas diferencias fueron significativas ($t = -8.1, p < .001$).

Referente al estatus migratorio, este se relacionó positiva y significativamente con el consumo de alcohol antes de la migración ($r_s = .13, p < .01$), con el apoyo emocional/informativo ($r_s = .29, p < .01$), apoyo tangible ($r_s = .33, p < .01$), apoyo afectivo ($r_s = .31, p < .01$) y apoyo positivo a la interacción social ($r_s = .33, p < .01$); y se relacionó negativa y significativamente el estrés migratorio ($r_s = -.54, p < .01$) con el estatus migratorio y la severidad del consumo del alcohol con el estatus migratorio ($r_s = -.12, p < .01$) y el estrés migratorio ($r_s = -.10, p < .05$).

El número de días de consumo de alcohol antes de la migración se relacionó positiva y significativamente con el número de bebidas consumidas antes de la migración ($r_s = .52, p < .01$) y con la severidad del uso del alcohol ($r_s = .59, p < .01$). El número de bebidas consumidas antes de la migración se relacionó positiva y significativamente con la severidad del uso del alcohol ($r_s = .44, p < .01$).

Se encontró relación negativa y significativa del estrés migratorio con el apoyo emocional/informativo con ($r_s = -.28, p < .01$) con el apoyo tangible ($r_s = -.28, p < .01$)

y con el apoyo afectivo ($r_s = -.26, p < .01$). Por último, el estrés migratorio se relacionó positiva y significativamente con la severidad del uso del alcohol ($r_s = .23, p < .01$).

Finalmente, el Modelo de Regresión Lineal reportó que el género, ($b = 1.98, SE = .41, \beta = .16, p < .001$), el consumo de alcohol en los últimos 90 días antes de la migración ($b = .15, SE = .02, \beta = .41, p < .001$), el número de bebidas consumidas en los últimos 90 días antes de la migración ($b = .01, SE = .01, \beta = .25, p < .001$) y el estrés migratorio ($b = .18, SE = .05, \beta = .15, p < .001$) predicen positivamente la severidad del consumo de alcohol. Mientras que apoyo afectivo predice negativamente la severidad del uso de alcohol ($b = -1.56, SE = .40, \beta = -.22, p < .001$).

Li et al. (2015) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones sociales y como las diferentes características de esos vínculos en las redes sociales se relacionan con el estrés migratorio entre los migrantes chinos de primera generación que residen en Los Ángeles, Nueva York y San Francisco, Estados Unidos. El tipo de estudio fue de tipo correlacional, con un muestreo probabilístico y una muestra de 1,183 participantes. Los resultados mostraron que el estrés migratorio tuvo una media de .06 ($DE = 5.58$), mientras que la red social tuvo una media de 11.22 ($DE = 9.08$), y la media de edad fue de 43.62 ($DE = 14.18$) años.

El estrés migratorio se relacionó positiva y significativamente con la distancia y cercanía de la familia ($r_s = .19, p < .001$) y además, el estrés migratorio se relacionó negativa y significativamente con el tamaño de la red social ($r_s = -.18, p < .001$).

Al realizar el análisis de regresión para predecir el estrés migratorio; en el primer modelo se contemplaron variables sociales y demográficas, dentro de las cuales se observó que el vivir un porcentaje de tiempo en Estados Unidos ($B = -.04, p = .00$) y las personas que tienen casa propia ($B = -1.02, p = .03$) reportaron menos estrés migratorio, mientras que las personas casadas ($B = .88, p = .04$) reportaron más estrés migratorio; en el segundo modelo se introdujeron variables como las redes sociales, donde se

documentó que las personas que vivían cerca de su familia ($B = -.80, p = .05$) y que tenían una red social grande ($B = -.77, p = .00$) reportaron menor estrés migratorio.

Brito, Nava y Juárez (2015) realizaron un estudio que tuvo como objetivo estudiar la relación del apoyo social y el estrés psicológico en el personal de enfermería que labora en centros de salud del estado de Morelos, México. El estudio fue de tipo *ex post facto* con diseño no experimental de tipo transversal, con un muestreo no probabilístico y una muestra de 181 participantes. Los resultados mostraron que la media de edad fue de 39 años (con rango de 22 a 72), respecto al apoyo social se reportó una media de 24 ($DE = 4.52$) mientras que para el estrés psicológico se documentó una media de 34 ($DE = 6.50$).

El estrés percibido se relacionó negativa y significativamente con el apoyo social ($r_s = -.24, p < .01$). Además, al examinar el efecto directo del apoyo social con el estrés percibido, se observa que al aumentar el apoyo social disminuye el estrés psicológico en ($B = -.29, p < .001$) la varianza explicada del estrés por el elevado apoyo social fue de ($R^2 = .09$).

Salgado (1992) realizó un estudio correlacional descriptivo en 202 mujeres que nunca habían salido de México y casadas con migrantes quienes residían en los Estados Unidos, el objetivo fue evaluar el efecto de las redes de apoyo social como recurso de afrontamiento al estrés. Para medir el estrés se utilizó la escala INEFAM (Inventario de Estrés de la Familia Migrante) elaborada por Salgado (1992), la cual identifica situaciones potencialmente productoras de estrés y la escala de apoyo social, que evalúa la densidad y la amplitud de las redes de apoyo.

Los resultados mostraron que un 82% de estas mujeres reciben apoyo social de su familia nuclear y extendida como amigas y comadres, la densidad de la red de apoyo es de 5.7 personas ($DE = 2.9$), el 6.5% indicó no contar con ningún apoyo social de su familia nuclear (esposo e hijos), el 22% reportó no contar con apoyo de la familia

extendida (padres, suegros y hermanos), el 37.1% indicó no contar con apoyo social de amigos y el 44.6% reportó no tener apoyo de la iglesia.

Se reportó efecto significativo del apoyo social del esposo ante el estrés ($F = 11.6, p < .001$) indicando más alto estrés cuando no contaban con apoyo del esposo (37.5%) que cuando si contaban con este apoyo (26.7%). De igual forma cuando las mujeres contaban con apoyo social de sus hijos se observó efecto significativo sobre la percepción de estrés ($F = 7.2, p = .007$) indicando que cuando no contaban con apoyo social de los hijos era más alto el estrés (33.4%) que cuando percibían apoyo social de los hijos (26.5%).

Además, la efectividad del apoyo emocional ($r_s = -.26, p < .001$) y económico de los hijos ($r_s = -.36, p < .001$), se relacionan de forma negativa y significativa con el estrés. Por lo anterior a mayor efectividad del apoyo emocional y económico por parte de los hijos menor estrés.

En síntesis, se identificaron mayores niveles de estrés en relación el género femenino, se reportó una relación entre el estrés percibido y apoyo social (Cano et al., 2017; Li et al., 2015; Brito, Nava y Juárez, 2015; Salgado, 1992)

Estrés migratorio y bienestar

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Matus y Barra (2013) realizaron un estudio como tuvo como propósito analizar la relación entre estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras informales de pacientes terminales del Hospital Las Higueras de Talcahuano (Chile). El estudio es de tipo correlacional, con un muestreo no probabilístico y una muestra de cien participantes. Para medir el bienestar psicológico utilizaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en su versión española de Díaz et al. (2006).

Los resultados mostraron referente al estrés percibido un valor promedio de 43% y en relación al bienestar psicológico el promedio correspondió a 74%. Se reportó una relación negativa y significativa del estrés percibido y el bienestar psicológico ($r_s = - 0.64, p < .01$)

Patiño y Kirchner (2009) realizaron un estudio descriptivo y comparativo en 113 participantes; de los cuales 83 eran migrantes latinos y 30 colombianos no inmigrados, el objetivo fue analizar el nivel de estrés y de calidad de vida percibidos (Bienestar) en migrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. De los datos personales de los migrantes son que el 74.7% son mujeres, la media de edad es de 30.84 en un rango de edad de 18 a 50 años, el 67.5% tiene hijos, el 62.7% tiene pareja estable y el principal motivo para emigrar fue para mejorar las condiciones económicas y de vida en 75.9%. En el caso de los no migrantes colombianos, el 26.7% son hombres y el 73.3% mujeres, la media de edad es de 29.43 en un rango 18 a 45 años, el 50% tiene hijos, el 53.3% tiene pareja estable.

Los resultados mostraron en relación con los migrantes latinoamericanos comparados con colombianos no inmigrados, se reportan diferencias significativas en el estrés ($t = 1.99, p = .05$), indicando mayores puntajes de estrés entre los inmigrados latinos ($\bar{X} = 25.43, DE = 8.67$) que en los colombianos no inmigrados ($\bar{X} = 21.40, DE = 6.86$).

En lo que respecta al bienestar físico por género se reportan diferencias significativas ($t = 3.41, p < .001$), señalando una media más alta en hombres ($\bar{X} = 7.62, DE = 1.47$) que en las mujeres ($\bar{X} = 6.16, DE = 2.24$); en lo referente al bienestar psicológico/emocional de igual forma se reportan diferencias significativas ($t = 2.97, p = .004$), indicando una media más alta en el caso de los hombres ($\bar{X} = 7.71, DE = 1.59$) que en las mujeres ($\bar{X} = 6.34, DE = 2.41$); por último, en relación a la satisfacción en general (bienestar) se mantuvo la misma tendencia

($t = 2.08, p = .043$), reportándose una media más alta en hombres ($\bar{X} = 7.95, DE = 1.59$) que las mujeres ($\bar{X} = 6.98, DE = 2.43$).

Finalmente se reportó en el caso del apoyo social-emocional diferencias significativas ($t = 2.46, p = .017$), con una media más alta en el caso de los colombianos no inmigrados ($\bar{X} = 8.20, DE = 1.90$) que en el caso de los inmigrados latinos ($\bar{X} = 6.90, DE = 2.18$).

Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López y Pérez-García (2009) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar el efecto de la migración sobre el estrés y la psicopatología, así como la relación con la calidad de vida en mujeres migrantes latinoamericanas. Se trata de un estudio de casos y controles, con un muestreo por conveniencia y una muestra estuvo compuesta de un total de 25 mujeres con quejas subjetivas de altos niveles de estrés; el grupo (caso) se constituyó por 15 mujeres migrantes latinas y el grupo control se formó por 10 mujeres españolas.

Los resultados mostraron que la intensidad del estrés fue predictor de las puntuaciones en limitaciones de rol por problemas físicos ($F = 6,029, p = .005$) y dolor corporal ($F = 3.628, p < .031$). En el caso del estrés relacionado con las finanzas, se observaron diferencias significativas ($U = 3.34, p < .001$) reportando más alto estrés en el grupo de mujeres migrantes que en las no migrantes es decir las mujeres españolas. Respecto al estrés de la vida los resultados mostraron diferencias significativas ($U = 3.19, p < .001$) reportando mayor intensidad del estrés en el grupo de migrantes que en el de no migrantes.

En síntesis, el estrés se relacionó negativa y significativamente con el bienestar, además, el estrés es predictor de problemas físicos y de la salud mental (Matus y Barra, 2013; Patiño y Kirchner, 2009; Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López y Pérez-García, 2009).

Estrés migratorio y consumo de drogas

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Arellanez-Hernández (2016) realizó un estudio exploratorio transversal, ex post facto, en 605 migrantes mexicanos localizados en las ciudades fronterizas de Matamoros, Reynosa y Nuevo Laredo Tamaulipas, cuyo objetivo fue conocer la ocurrencia e intensidad del estrés migratorio y consumo de drogas lícitas e ilícitas. De los 605 migrantes el 85.3% eran varones y 13.1% eran mujeres, la media de edad fue de 28 años ($DE = 7.73$) el 49.4% vive en pareja, además, el 69.4% emigra a Estados Unidos por desear mejorar económicamente y el 53.1% por razones familiares.

En relación con el estrés migratorio reportado como muy alto un 37.9% experimentó estrés migratorio a la partida, un 33.8% durante el trayecto y un 21.5% al arribo a los Estados Unidos experimentó muy alto estrés migratorio. De los migrantes que reportaron alto estrés migratorio el 29.5% señaló fue a la partida, el 34% lo experimentó durante el trayecto y el 32.5% fue a su arribo a los Estados Unidos.

En relación con el consumo de drogas se observó, que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue de 53.6% y de estos el 33.6% incrementó el consumo cuando estaba en los Estados Unidos. Respecto a la prevalencia alguna vez en la vida del uso de drogas ilícitas el 33.6% refirió consumo, de ellos el 80.35% tuvo este consumo antes de migrar, de estos el 46.3% reportó consumo solo en México, el 34% tanto en México como en Estados Unidos y el 17.7% inicio el consumo en los Estados Unidos. En relación con las drogas ilícitas más consumidas esta son marihuana con un 11.9%, cocaína 11.1%, crack 4%, metanfetaminas 2.1% y éxtasis 1.8%.

Los resultados reportaron como factores protectores para uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida el conocimiento del idioma inglés ($\beta = -.74, p = .012, OR = .477$) y el afrontamiento al estrés migratorio por el traslado ($\beta = -.126, p = .043, OR = .882$). De forma inversa como factores de riesgo para uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida

se encontró el consumo de alcohol ($\beta = 1.847, p < .001, OR = 6.339$), contar con compañeros usuarios de drogas ($\beta = 1.056, p = .045, OR = 2.874$), tener amigos usuarios de drogas ($\beta = 1.228, p = .015, OR = 3.414$), la ocurrencia de estrés migratorio por la llegada al lugar de destino ($\beta = .065, p = .006, OR = 1.067$) y la ocurrencia de estrés migratorio por el traslado ($\beta = .117, p = .017, OR = 1.124$).

Muñoz-García y Arellanez-Hernández (2015) realizaron un estudio que tuvo como objetivo comparar el nivel de ocurrencia e intensidad de estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento utilizadas en un grupo usuarios de drogas lícitas e ilícitas con otro grupo de no usuarios, e identificar la presencia de factores predictores asociados al consumo de estas sustancias en estudiantes de una secundaria en Ciudad Victoria, Tamaulipas.

El tipo de estudio fue correlacional, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, y una muestra de 334 participantes. Para medir el estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento, se utilizó la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Psicosocial y la Escala de estrategias de Afrontamiento al estrés psicosocial, elaboradas por Arellanez-Hernández et al. (2009), con base en la teoría de Lazarus y Folkman (1986), y en el inventario de estresores psicosociales elaborado por González-Forteza (1992); para medir el consumo de drogas se utilizó un cuestionario para examinar la prevalencia del consumo de sustancias alguna vez, en el último año y en el último mes.

Los resultados mostraron que el 48.06% de los adolescentes estudiantes de secundaria eran hombres y el 51.04% mujeres, con una edad promedio de 13.01 años ($DE = 1.06$). En cuanto la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se reportó un consumo de alcohol del 25.7%, de marihuana 5.7%, de cocaína 3%, sedantes 2.7%, solventes inhalables 2.4%, anfetaminas 1.8%, metanfetaminas 1.8%, tranquilizantes 1.5%, alucinógenos 1.2% y éxtasis 0.9%.

Respecto a la prevalencia de consumo en el último año se documentó un consumo de alcohol del 21%, marihuana 4.2%, cocaína 1.8%, sedantes 1.5%,

anfetaminas 0.9%, metanfetaminas 0.9%, tranquilizantes 0.9%, solventes inhalables 0.9%, éxtasis 0.6% y alucinógenos 0.6%. En relación con la prevalencia de consumo en el último mes se reportó respecto al alcohol un 19.8%, seguido de marihuana 3.9%, cocaína 1.5%, anfetaminas 0.9%, metanfetaminas 0.9%, tranquilizantes 0.9%, sedantes 0.9%, solventes inhalables 0.9%, éxtasis 0.6% y alucinógenos 0.6%.

Se encontraron diferencias significativas en la edad; el grupo de usuarios de drogas reportó una edad promedio de 13.5 años ($DE = 1.06$) mayor en comparación con la edad de los no usuarios que fue de 13 ($DE = .82$, $t = 2.28$, $gl = 301$, $p = .023$), no se reportaron diferencias significativas en el género, año escolar y ocupación entre usuarios y no usuarios de drogas lícitas e ilícitas.

En cuanto a la intensidad de estrés psicosocial, el estrés económico mostró diferencias significativas ($t = 2.83$, $p = .006$) entre estudiantes no usuarios de drogas ilícitas con una media de 1.11 ($DE = .78$) mientras que en los usuarios de drogas ilícitas se reporta una media de 1.80 ($DE = .85$); en el caso del estrés por enfermedad y accidentes se observaron diferencias significativas ($t = 1.99$, $p = .047$) los estudiantes no usuarios reportan una media de 1.06 ($DE = .79$) mientras que los usuarios de drogas ilícitas tiene una media de 1.39 ($DE = .93$).

Por último se observan diferencias significativas en la intensidad del estrés psicosocial global ($t = 2.94$, $p = .004$) los usuarios de drogas ilícitas reportan una media de intensidad de estrés psicosocial global de 1.04 ($DE = .67$) que es mayor que la media de los no usuarios de drogas ilícitas .72 ($DE = .55$).

Al valorar las estrategias de afrontamiento utilizadas en los participantes que habían referido estrés psicosocial entre usuarios y no usuarios de drogas ilícitas, se observa diferencia significativa en consumir bebidas alcohólicas para sentirse bien ($t = 2.56$, $p < .015$) los usuarios de drogas ilícitas presentan una media de .84 ($DE = 1.24$) de estrés psicosocial que es mayor que la media de los no usuarios de drogas ilícitas de .26 ($DE = .70$); por último, se observan diferencias significativas de

fumar para tranquilizarse ($t = 3.02, p = .005$) los usuarios de drogas ilícitas presentan una media de estrés psicosocial .90 ($DE = 1.30$) que es mayor que la media de los no usuarios de drogas ilícitas de .19 ($DE = .59$).

Se exploraron los predictores del consumo de drogas ilícitas, donde se encontró que la edad ($B = 1.69, p < .05$) y fumar tabaco para tranquilizarse como estrategia de afrontamiento ($B = 1.93, p < .01$), son predictores positivos del consumo de drogas ilícitas.

Zapata, Grzywacz, Cervantes y Merten (2016) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las asociaciones entre dos fuentes de estrés y el uso de alcohol, cigarrillos y marihuana entre adolescentes migrantes latinos de una zona urbana de Oklahoma. El tipo de estudio fue correlacional, con una muestra no probabilística compuesta de 102 participantes. Los resultados reportaron que el uso de alcohol de alguna vez en la vida está relacionado positiva y significativamente con el uso de cigarro alguna vez en la vida ($r_s = .60, p < .001$) y con el uso de marihuana alguna vez en la vida ($r_s = .60, p < .001$).

El uso de cigarro alguna vez en la vida se relacionó positiva y significativamente con el uso de marihuana alguna vez en la vida ($r_s = .85, p < .001$) y con el estrés ($r_s = .32, p < .01$).

El uso de marihuana alguna vez en la vida se relacionó positiva y significativamente con la edad ($r_s = .22, p < .05$). Respecto al patrón de consumo de alcohol alguna vez en la vida se reportó que el factor que actúa como riesgo es el género ya que incrementa dos veces la probabilidad de consumo ($OR = 2.90, IC95\% [1.14, 7.38], p = .026$); en relación al uso de cigarro alguna vez en la vida, el estrés por una limitada participación de los padres aumenta tres veces la probabilidad de consumo ($OR = 3.19, IC95\% [1.48, 6.90], p = .003$); finalmente tener amistad con personas negativas ($OR = 2.06, IC95\% [1.01, 4.22], p = .048$) y el estrés

($OR = 2.77$, $IC95\%$ [1.31, 5.86], $p = .007$) que aumenta dos veces la probabilidad de consumo de marihuana alguna vez en la vida.

En síntesis, el estrés se relaciona positiva y significativamente con el consumo de drogas durante el proceso migratorio, además, el contar con amigos que consumen drogas, y el uso de otras drogas son factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas (Arellanez-Hernández, 2016; Muñoz-García y Arellanez-Hernández, 2015; Zapata, Grzywacz, Cervantes y Merten, 2016).

Apoyo social y bienestar

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Cuadra-Peralta, Medina y Salazar (2016) realizaron un estudio ex post facto, correlacional, que tuvo como objetivo asociar las variables bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida (bienestar) en adultos mayores de la ciudad de Arica, Chile. La muestra fue de 150 adultos mayores, pertenecientes a agrupaciones gubernamentales y no gubernamentales de esta ciudad.

Los resultados mostraron que el apoyo social se correlacionó positiva y significativamente con la calidad de vida o bienestar ($r_s = .431$, $p < .001$) y el bienestar psicológico se relacionó positiva y significativamente con el bienestar general ($r_s = .76$, $p < .001$).

Barra (2012) realizó un estudio que tuvo como objetivo examinar la influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico, en estudiantes de la Universidad de Concepción en Chile. El estudio es de tipo correlacional transeccional, con un muestreo no probabilístico y una muestra compuesta de 450 estudiantes. Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en su adaptación española por Díaz et al. (2006) y para evaluar el apoyo social, se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido elaborado y validado en España por Gracia, Herrero y Musitu (2002).

Los resultados mostraron una relación positiva y significativa del apoyo social percibido total con el bienestar psicológico ($r_s = .32, p < .001$); además, el apoyo social percibido se relacionó positiva y significativamente con el bienestar psicológico tanto en los hombres ($r_s = .30, p < .001$), como en el caso de las mujeres ($r_s = .35, p < .001$).

El apoyo social total tiene efecto sobre el bienestar psicológico global mostrando diferencia significativa ($\beta = .16, t = 4.75, p < .01$), además, mostró diferencias significativas tanto en el caso de los hombres ($\beta = .15, t = 2.80, p < .01$), como en el de las mujeres ($\beta = .13, t = 3.04, p < .01$). Por último, existen diferencias significativas entre el apoyo social percibido en las mujeres que reportó una media de 24.91 ($DE = 3.00$) la cual fue más alta que en el caso de los hombres que documentó una media de 23.84 ($DE = 3.33$), mostrando diferencia significativa ($t = 3.57, p < .001$).

Vivaldi y Barra (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Concepción, Chile. El estudio fue de tipo correlacional, con una muestra no probabilística conformada por 250 participantes. Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Los resultados mostraron respecto al género, que 146 eran mujeres mientras que 104 eran hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70.8 años). El bienestar psicológico global se relacionó positiva y significativamente con el apoyo social en la muestra total ($r_s = .52, p < .01$); al examinar la relación por género, el bienestar psicológico global en hombres se relacionó positiva y significativamente con el apoyo social ($r_s = .51, p < .01$) y en el caso de las mujeres el bienestar psicológico global reportó una relación positiva y significativa con el apoyo social ($r_s = .54, p < .01$).

Al analizar las variables y sus diferencias respecto al género, el bienestar psicológico global en los hombres tuvo una media de 126.55 ($DE = 13.61$) la cual fue más alta, mientras que en las mujeres reportó una media de 122.27 ($DE = 11.98$) mostrando diferencia significativa ($t = 2.64, p < .01$); el apoyo familiar en los hombres

tuvo una media más alta de 14.23 ($DE = 2.71$) en contraste con el caso de las mujeres que referenció una media de 13.41 ($DE = 3.05$) reportando diferencia significativa ($t = 2.23, p < .05$); el apoyo de otros documentó en los hombres una media de 14.19 ($DE = 2.60$) mientras que en las mujeres se reportó una media de 13.01 ($DE = 2.94$) mostrando diferencia significativa ($t = 3.33, p < .01$); por último, el apoyo social total de los hombres reportó una media de 40.87 ($DE = 7.53$) la cual es mayor que en el caso de las mujeres que reportó una media de 38.06 ($DE = 7.95$) referenciando una diferencia significativa ($t = 2.86, p < .01$).

En síntesis, el apoyo social se correlacionó positivamente y significativamente con el bienestar general y el bienestar psicológico en ambos sexos (Cuadra-Peralta, Medina y Salazar, 2016; Barra, 2012; Vivaldi y Barra, 2012).

Espiritualidad y consumo de drogas

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Yáñez-Castillo, Villar-Luis y Alonso-Castillo (2018), realizaron un estudio descriptivo correlacional, en 4700 jóvenes, de dos Universidades del norte de México, que tuvo como objetivo identificar la relación entre espiritualidad y consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

Para medir el consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), validado para la población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992). Los resultados en relación con el sexo refieren que el 54.3% de los estudiantes pertenecían al sexo masculino, mientras 45.7% eran del sexo femenino, con una media de edad de 19.6 años ($DE = 1.7$).

En relación con la prevalencia de consumo de alcohol el 75% de los jóvenes universitarios ha consumido alcohol alguna vez en la vida, de los cuales un 62.3% lo ha hecho en el último año, un 43% en el último mes y el 23.3% en la última semana. El día que beben normalmente consumen en promedio 5.1 bebidas por ocasión ($DE = 4$). Se

reporta un no consumo de 37.3%, seguido del consumo sensato con un 25 %, el consumo dependiente con un 20.3% y finalmente un 17.3% presento consumo dañino.

En lo relacionado a la espiritualidad, el puntaje de la espiritualidad oscilo entre 57 y 116 puntos, con una media de 87.5 ($DE = 12.$), se reporta un nivel de espiritualidad alto. Se documentó una relación negativa y significativa entre las prácticas espirituales y el consumo de alcohol ($r_s = -.156, p < .001$).

Cervantes et al. (2018) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe de la espiritualidad con el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El diseño fue descriptivo-correlacional, con un muestreo probabilístico estratificado unietápico y la muestra estuvo conformada por 317 participantes. Los resultados mostraron una media de edad de los adolescentes de 15.9 años ($DE = .80$), respecto al sexo, el 53.9% fueron femeninas mientras que el 46.1% fueron del sexo masculino.

Respecto al índice de espiritualidad se reportó una media de 66.3 ($DE = 13.4, Mdn = 67.82$), el índice de creencias espirituales documentó una media de 56.5 ($DE = 25.9, Mdn = 58.3$), el índice de prácticas espirituales presentó una media de 49.5 ($DE = .20.8, Mdn = 50.0$) y el índice de necesidades espirituales demostró una media de 75.5 ($DE = 14.4, Mdn = 77.7$).

Relacionado al consumo de alcohol la cantidad de bebidas consumidas en un día típico fue en promedio de 2.6 ($DE = 4.3$). Se documentó una relación positiva y significativa entre las creencias espirituales y el índice de consumo dependiente de alcohol ($r_s = .18, p = .018$), de forma contraria se reportó un relación negativa y significativa entre las creencias espirituales y la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión ($r_s = -.117, p = .038$), por último, las necesidades espirituales se relacionaron de forma positiva y significativa con el índice de consumo de alcohol dañino ($r_s = .18, p = .017$).

Rodríguez-Puente et al. (2019) realizaron un estudio piloto con diseño cuantitativo-descriptivo en 35 adultos pertenecientes a los grupos de AA (Alcohólicos Anónimos) en Nuevo León, México, el objetivo fue determinar la perspectiva espiritual en integrantes de este grupo. Se utilizó la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed (1987), que evalúa el conocimiento de sí mismo, el sentido de conexión con un ser de naturaleza superior y la existencia de un propósito de vida.

El resultado mostró un promedio de 66.33 de índice total de espiritualidad ($DE = 17.23$), un promedio de índice de prácticas espirituales de 59.64 ($DE = 25.11$) y un promedio de índice de creencias espirituales de 70.70 ($DE = 16.60$), con base a lo anterior los miembros de este grupo de AA son considerados con un nivel alto de espiritualidad.

Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins y Oser (2013) realizaron un estudio que tuvo como propósito examinar la relación entre la espiritualidad y el consumo de alcohol, tabaco y cocaína en mujeres afroamericanas del sur del estado de Kentucky, Estados Unidos. El estudio es de tipo correlacional, con una muestra de 206 afroamericanas consumidoras de drogas. La espiritualidad se midió a través de la Escala de Bienestar Espiritual en su versión modificada por Staton, Webster, Hiller, Rotosky y Leukefeld (2003).

Los resultados mostraron que el bienestar espiritual total tiene una media 116 ($DE = 15.3$, rango de 64-144), en el caso de bienestar espiritual existencial una media de 52.9 ($DE = 9.9$, rango de 22-72) y en el bienestar espiritual religioso reportó una media de 63.2 ($DE = 7.9$, rango de 31-72). Respecto al consumo de sustancias en los últimos 30 días, el consumo de tabaco documentó una media de 21.4 ($DE = 13$, rango de 0-30), el consumo de marihuana reportó una media de 5.15 ($DE = 9.48$, rango de 0-30), el consumo de cocaína demostró una media de 2.04 ($DE = 6.02$, rango de 0-30) y el consumo de alcohol reportó una media de 1.99 ($DE = 5.37$, rango de 0-30).

El bienestar espiritual existencial se relacionó positiva y significativamente con el bienestar espiritual religioso ($r_s = .47, p < .01$); además, el bienestar espiritual existencial se relacionó negativa y significativamente con el consumo de alcohol ($r_s = -.24, p < .01$) y cocaína ($r_s = -.22, p < .01$).

En síntesis, el bienestar espiritual se relacionó negativa y significativamente con el consumo de alcohol, tabaco y cocaína (Yáñez-Castillo, Villar-Luis y Alonso-Castillo, 2018; Cervantes et al., 2018; Rodríguez-Puente et al., 2017; Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins y Oser, 2013)

Apoyo social y consumo de drogas

Se incluyen estudios en otras poblaciones en virtud de escasos estudios localizados en población migrante.

Hinojosa, Alonso, Armendáriz, López, Gómez y Álvarez (2018) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación y efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol.

El diseño fue correlacional y predictivo con una muestra estimada para un Coeficiente de correlación con un nivel de significancia de .05, con una potencia de .90 y un efecto de diseño de .12, lo cual es considerado un efecto entre mediano y grande (Cohen, 1988); obteniéndose un total de la muestra de 135 sujetos.

Los instrumentos de medición para la espiritualidad fue la Escala de Perspectiva Espiritual, elaborada por Reed (1986), el apoyo social fue medido a través del Cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptada al español por Londoño et al. (2012), el bienestar social fue medido a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998) adaptada al español por Blanco y Díaz (2005) y para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Los resultados mostraron en relación con la dimensión de apoyo social que el promedio de familiares cercanos fue de 3.5 ($DE = 3.2$), mientras que el promedio de amigos cercanos fue de 4.3 ($DE = 3.4$). Con respecto a la espiritualidad, se observó una relación positiva y significativa con bienestar psicológico ($r_s = .50, p < .01$), con el apoyo social ($r_s = .43, p < .01$) y con el bienestar social ($r_s = .32, p < .01$); además, el apoyo social se relacionó positiva y significativamente con bienestar psicológico ($r_s = .65, p < .01$) y bienestar social ($r_s = .54, p < .01$), por último el bienestar psicológico se relacionó positiva y significativamente con el bienestar social ($r_s = .74, p < .01$).

La espiritualidad tuvo un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico y bienestar social en forma conjunta ($\beta = .924, F = 5.38, gl = 2, p = .006$), al igual que el apoyo social reportó un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico y bienestar social en forma conjunta ($\beta = .556, F = 52.28, gl = 2, p < .001$). Pero cuando se analizan por separado la espiritualidad tiene efecto sobre el bienestar psicológico ($SC = 1405.268, CM = 1405.268, F = 7.987, gl = 1, p = .005$), pero no sobre el bienestar social. Además, el apoyo social si tiene efecto positivo y significativo sobre el bienestar psicológico ($SC = 16987.577, CM = 16987.577, F = 96.556, gl = 1, p < .001$) y con el bienestar social ($SC = 11580.431, CM = 11580.431, F = 68.529, gl = 1, p < .001$).

Debido a lo anterior la espiritualidad es predictor del bienestar psicológico con un coeficiente de determinación de 56.0% y la espiritualidad y el apoyo social son predictores del bienestar social con un coeficiente de determinación de 40.7%.

Ansoleaga y Castillo-Carniglia (2011) realizaron un estudio descriptivo, exploratorio, que tuvo como objetivo describir y analizar el riesgo psicosocial laboral y la sintomatología de salud mental en 77 trabajadores no clínicos de un hospital público de Santiago de Chile.

Los resultados mostraron asociación significativa de bajo apoyo social y consumo de psicotrópicos ($p < .05$) se observó que cuando tenían bajo apoyo social el 9.1% de estos, no consumió drogas psicotrópicas y 36.1% si tuvo este consumo. En relación con el bajo apoyo emocional y consumo de psicotrópicos se observó asociación significativa ($p = .05$) donde el 8.3% no consumió psicotrópicos y el 38.2% si consumió psicotrópicos. Finalmente, en relación con el bajo apoyo social e instrumental y consumo de psicotrópicos se observó asociación significativa ($p = .05$) de los cuales el 5.6% no consumió psicotrópicos y el 38.1% si realizó este consumo. Por lo que los autores indican que cuando existe bajo apoyo social, emocional y apoyo social instrumental, será más alto el consumo de drogas psicotrópicas.

Musitu, Jiménez y Murgui (2007) efectuaron un estudio correlacional en el que participaron un total de 625 adolescentes de 4 centros de Enseñanza Secundaria de la comunidad Valenciana, que tenía como objetivo analizar las relaciones entre el apoyo social y el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y cannabis).

Se reportó respecto a la relación entre el apoyo social y consumo de sustancias, un efecto negativo y significativo entre el apoyo social intrafamiliar y el consumo de sustancias ($\beta = -.71, p < .001$), mientras que se observó un efecto positivo y significativo cuando se trata del apoyo social extrafamiliar ($\beta = .68, p < .001$). Por lo anterior los autores indican que el apoyo social intrafamiliar actúa como factor de protección y el apoyo social extrafamiliar está actuando como factor de riesgo.

Jiménez, Musitu y Murgui (2006) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar el efecto del apoyo social percibido en el consumo de sustancias de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. El estudio fue de tipo correlacional con un muestreo probabilístico aleatorio para los centros de educación y las aulas, se obtuvo una muestra conformada por 431 adolescentes de ambos sexos con edades de 15 a 17 años.

Los resultados mostraron respecto al sexo, el 52.2% son del sexo femenino, mientras que el 47.8% son del sexo masculino. El análisis de regresión reporta que el apoyo social del novio (a) predice positiva y significativamente el riesgo de consumir tabaco ($\beta = .12, p < .05$) con un coeficiente de determinación de $R^2 = 14\%$; referente al consumo de alcohol, el apoyo del padre ($\beta = -.16, p < .01$) predice negativamente el consumo de alcohol, mientras que el apoyo del novio (a) ($\beta = .18, p < .001$), predice positiva y significativamente el consumo de alcohol con una varianza explicada de $R^2 = 59\%$.

Por último, referente al consumo de hachís, el apoyo social del padre ($\beta = -.146, p < .01$) predice de forma negativa el consumo de hachís con un coeficiente de determinación de ($r^2 = 21\%$). Los autores recomiendan seguir estudiando el apoyo social como un constructo multidimensional, considerando las diferentes fuentes que proporcionan este apoyo.

En síntesis, cuando existe bajo apoyo social, emocional y apoyo social instrumental, será más alto el consumo de drogas psicotrópicas, el apoyo social intrafamiliar actúa como factor de protección y el apoyo social extrafamiliar está actuando como factor de riesgo (Hinojosa, Alonso, Armendáriz, López, Gómez y Álvarez, 2018; Ansoleaga y Castillo-Carniglia, 2011; Musitu, Jiménez y Murgui, 2007; Jiménez, Musitu y Murgui, 2006).

Definición de Términos

A continuación, se describen los conceptos operativos de las variables de estudio y su forma de medición.

Edad

Son los años cumplidos que informa tener la persona migrante en el momento de la entrevista. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Sexo

Es la condición biológica y se reporta como femenino y masculino. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Escolaridad

Son los años de estudios formales que ha cursado la persona migrante; además, del último grado escolar que tiene. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Estado civil

Es la condición de la persona migrante respecto a la situación legal de la relación con otra persona, pudiendo encontrarse como soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado y separado. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Ocupación

Se refiere a las actividades laborales antes de migrar y en el lugar de espera antes de llegar a su destino final por la que la persona migrante recibe o no remuneración económica, pudiendo trabajar como: albañil o trabajador de la construcción, intendencia, trabajo doméstico, trabajo en el área del sexo comercial, obrero, comerciante en pequeño, ayudantes entre otros. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Religión

Es el conjunto de creencias religiosas que profesa la persona migrante y que pueden ser cristiano, católico, mormón, testigo de Jehová, budistas, protestantes, musulmanes, politeísta, entre otras. Esta variable sociodemográfica se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas.

Características de la migración

Son razones y dificultades que percibe la persona durante la migración desde su salida, trayecto y su llegada a México (tercer país seguro) mientras esperan ser recibidos en el país de destino final (Estados Unidos). Incluye además, algunas particularidades como lugar de nacimiento, personas con las que viaja, como se mantiene económicamente mientras llega al lugar de destino final, que hará si no logra cruzar la frontera, si ha enfermado y donde recibió atención médica, entre otros. Se midió con dos subescalas Cuestionario de Migración del Módulo sobre Migración de la Encuesta Nacional del Empleo (INEGI, 2002).

Intolerancia hacia la incertidumbre

Son las percepciones y emociones que tiene la persona migrante ante circunstancias o hechos que pueden ser difíciles, catastróficos e inciertos que generan ambigüedad y falta de certeza. Se midió mediante la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre de Freeston et al. (1994), adaptada al español por González, Cubas, Rovella y Darias (2006).

Estrés migratorio

Son preocupaciones, mortificaciones y nerviosismo que percibe la persona migrante durante la migración desde la partida, el trayecto y la llegada a México (tercer país seguro) respecto a su ocurrencia o frecuencia y la intensidad mientras esperan ser recibidos en el país de destino final que es Estados Unidos. Se midió con la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio (OIEM) de Arellanez, Ito y Reyes (2009).

Apoyo social

Es la compañía, asistencia, ayuda, apoyo, consejería, fuente de información y de afecto, que percibe la persona migrante, de parte de familiares, amigos, compañeros migrantes, y otras personas interesadas en apoyar a los migrantes. Se midió a través de la Cuestionario MOS-SSS de Sherbourne y Stewart (1991), adaptada al español por Londoño et al. (2012).

Espiritualidad

Es la experiencia interna que tiene la persona migrante que se evidencia a través de la autoconciencia, las prácticas y creencias espirituales, y las necesidades espirituales, como leer materiales espirituales, hacer meditación, orar, dar sentido a su vida y considerar la espiritualidad como una guía para tomar decisiones. Se midió a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1987).

Bienestar físico

Se considera a las prevalencias de consumo de alcohol global (alguna vez en la vida), lápsica (último año), actual (última semana), e instantánea (últimos siete días) además, se incluye el tipo de consumo de alcohol de bajo riesgo, se considera a la ingesta de no más de dos bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en las mujeres y no más de cuatro bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en los varones, además, de la ausencia de síntomas derivados del consumo de alcohol, así como la ausencia de consumo de drogas ilícitas y el consumo experimental de estas drogas, pero sin continuidad de la conducta.

Se midió con el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de Babor et al. (1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992), además, con las preguntas de la 10 a la 17 de la Cedula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Drogas y la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la OMS (2011).

Consumo de alcohol de bajo riesgo

Se refiere al consumo de alcohol de no más de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en mujeres y en varones no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana y sin presentar consecuencias o síntomas relacionados con el consumo de alcohol, se midió con las preguntas de la 1 a la 3 del Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de Babor et al. (1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992).

No consumo de drogas ilícitas

Es la ausencia de consumo de sustancias ilícitas, y consumo experimental pero no continuado, se midió con la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la OMS (2011).

Bienestar psicológico

Es la perspectiva de la persona migrante de que tiene un funcionamiento mental y emocional positivo que se muestra en la autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Se midió a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) adaptado al español por Díaz et al. (2006).

Bienestar social

Es la percepción que tiene la persona migrante sobre su desempeño en la sociedad, que se evidencia a través de la integración social, la contribución, la actualización social, la aceptación y la coherencia social, se midió a través del cuestionario de Bienestar Social de Keyes, (1998) que fue adaptada al español por Blanco y Díaz (2005).

No Bienestar

Se incluye el consumo de alcohol de riesgo o dependiente y perjudicial; además, del consumo de drogas ilícitas.

Consumo de alcohol de riesgo o dependiente y perjudicial

El consumo de riesgo o dependiente de alcohol se refiere a la ingesta de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los varones y de tres a cinco bebidas por ocasión en las mujeres, además, que hayan dejado de realizar sus actividades por consumir alcohol, o que de una vez iniciado el consumo no pudiera detenerse y beber en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior.

El consumo de alcohol perjudicial ocurre cuando se ingiere en un día típico seis o más bebidas alcohólicas para las mujeres, y diez o más en los hombres; además, de

que alguna persona cercana o personal de salud, le manifieste al individuo su preocupación por su forma de beber, también por presentar síntomas tales como sentirse culpable o tener remordimiento por haber bebido, haber resultado lesionado o lesionar a otros como consecuencia del consumo y olvidar lo que ha pasado durante el tiempo que se ingiere bebidas alcohólicas, se midió con las preguntas de 4 a la 10 del Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de Babor et al. (1989).

Consumo de drogas ilícitas

Es el consumo regular de drogas alguna vez en la vida, en el último año, mes y semana y en los últimos tres meses. Las drogas ilícitas se clasifican en cannabis, cocaína (crack), anfetaminas (éxtasis, metanfetaminas), inhalantes (gasolina, pagamento, solventes), tranquilizantes (diazepam, rohipnol, lorazepam, alprazolam), alucinógenos (LSD, Ketamina, ácidos), opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina) se midió mediante la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la OMS (2011) y con Cedula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Drogas.

Objetivo General

Verificar la capacidad explicativa del Modelo características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, apoyo social y espiritualidad por edad y sexo.
2. Identificar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico, psicológico y social.
3. Identificar los tipos de consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas.
4. Determinar las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y drogas ilícitas

5. Demostrar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el consumo de alcohol dependiente y perjudicial.

Hipótesis

H1 Las características de la migración influyen en la intolerancia hacia la incertidumbre.

H2 La intolerancia hacia la incertidumbre tiene efecto positivo en el estrés migratorio.

H3 El apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente al estrés migratorio.

H4 El apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente al bienestar físico, psicológico y social.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se incluye: el diseño, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

Es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, predictivo y de comprobación de modelo (Polit y Tatano, 2012; Grove, Burns y Gray, 2013). Es descriptivo porque se especifican las variables tal y como se presentan en la naturaleza. Es correlacional porque se asociaron dos o más variables del presente estudio. Es predictivo porque se conoció el efecto de las variables independientes sobre la variable dependiente que es el bienestar. De comprobación de Modelo debido a que el objetivo del estudio fue verificar un modelo explicativo donde las variables características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre y estrés migratorio mediante la espiritualidad y apoyo social predicen el bienestar (físico, psicológico y social) (Burns y Grove, 2012).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por personas migrantes mayores de 18 años de ambos sexos localizados en 10 casas de migrantes de los Municipios de Tijuana y Tecate, B. C, que son: Casa Puerta de Esperanza Ejército de Salvación (20), Albergue Ejército de Salvación, A.C (150), Casa del Migrante la Viña de Tijuana (50), Casa del Migrante en Tijuana, A.C (180), Casa de Oración del Migrante, A.C (50), Instituto Madre Assunta (50), Misión Evangélica Roca de Salvación, A.C (80), Proyecto Salesiano, Desayunador Padre Chava (120); y en el municipio de Tecate, B. C: Casa del Migrante de Nuestra Señora de Guadalupe (40). Con una población que asciende a un total de 740 personas migrantes.

El muestreo fue probabilístico aleatorio estratificado, con asignación proporcional al tamaño de cada uno de los diez estratos que corresponden a cada casa de migrante. La estimación del cálculo de la muestra se determinó mediante el paquete estadístico nQuery Advisor® 7.0 (Elashoff, 2007), para una Regresión Lineal Múltiple de nueve variables, con un nivel de confianza de 95%, límite de error de estimación de .05, potencia de 90% y un tamaño de efecto de .07, considerando una tasa de no respuesta del 5%, obteniendo una muestra de 245 participantes.

Los participantes se asignaron según el tamaño de cada estrato (casa de migrante) de la forma siguiente: Casa Puerta de Esperanza Ejército de Salvación ($n=7$), Albergue Ejército de Salvación, A.C ($n=53$), Casa del Migrante la Viña de Tijuana ($n=18$), Casa del Migrante en Tijuana, A.C ($n=63$), Casa de Oración del Migrante, A.C ($n=18$), Instituto Madre Assunta ($n=18$), Misión Evangélica Roca de Salvación, A.C ($n=28$), Proyecto Salesiano, Desayunador Padre Chava ($n=42$) y Casa del Migrante de Nuestra Señora de Guadalupe ($n=14$) del municipio de Tecate.

Criterios de inclusión: personas adultas migrantes con un año máximo de estancia en la frontera norte de México (Tijuana y Tecate) que están en espera de ser recibidos por el país de destino final (Estados Unidos).

Criterios de exclusión: adultos migrantes que estén bajo los efectos de las drogas.

Criterios de eliminación: se eliminan los cuestionarios que no se completaron por las personas migrantes.

Instrumentos de Medición

En el presente apartado se presentan los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos. Se utilizó la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas y nueve instrumentos de lápiz y papel: Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas (Apéndice A), dos subescalas del Cuestionario de Migración del Módulo sobre Migración de la Encuesta Nacional del Empleo (Apéndice

B), Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre de Freeston et al. (1994) (Apéndice C), Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio de Arellanez, Ito y Reyes (2009) (Apéndice D).

El Cuestionario de Apoyo Social de MOS de Shokebumroong (1992) (Apéndice E), Escala de Perspectiva Espiritual de Reed (Apéndice F), Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Apéndice G), Escala de Bienestar Social de Keyes (Apéndice H), Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol de Babor et al. (1989) (Apéndice I) y la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011) (Apéndice J) que se describen a continuación:

La Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas (Apéndice A) se integra de dos partes; la primera corresponde a los datos sociodemográficos edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y religión, con opciones de respuesta. La segunda parte la integran preguntas que buscan indagar sobre la prevalencia de consumo de drogas (alcohol y drogas ilícitas) con preguntas dicotómicas con respuesta de si y no, sobre prevalencias de consumo alguna vez en la vida, el último año, el último mes y la última semana.

Las características de la migración se midieron con dos subescalas Cuestionario de Migración, del Módulo sobre Migración de la Encuesta Nacional del Empleo (Apéndice B), la cual fue diseñada por Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). El propósito de este instrumento es conocer las razones y dificultades que experimentan las personas migrantes que se encuentran en las ciudades de Tijuana y Tecate en el Estado de Baja California albergadas temporalmente en diez casas de migrantes. El Cuestionario de Migración se conforma por 43 preguntas que se dividen en tres apartados sobre migración interna y laboral a los Estados Unidos, razones o motivaciones para migrar y dificultades durante el proceso migratorio.

Para medir la intolerancia hacia la incertidumbre se utilizó la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (Apéndice C), de Freeston et al. (1994), desarrollada para personas que hablan francés que residen en Canadá, con el propósito de evaluar la relación del componente cognitivo y emocional ante circunstancias o hechos que pueden ser difíciles, catastróficas e inciertos que generan ambigüedad y falta de certeza. La escala fue adaptada al español por González, Cubas, Rovella y Darias (2006), en 997 estudiantes de psicología de la Universidad de las Canarias con el objetivo de conocer la vulnerabilidad cognitiva y emocional asociada por una preocupación incontrolada, ambigüedad y falta de certeza antes las circunstancias que se presentan.

La escala de forma inicial se conforma por 74 reactivos divididos en seis áreas de evaluación: las consecuencias conductuales y emocionales de estar inseguro, el modo en que el estar inseguro refleja el carácter de la persona, las expectativas de que el futuro sea predecible, la frustración cuando no lo es, los intentos de controlar el futuro y las respuestas de todo o nada en situaciones inciertas. Posteriormente los autores redujeron a 27 reactivos después de realizar el análisis factorial exploratorio con una varianza explicada de 74%.

La escala final está integrada con un patrón de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta 1. En absoluto (Nunca), 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Frecuentemente y 5. Mucho (Siempre), la escala tiene como puntaje máximo 135 puntos y como mínimo 27, donde a mayor puntaje más alta es la intolerancia hacia la incertidumbre, no obstante, para facilitar el procesamiento de la escala se obtendrán índices de 0 a 100 señalando que a mayor índice más alto la intolerancia hacia la incertidumbre. El instrumento fue validado al español en estudiantes de psicología de la Universidad de las Canarias obtuvo consistencia interna de .95 (González, Cubas, Rovella y Darias, 2006).

El estrés migratorio se midió con la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio (Apéndice D) de Arellanez, Ito y Reyes (2009) que fue diseñada para

mexicanos en proceso de migración, con el propósito de identificar la presencia de estrés y preocupación durante el proceso migratorio.

La escala está integrada por tres subescalas: preparación para la partida, trayecto y llegada al lugar destino, conformada por 24 reactivos, cuando se evalúa la ocurrencia o la ausencia de los estresores durante el proceso migratorio, se califica como 0 cuando el evento no ocurrió y con 1 si el evento se presentó. Posteriormente se valora la intensidad a través de una escala tipo Likert (1. Nada, 2. Poco, 3. Regular y 4. Mucho). La escala contempla aspectos de la vida diaria de la persona migrante, con una puntuación mínima de cero puntos cuando no le ha sucedido el evento, sin embargo, cuando ya sucedió el evento el puntaje mínimo es de 24 y la puntuación máxima de 96, basado en esta escala se identifican cinco niveles de intensidad de estrés migratorio (1. Muy bajo, 2. Bajo, 3. Moderado, 4. Alto, y 5. Muy Alto), donde a mayor puntaje mayor intensidad de estrés.

La escala se conforma de tres subescalas: la primera subescala está integrada por seis reactivos y evalúa el estrés ante la preparación para la partida reportando por Arellanez, Ito y Reyes, (2009) un Coeficiente Alpha de Cronbach de .91, la segunda subescala está conformada por seis reactivos y evalúa el estrés durante el trayecto reportando un Coeficiente Alpha de Cronbach de .94 y la tercera subescala se encuentra integrada por doce reactivos y valora el estrés por la llegada al lugar destino reportando un Coeficiente Alpha de Cronbach de .97.

La escala se aplicó a 605 mexicanos migrantes hacia los Estados Unidos o que fueron deportados a México, donde obtuvo un Coeficiente Alpha de Cronbach de .95 para toda la escala (Arellanez, Ito y Reyes, 2009).

La variable de apoyo social se midió a través del Cuestionario de Apoyo social de MOS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) (Apéndice E) de Sherbourne y Stewart (1991), este fue diseñado para medir el apoyo social en una población de pacientes norteamericanos con enfermedades crónicas, por ello la escala original se

encuentra en idioma inglés, con el propósito de indagar sobre el apoyo social percibido por las personas.

La escala fue adaptada al español por Londoño et al. (2012) para población colombiana siguiendo los mismos conceptos del apoyo social de la escala original contemplando sus cuatro dimensiones. Mide el apoyo social en su dimensión estructural (el tamaño de la red social) y funcional (la utilidad que ésta tiene). El instrumento consta de 20 reactivos donde el primer reactivo se evalúa con porcentajes, el resto del instrumento se presenta en una escala Likert con cinco opciones de respuesta que van desde nunca (con un valor de uno) hasta siempre (con valor de cinco), la escala permite obtener una puntuación por cada dimensión.

De acuerdo con el análisis factorial realizado por Londoño et al. (2012), el factor uno está constituido por los reactivos 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18 y 19 y correspondería al denominado apoyo emocional/informacional, el factor dos corresponde a los reactivos 6, 10 y 20 y es el denominado apoyo afectivo. Finalmente, el factor tres está formado por los reactivos 2, 5, 12, 15 y conforman el apoyo instrumental. En la versión adaptada por Londoño et al. (2012) los reactivos que en la versión original formaban la dimensión de interacción social positiva se incorporan en su totalidad a la dimensión de apoyo emocional/informacional. El puntaje global de apoyo máximo es de 95, con valor medio de 57 y un mínimo de 19, donde entre mayor sea la puntuación, mayor es el apoyo social percibido.

El instrumento fue utilizado en población colombiana (Londoño et al., 2012) reportando un Alpha Cronbach de .94; en Chile para estudiar la violencia en la pareja, el apoyo social y el bienestar psicológico en adultos jóvenes, obteniendo un Alpha de Cronbach de .95 para la escala total (García et al., 2014); y en México fue utilizado para medir el apoyo social en adultos mayores, mostrando un Alpha de Cronbach de .91 (Morales, 2014).

La variable espiritualidad se midió mediante la Escala de Perspectiva Espiritual (Apéndice F) de Reed (1986), el instrumento original tiene como propósito valorar a la persona y su relación con la espiritualidad, así como su conexión con un ser superior, la visión espiritual de una persona y las interacciones relacionadas con la espiritualidad en adultos norteamericanos con enfermedades terminales.

Consta de 10 enunciados que se califican en un rango del uno a seis para un puntaje total de 60, dónde a mayor puntaje mayor espiritualidad, las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Mas o menos una vez al año, 4) Mas o menos una vez al mes, 5) Mas o menos una vez a la semana y 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 son respondidas de la siguiente manera: 1) Extremadamente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) En desacuerdo más que en acuerdo, 4) De acuerdo más que en desacuerdo, 5) De acuerdo y 6) Extremadamente de acuerdo.

La escala mide el conocimiento de sí mismo, un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo. El instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida. El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales (1 al 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (5 al 10); ambas se califican en un rango de 1 a 6, para un puntaje total de 24 la primera subescala y 36 la segunda. El puntaje de la escala total oscila entre 10 a 60 puntos, donde a mayor puntaje mayor espiritualidad.

El instrumento se ha aplicado en idioma español y ha mostrado consistencia interna aceptable al medir el nivel de bienestar espiritual en adultos mayores de una población mexicana, reportando un Alpha de Cronbach de .97 (Whetsell, Frederickson, Aguilera, y Maya, 2005); en estudiantes universitarios Latinos y no Latinos en el Suroeste de los Estados Unidos. 89 (Campesino, Belyea, y Schwartz, 2009) y en Cali,

Colombia en una población de mujeres que reportaron maltrato .90 (Canaval, González, y Sánchez, 2007).

El Bienestar Psicológico se midió con la Escala de Bienestar Psicológico (Apéndice G) de Ryff (1989), que tiene como objetivo de medir el bienestar psicológico que se refleja en su salud mental y en las conductas positivas, se desarrolló con el propósito de medir el bienestar psicológico en adultos de Norteamérica. Fue adaptada y validada al idioma español por Díaz et al. (2006) (Apéndice F) en universitarios colombianos siguiendo conceptualmente lo establecido por Ryff (1989).

El instrumento cuenta con un total de seis subescalas y 29 enunciados que se responden en una escala tipo Likert, con opciones de respuesta que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), donde a mayor puntuación mayor bienestar psicológico. Las subescalas están conformadas de la siguiente manera: auto aceptación, reactivos 1, 7, 17, 24; relaciones positivas, reactivos 2, 8, 12, 22 y 25; autonomía, reactivos 3, 4, 9, 13, 18 y 23; dominio del entorno, reactivos 5, 10, 14, 19 y 29; propósito de vida, reactivos 6, 11, 15, 16 y 20 y crecimiento personal, reactivos 21, 26, 27, 28.

De acuerdo con el análisis factorial realizado por Díaz et al. (2006) se redujo de 39 reactivos a 29 con la finalidad de facilitar su aplicación en diferentes ámbitos y mejorar las propiedades psicométricas. La escala en la versión al español Díaz et al. (2006) mostró una consistencia interna aceptable, con valores comprendidos entre .70 y .84 para sus seis subescalas; además, el instrumento fue utilizado en Chile por Barra (2012), en una población de jóvenes universitarios, y en un estudio realizado en docentes y alumnos de cuatro instituciones privadas de Iquique, Chile (Leal-Soto, Ramírez, y Valdivia, 2014) reportando un Alpha de Cronbach de .85 y .87 respectivamente.

El bienestar social se midió con la Escala de Bienestar Social (Apéndice H) de Keyes (1998), esta escala se construyó en el idioma inglés con el fin de evaluar al

individuo como ser social y fue desarrollada con el propósito de valorar las circunstancias y el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad norteamericana. Posteriormente fue adaptada al español por Blanco y Díaz (2005) para medir el bienestar social en estudiantes de psicología y trabajadores de diversas empresas, de acuerdo al análisis factorial realizado por los autores, el modelo teórico de cinco factores propuesto, se ajustó según los datos.

La escala en español consta de 25 reactivos y evalúa la percepción que las personas tienen sobre cinco dimensiones del entorno social que facilitan su bienestar psicológico: integración social, aceptación social, contribución social, actualización y coherencia social. La forma de respuesta se basa en una escala tipo Likert que va desde uno (totalmente en desacuerdo) a cinco (totalmente de acuerdo). Para el análisis de sus puntuaciones en esta escala, se deben invertir las puntuaciones de los reactivos: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 25. Para evaluar la escala se suman los reactivos según las dimensiones y se dividen por el número total de reactivos de esa dimensión.

El Alpha de Cronbach del total de la escala en español aplicada a los estudiantes de psicología de Madrid (Blanco y Díaz, 2005) es de .86; en tanto que para la dimensión de aceptación .83, coherencia .68, integración .69, contribución .70, y actualización .79. Además, fue utilizado en la comunidad de Guipúzcoa, España en docentes de educación primaria obteniendo un Alpha de Cronbach de .88 para la escala total y para la dimensión de aceptación .84, coherencia .71, integración .74, contribución .77 y actualización .67. (Alonso y Martínez, 2011).

El consumo de alcohol se midió con el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) (Apéndice I) de Babor et al. (1989) utilizado por la OMS para su aplicación en el ámbito de la atención primaria en población de seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América) y validada en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992).

El objetivo del cuestionario es identificar los tipos de consumo de alcohol en el último año. Este instrumento consta de 10 reactivos, divididos en tres dominios: el primer dominio corresponde a los reactivos 1, 2 y 3 las cuales hacen referencia a la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, se considera a la ingesta de no más de dos bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en las mujeres y no más de cuatro bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en los varones, además, de la ausencia de síntomas derivados del consumo de alcohol.

El segundo dominio corresponde a los reactivos 4, 5 y 6, exploran la posibilidad de que exista dependencia (de riesgo) de consumo de alcohol. El tercer dominio corresponde a los reactivos 7, 8, 9 y 10 y se refieren al consumo perjudicial. Las opciones de respuesta de la pregunta uno es: 0) nunca, 1) una o menos veces al mes, 2) de dos a cuatro veces al mes, 3) de dos a tres veces a la semana y 4) cuatro o más veces a la semana. Las opciones de respuesta de la pregunta dos es: 0) uno o dos, 1) tres o cuatro, 2) cinco o seis, 3) siete a nueve y 4) diez o más. Las opciones de respuesta de las preguntas tres a la ocho son: 0) nunca, 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi diario. Para las preguntas nueve y diez las opciones de respuesta son: 0) no, 2) sí, pero no en el último año y 4) sí, en el último año.

El AUDIT tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. La clasificación del patrón de consumo se obtiene sumando los reactivos, los puntos de corte son de 1 a 3 se considera consumo de alcohol de bajo riesgo, de 4 a 7 puntos es el inicio del problema y puede representar consumo de alcohol dependiente o de riesgo y de 8 a 40 puntos existe un consumo perjudicial de alcohol. El consumo de riesgo es un tipo de consumo de alcohol donde no aparecen síntomas derivados de este consumo.

El consumo de alcohol de riesgo, dependiente y perjudicial incluye un conjunto de síntomas que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol y estos problemas pueden ser conductuales, cognitivos y fisiológicos, se manifiestan por la

dificultad de no poder parar una vez que inicia el consumo, además, de continuar con el consumo a pesar de las consecuencias. Finalmente, el consumo perjudicial es aquel que conlleva consecuencias para la salud tanto física como mental también pueden incluirse las consecuencias sociales, así como no realizar sus actividades a causa del consumo, así como que personas y personal de salud le hubieran manifestado su preocupación por su forma de beber (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001).

El puntaje total se transformó a índice de 0 a 100, donde mayor índice mayor trastorno por el consumo de alcohol. Este instrumento fue validado para población mexicana por De la Fuente y Kershenovich en 1992 y ha sido aplicado en el familiar principal de la persona dependiente del alcohol obteniendo una consistencia interna de .77 (Hinojosa, Alonso, Armendáriz, López, Gómez y Álvarez, 2018) y en trabajadores mexicanos de la Ciudad de México y de Coahuila de Zaragoza reportando un Alpha de Cronbach de .89 a .93 (Carreño, 2006; Cortaza y Alonso, 2007).

Para medir el consumo de drogas ilícitas se utilizó la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) (Apéndice J), desarrollado por la OMS en 2011 que tiene como objetivo identificar el consumo de sustancias ilícitas alguna vez en la vida y en últimos tres meses así como detectar los trastornos por uso de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalables, sedantes o benzodiazepinas, alucinógenos, opiáceos otras drogas). El ASSIST versión 3 debe ser aplicado mediante entrevista y no de forma autoadministrada en el primer nivel de atención.

El instrumento consta de ocho preguntas, cuya puntuación general se realiza de las preguntas dos a la siete, los resultados contemplados en la pregunta ocho no son incluidos, sin embargo, el consumo de drogas inyectables es un indicador de alto riesgo. La prueba señala una puntuación de riesgo para cada sustancia, donde la evaluación de estas preguntas corresponde al nivel de riesgo (bajo, moderado y alto) y dependencia para cada sustancia.

Para los participantes que obtengan de 0 a 3 puntos, se encuentran en riesgo bajo de presentar problemas con el uso de sustancias, para los participantes que obtengan una puntuación que va de 4 a 26 puntos tienen riesgo moderado y para los participantes que obtengan 27 puntos o más, se considera que tiene riesgo alto de dependencia al consumo de la sustancia y como resultado de dicho consumo dificultades de salud, problemas sociales, en el ámbito económico y legal, así como en las relaciones interpersonales.

La prueba ha sido utilizada en una población de 400 adultos chilenos usuarios de servicios de tratamiento para drogas y alcohol, reportando una Alpha de Cronbach de .93 (Soto-Brandt et al., 2014). Además, el instrumento se ha utilizado en una población de 1,176 estudiantes universitarios mexicanos reportando su confiabilidad mediante la prueba de consistencia interna Alpha de Cronbach en las subescalas, alcohol .76 y marihuana .73 (Tiburcio, Rosete-Mohedano, Natera, Martínez, Carreño y Pérez, 2016).

Procedimiento de Recolección de Datos

Antes de iniciar con la recolección de datos, la presente investigación se aprobó por la Comisión de Investigación y de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó la autorización en las casas de Migrantes. Después de la solicitud los directivos de las diez casas de migrantes de los municipios de Tijuana y Tecate en Baja California dieron su aprobación de manera verbal. Antes de la aprobación se dieron a conocer el objetivo del estudio y los instrumentos para la recolección de datos, además, de la duración de la aplicación de los instrumentos y la solicitud de espacios para la recolección de datos. Posteriormente se obtuvo la autorización y el listado total de los residentes de las diez casas de migrantes.

Para seleccionar a los participantes, del listado total de residentes migrantes, y de acuerdo con el criterio de inclusión (personas migrantes que están en espera de ser recibidos por el país de destino final) se eligió de forma aleatoria a través del Excel a 245 participantes. Se abordó a los participantes dentro de las casas de migrantes de

manera presencial, en primer lugar, se extendió una invitación para participar en el estudio, donde se dio a conocer el objetivo de este y los cuestionarios que debían de ser aplicados en caso de que acepten participar.

Posterior a ello a quienes aceptaron participar se les entregó el formato de consentimiento informado y se dio lectura a este resaltando la importancia del estudio, dando énfasis en que la información que ofrezcan es confidencial y anónima, así mismo, se reiteró la libertad de dejar el estudio en el momento que así lo decidieran sin detrimento de los servicios que reciben en las casas de migrantes. Aquellos, quienes aceptaron participar firmaron el formato de consentimiento informado como señal de aceptación y recibieron una copia del documento.

En relación al procedimiento de recolección de datos, por solicitud de los encargados de las casas de migrantes fue presencial y atendiendo las medidas de sana distancia, se limitó el acceso a solo dos colaboradores en esta actividad, por lo que se alargaron los tiempos para la recolección de datos. Además, las medidas de control de la pandemia, se realizaron en 20 minutos previos a la recolección de la información ya que se sanitizaban las mesas de trabajo entre cada participante, al mismo tiempo, se señalaron las mesas a utilizar entre cada participante separándolas a una distancia de 1.5 metros.

Por último, se utilizaron las medidas de protección personal como la toma de temperatura mediante un termómetro digital, el uso de cubrebocas, de careta protectora y gel sanitizante, esto fue otorgado por el autor del estudio dado que la recolección de datos se realizó cara a cara, cuidando la sana distancia y espacios abiertos para la ventilación.

Antes de iniciar la recolección de datos, se aplicó el procedimiento de protección personal, posteriormente se dio la bienvenida a cada participante, se le asignó un lugar privado y cómodo definido por la casa del migrante, cuidando en todo momento las interrupciones y procurando este cómodo y protegiendo la confidencialidad. Se hizo

entrega de un sobre sanitizado que contenía las mediciones de lápiz y papel y se solicitó de forma amable iniciar contestando la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas, posteriormente las dos subescalas del Cuestionario de Migración, seguido de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre, la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio (OIEM), el Cuestionario de Apoyo Social de MOS, y la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed.

Se les indicó que se había programado un descanso de 10 minutos para continuar posteriormente la aplicación del resto de los instrumentos como, el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala de Bienestar Social de Keyes; se utilizó un tiempo aproximado de duración de 50 minutos, dando un descanso entre la aplicación de instrumentos de 10 minutos.

Posteriormente se les solicitó a los participantes que colocaran los instrumentos auto administrados dentro del sobre y los depositaran en una caja que estaba colocada dentro del área de recolección de datos. Al concluir de contestar los instrumentos, el autor principal y los dos colaboradores del estudio realizaron una entrevista final donde se mostró empatía, comprensión y seguridad de la confidencialidad, para poder aplicar la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0), reiterando el anonimato.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo por el autor principal del estudio y dos colaboradores que tienen formación de Licenciados en Enfermería y que previamente se capacitaron haciendo énfasis en el objetivo del estudio, instrumentos, formas de llenado, además, de incluir en la capacitación aspectos referentes a las características de la población (aspectos culturales, el miedo a la deportación y mantener una actitud de respeto, confianza y empatía para entablar dialogo, reforzando aspectos de anonimato y confidencialidad).

Así mismo, se orientó sobre cómo aplicar la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0) de la OMS (2011) mediante entrevista. Por último, el autor principal del estudio y los dos colaboradores estuvieron atentos y disponibles pero alejados de las mesas de trabajo y la instrucción fue que los participantes levantaran la mano si tenían alguna duda para ser contestada.

Al concluir la recolección de datos, se agradeció a los participantes su tiempo y disponibilidad; los instrumentos serán resguardados por un periodo de 12 meses por el autor principal del estudio, posterior a ello los instrumentos serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio considera lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987, 2014) el que señala la normativa para el desarrollo de la investigación en salud, con base en los artículos que se citan a continuación:

Se considera el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde menciona que en la totalidad de las investigaciones donde participen seres humanos, se debe proteger su dignidad, derechos y bienestar, para cumplir con lo estipulado en este Artículo, se dirigió al participante con un trato respetuoso, profesional y empático, se mantuvo la información bajo controles estrictos de anonimato y el participante conserva el derecho a retirarse en cualquier momento del estudio; esta última premisa, no se presentó.

Respecto al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 14, cita que la investigación que se realiza con la participación de seres humanos debe desarrollarse con base en los aspectos éticos. Por ello la Fracción V, señala que se contó con el consentimiento informado; en la Fracción VI, se indica que la investigación debe ser realizada por profesionales de la salud como es en este caso; la Fracción VII, se cuenta con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación y por último la Fracción IX, señala que la investigación puede ser suspendida de inmediato cuando el participante lo solicite.

Para cumplir con lo citado en este Artículo el presente estudio contó con consentimiento informado debidamente firmado, se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además, la recolección de datos se realizó por profesionales de Enfermería con título profesional registrado por las autoridades educativas competentes, asimismo el participante conoció que podría retirarse del estudio en el momento que así lo decidiera; lo antes previsto, no se presentó.

Referente al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16, la investigación debe ser realizada cuidando la privacidad de la información, para cumplir con el criterio de este Artículo y para respetar la privacidad de la información, la entrevista se llevó a cabo en un lugar previamente designado por los encargados de la casa del migrante, este lugar estaba alejado de personas que podrían incomodar al participante, donde además se sintió cómodo, cuidando la confidencialidad y el anonimato.

De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, el estudio se considera sin riesgo dado que en la investigación no se llevó a cabo procedimientos clínicos, biológicos, ni manipulación alguna, solo se aplicaron cuestionarios. No obstante, algunas preguntas pudieran incomodar al participante o causarle algunas emociones como miedo, intranquilidad, por lo que se estuvo atento a ello y se preguntó si deseaba descansar, o posponer el llenado de cuestionarios, asegurando nuevamente el anonimato y confidencialidad, lo antes previsto no se presentó.

En relación con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 20 y Artículo 21 que menciona que el participante debe de recibir información clara y completa sobre los distintos aspectos que integran la investigación: la Fracción I, refiere que se debe de hablar sobre la justificación y los objetivos del estudio, para dar cumplimiento a la Fracción a la que se hace referencia, antes de la firma del consentimiento informado, el participante recibió orientación completa y detallada sobre la justificación y los objetivos de la investigación.

En relación a la Fracción II, donde se menciona que se debe informar acerca del propósito de la investigación, así como de los procedimientos empleados en ella, para cumplir con lo estipulado en esta Fracción, el participante recibió una orientación donde se describía de forma detallada los procedimientos a los que se sometió, los posibles riesgos y se estuvo atento a que no existan estos, además, se clarificó que existía la capacidad de libre elección y sin coacción alguna para ser parte o no del estudio; lo antes previsto no se presentó.

Respecto a la Fracción IV, que indica que se debe aludir a los beneficios que se pueden alcanzar con la investigación, para cumplir con lo citado por esta Fracción, se explicó al participante que no existen beneficios para el participante y posiblemente a futuro podrán los resultados del estudio formar parte de una posible intervención de prevención.

Referente a la Fracción VI, que menciona que se proporciona cualquier información en la que se tenga duda; para cumplir con la citada en esta Fracción, al finalizar las instrucciones se hicieron cuestionamientos acerca de las preguntas que se tuvieron y aquellos aspectos que no hayan quedado claros, además, el autor principal estuvo a una distancia prudente de los participantes para solventar cualquier duda durante el llenado de cuestionarios, esta situación se presentó, pero fue atendida de inmediato.

De acuerdo a la Fracción VII, que alude que se debe de informar respecto a que el participante puede retirarse del estudio sin menoscabo de los servicios con los que cuenta, para garantizar el cumplimiento de lo mencionado en la presente Fracción, se reforzó la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento aunque lo haya firmado, garantizando que esta decisión de retirar o abandonar el estudio no le afecta en los servicios con los que cuenta en la casa de migrante; esta previsión no se presentó.

En relación a la Fracción VIII, se señala que se debe de informar que en todo momento se resguarda el anonimato y la confidencialidad, para el cumplimiento de lo citado en la presente Fracción, se mantuvo la información bajo controles estrictos de anonimato, dado que no se consignó el nombre del participante en los instrumentos de recolección de datos, además, al realizar el llenado de los cuestionarios se guardaron en el sobre donde se entregaron los instrumentos y posteriormente los depositaron en una caja que se colocó dentro del área de recolección de datos.

Por último, la Fracción IX, menciona que deben ser proporcionados datos actuales producto del estudio, aunque esto afecte la colaboración del participante, para acatar lo estipulado en esta Fracción, se le explicó la naturaleza del estudio, así como sus alcances, la forma generalizada de los datos y la manera en la que se dará difusión de los resultados siempre de forma general en artículos científicos y nunca se difunde información personal de ningún participante.

Respecto al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 22 que menciona que el consentimiento informado debe de entregarse por escrito, la Fracción I, señala que su elaboración correrá a cargo por el investigador principal, incluyendo los aspectos mencionados en el Artículo 21, además, de las disposiciones aplicables. Para cumplir con lo estipulado en la presente Fracción, el consentimiento informado se elaboró por el autor principal del estudio incluyendo la justificación, objetivos, el propósito de la investigación, los beneficios de esta, además, de citar que se resguardará el anonimato y la confidencialidad y que podía retirarse del estudio el participante en el momento que lo decidiera; esta última premisa, no se presentó.

Referente a la Fracción II, que menciona que el consentimiento informado debe ser revisado y aprobado por el Comité de ética para la investigación de una institución de salud, para acatar lo mencionado en la presente Fracción, el consentimiento informado fue revisado y aprobado previamente por la Comisión de Investigación y de

Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León

En relación con la Fracción III, donde se refiere que se debe de incluir los nombres y direcciones de dos testigos, así como la relación que se establece con el participante, para dar cumplimiento a esta Fracción, en la parte final del cuerpo del consentimiento informado se incluye nombre del participante, dos testigos y el autor principal del estudio.

De acuerdo a la Fracción IV, cita que debe de incluir las firmas de los dos testigos, así como del participante, si este no puede firmar se incluirá su huella digital y otra persona designada por él firmará, para respetar lo mencionada en la presente Fracción, al finalizar el cuerpo del consentimiento informado se incluye las firmas de participantes, dos testigos y el autor principal del estudio.

Por último, la Fracción V, menciona que se debe de entregar un duplicado del consentimiento informado al participante, para cumplir con lo mencionado en la presente Fracción, se llenó y se firmó por duplicado el consentimiento informado y se le entregó una copia al participante.

En relación con el Título Segundo, Capítulo II, Artículo 29, menciona que el primer autor del estudio debe de obtener la autorización de las dependencias y las autoridades competentes, además, de obtener el consentimiento informado. Para el cumplimiento de lo estipulado se obtuvo de la Comisión de Investigación y de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León quienes otorgaron su aprobación. Así mismo, se obtuvo la autorización verbal de los directores de las casas de migrantes de los municipios de Tijuana y Tecate en Baja, California.

Por último, respecto a lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo V, Artículo 58, que menciona que cuando se realice investigación en un grupo subordinado estos deben de estar representados por miembros de la población en estudio para salvaguardar

lo referente a aspectos culturales. Para cumplir con lo mencionado en este artículo, el participante estuvo representado por el encargado de la casa del migrante, además, pudo revocar el derecho a participar en el estudio en el momento que lo decidieran, sin perjuicio de su estancia o de los servicios con los que cuenta; situación que no se presentó.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 21.0 para Windows. Se evaluó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Para aplicar la estadística descriptiva se procesaron frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central (medias y medianas) y variabilidad. Posteriormente se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la Corrección de Lilliefors, se observa que los datos no mostraron normalidad en la distribución de las variables numéricas por lo tanto se utilizaron para responder objetivos e hipótesis estadística no paramétricas.

Para dar respuesta a los objetivos se obtuvieron Coeficientes de Correlación de Spearman para conocer la relación entre las variables en estudio y un Modelo Regresión Lineal Múltiple. Para dar respuesta al objetivo general se realizó un modelo de Regresión Lineal General Multivariante y un Modelo de Regresión Lineal Múltiple. Para dar respuesta a los objetivos específicos se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1

Pruebas no paramétricas

Objetivo específico	Pruebas no paramétricas
1. Determinar las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, apoyo social y espiritualidad por edad y sexo	Frecuencias proporciones, U de Mann Whitney Coeficiente de Correlación de Spearman
2. Identificar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico, psicológico y social	Coeficiente de Correlación de Spearman U de Mann Whitney
3. Identificar los tipos de consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas	Frecuencias, proporciones, estimación puntual con <i>IC95%</i>
4. Determinar las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y drogas ilícitas	Frecuencias, proporciones, estimación puntual con <i>IC95%</i>
5. Demostrar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el consumo de alcohol dependiente y perjudicial	Coeficiente de Correlación de Spearman H de Krsuskal –Wallis
H1 La características de la migración influyen en la intolerancia hacia la incertidumbre	Coeficiente de Correlación de Spearman
H2 La intolerancia hacia la incertidumbre tiene efecto positivo en el estrés migratorio	Coeficiente de Correlación de Spearman Modelo de Regresión Lineal Simple
H3 El apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente al estrés migratorio	Coeficiente de Correlación de Spearman Modelo Lineal General Multivariante
H4 El apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente al bienestar físico, psicológico y social	Modelo de Regresión Lineal Múltiple Modelo Lineal General Multivariante

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del Modelo explicativo de incertidumbre, estrés migratorio, bienestar y consumo de drogas en Migrantes de la frontera norte de México. El estudio se realizó en 245 personas que residían temporalmente en las 10 casas para migrantes localizadas en los Municipios de Tijuana y Tecate, B. C. Los resultados se ordenan de forma siguiente: se presenta la consistencia interna mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos utilizados en el estudio, posterior se reporta la estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y proporciones de datos sociodemográficos y de los instrumentos utilizados. Por último, se muestra la estadística inferencial para dar respuesta al objetivo general, específicos e hipótesis.

Confiabilidad de los Instrumentos

Para establecer la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, se evaluó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, en la tabla 2 se reportan todos los instrumentos utilizados documentando que obtienen una consistencia interna aceptable que oscila de .80 a .97.

Tabla 2

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	(n)	No. de reactivos	Reactivos	α
Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre de Freeston et al. (1994) ^a	245	27	1-27	.95

Nota: n = muestra, α = Alpha de Cronbach

Tabla 2

Consistencia interna de los instrumentos (continuación)

Instrumento	(n)	No. de reactivos	Reactivos	α
Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio de Arellanez, Ito y Reyes (2009) ^a	245	24	1-24	.95
Partida	245	6	1-6	.86
Trayecto	245	6	7-12	.89
Llegada	245	12	13-24	.94
Cuestionario de Apoyo Social de MOS de Shokebumroong (1992) ^a	245	19	2 al 19	.97
Escala de Perspectiva Espiritual de Reed (1987) ^a	245	10	1 al 10	.92
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1998) ^a	245	29	1 al 29	.80
Escala de Bienestar Social de Keyes (1998) ^a	245	25	1 al 25	.82
Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol de Babor (1989) ^b	143	10	1 al 10	.91

Nota: n = muestra, α = Alpha de Cronbach

Se evaluó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach para la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0), en la tabla 3 se documenta una consistencia interna aceptable para cada droga ilícita la que oscila de .73 a .89. En la tabla 4 se reporta la estadística descriptiva de las características sociodemográficas de la muestra en estudio.

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos (ASSIST V3.0)

Instrumento	<i>n</i>	No. de reactivos	Reactivos	<i>a</i>
ASSIST				
Alcohol	125	6	2 a la 7	.83
Cannabis	76	6	2 a la 7	.81
Cocaína	46	6	2 a la 7	.88
Anfetaminas	67	6	2 a la 7	.75
Inhalantes	29	6	2 a la 7	.81
Tranquilizantes o pastillas para dormir	40	6	2 a la 7	.79
Alucinógenos	23	6	2 a la 7	.89
Opiáceos	56	6	2 a la 7	.73

Nota: *n* = muestra total, α = Alpha de Cronbach

Estadística Descriptiva

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra en estudio, en la tabla 4 se identificó que el 76.7% de los participantes son del sexo masculino, mientras el 23.3% del femenino, con edades comprendidas en un rango de 18 a 70 años, de los cuales el 27.8% se encuentra en el rango de 31 a 40 años, seguido por el rango de 41 a 50 años con un 25.3%. Respecto al estado civil que predominó fue soltero con un 56.3% seguido el de unión libre con 20.8%. En relación con el nivel de escolaridad se mostró que existe un nivel de formación diverso ya que las personas migrantes reportaron contar con educación secundaria en un 32.7%, con estudios de primaria 31.0% y con educación preparatoria 26.1%, además, respecto a la religión predominó la católica con un 47.4%, seguido de la cristiana con un 41.2%.

Tabla 4

Características sociodemográficas de la población de estudio

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	188	76.7
Femenino	57	23.3
Edad		
18 a 30 años	56	22.8
31 a 40 años	68	27.8
41 a 50 años	62	25.3
51 a 60 años	45	18.4
61 a 70 años	14	5.7
Estado civil		
Soltero	138	56.3
Casado	31	12.7
Unión libre	51	20.8
Viudo	9	3.7
Divorciado	16	6.5
Nivel de escolaridad		
Primaria	76	31.0
Secundaria	80	32.7
Preparatoria	64	26.1
Licenciatura	10	4.1
Posgrado	3	1.2
Ninguno	12	4.9
Religión		
Cristiano	101	41.2
Católico	116	47.4
Testigo de Jehová	3	1.2
Otra (Santería)	15	6.1
Ninguna (Ateo)	10	4.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 5 sobre la ocupación de las personas migrantes en su ciudad o país antes de migrar donde se muestra que el mayor porcentaje de los participantes se dedicaba al trabajo en la construcción (35.5%), seguido de otros (hotelería, chofer, empleado, jornalero) (20.0%), y el trabajo doméstico (15.5%). Respecto a la ocupación actual en las ciudades de Tijuana y Tecate, el mayor porcentaje de los participantes reportan no

contar con ninguna ocupación (25.8%), seguido de trabajador de la construcción (24.5%) y otros (cocina, lava carros, recolector de basura) con 21.6%. Finalmente, en relación con la ocupación a la que desean dedicarse al salir del albergue o casa de migrantes la mayor proporción menciona cómo trabajador de la construcción (23.7%) seguido de trabajar en lo que sea (21.6%) y como empleado (11.0%).

Tabla 5

Ocupación de los migrantes en su ciudad o país, ocupación actual y ocupación al salir del albergue

Reactivo	<i>f</i>	%
Ocupación en su ciudad o país		
Trabajador de la construcción	87	35.5
Intendencia	8	3.3
Trabajo domestico	38	15.5
Trabajador de sexo transaccional	3	1.2
Obrero	17	6.9
Comerciante	19	7.8
Ayudante	16	6.5
Otros (Hotelería, Chofer, Empleado, Jornalero)	49	20.0
Ninguno	8	3.3
Ocupación actual en esta ciudad		
Trabajador de la construcción	60	24.5
Intendencia	3	1.2
Trabajo domestico	12	4.9
Trabajador de sexo transaccional	3	1.2
Obrero	14	5.7
Comerciante	16	6.5
Ayudante	21	8.6
Otros (Cocina, lava carros, recolector de basura)	53	21.6
Ninguno	63	25.8
Ocupación al salir del albergue		
Trabajador de la construcción	58	23.7
Intendencia	14	5.7
Trabajo domestico	10	4.1
Empleado	27	11.0
Obrero	21	8.6

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Tabla 5

Ocupación de los migrantes en su ciudad o país, ocupación actual y ocupación al salir del albergue (continuación)

Reactivo	<i>f</i>	%
Comerciante	18	7.3
Ayudante	23	9.4
Otros (call center, cocinero, técnico)	16	6.5
Ninguno	5	2.1
En lo que sea	53	21.6

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 6 sobre el lugar de nacimiento de los participantes en el estudio, el lugar nacimiento se ubica en mayor proporción en Centro América y Sudamérica (26.1%), seguido del Centro Norte (24.1%) y el Centro de la República Mexicana (18.8%). Referente al país de nacimiento el mayor porcentaje es nacido en México (70.6%), seguido de Honduras (17.6%) y El Salvador (6.9%).

Referente a las personas que acompañan a los migrantes durante el proceso migratorio, el 40.4% refieren viajar solos, mientras que la mayor proporción de los que van acompañados, lo hacen por amigos (13.5%), esposa e hijos (13.5%) e hijos (10.2). Más de la mitad de los participantes refieren haber vivido en otro estado de la República Mexicana o en otro país, aunque sea por poco tiempo (73.9%), mientras que el 26.1% refiere que no; de los que vivieron en alguna región de la República Mexicana, la mayor proporción fue en la región sur (20.4%), seguida por centro norte (17.2%) y centro (16.3%) de la República Mexicana. Sobresale el hecho que más de la mitad de las personas migrantes han vivido en otros países como Estados Unidos (50.2%).

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: lugar de nacimiento y con qué personas viaja

Reactivo	<i>f</i>	%
Lugar de Nacimiento		
Norte	18	7.3
Norte Occidente	27	11.0
Centro Norte	59	24.1
Centro	46	18.8
Sur	23	9.4
No contestó	8	3.3
Ninguno	64	26.1
País de Nacimiento		
México	173	70.6
Honduras	43	17.6
Ecuador	1	0.4
Guatemala	6	2.5
El Salvador	17	6.9
Colombia	1	0.4
Nicaragua	3	1.2
Cuba	1	0.4
¿Con quién viaja durante el proceso migratorio?		
Esposa/esposo	13	5.3
Hijos	25	10.2
Hermana/hermano	15	6.1
Prima/primo.	6	2.5
Amigos	33	13.5
Esposa e hijos	33	13.5
Familia	3	1.2
Otros	18	7.3
Solo	99	40.4
¿Ha vivido en otro estado de la República Mexicana o en otro país, aunque haya sido por poco tiempo?		
Si	181	73.9
No	64	26.1
En qué región de la República Mexicana		
Norte	28	11.4
Norte Occidente	19	7.8
Centro Norte	42	17.2
Centro	40	16.3
Sur	50	20.4
No contestó	2	0.8
Ninguna	64	26.1

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: lugar de nacimiento y con qué personas viaja (continuación)

Reactivo	<i>f</i>	%
En que otro país ha vivido antes de vivir en Tijuana		
Ninguno	117	47.8
EUA	123	50.2
Guatemala, Honduras, El Salvador	5	2.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

La tabla 7 sobre que realizará si logra o no cruzar la frontera, el 46.1% de los participantes señaló que en caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos no regresará a su ciudad o país, el 38.0% si planea regresar, mientras que el 15.9% no sabe. Un importante porcentaje (71.4%) señala que en caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos se quedara a vivir en México de forma permanente, el 15.1% no se quedara, mientras el 13.5% no lo sabe. Más de la mitad de la muestra de migrantes de este estudio (53.5%) en caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos volverá a hacer otro intento, el 34.7% no lo volverá a intentar, sin embargo, el 11.8% no sabe. Finalmente, se indagó si alguna vez había ido a trabajar o a buscar trabajo a los Estados Unidos y un 49.8% dijo que si y mientras el 50.2% señaló que no va a buscar trabajo.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: que realizará si logra o no cruzar la frontera

Reactivo	Si	No	No sabe
	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted regresara a su ciudad o país?	38.0 (93)	46.1 (113)	15.9 (39)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

Tabla 7

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: que realizará si logra o no cruzar la frontera (continuación)

Reactivo	Si	No	No sabe
	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted se quedara a vivir en México de forma permanente?	71.4 (175)	15.1 (37)	13.5 (33)
¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted volverá a hacer otro intento?	53.5 (131)	34.7 (85)	11.8 (29)
¿Alguna vez ha ido a trabajar o a buscar trabajo a los Estados Unidos?	49.8 (122)	50.2 (123)	- (-)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* =245

En la tabla 8 que describe datos sobre si ha trabajado en otro país de forma legal o no legal, de las personas migrantes que llevan documentos para trabajar el 7.3% contaba con autorización o permiso especial, un 5.3% llevaba visa y el 4.1% tarjeta verde. De los participantes del estudio, el 81.6% no recibe o le mandan dinero para que viva en México mientras espera cruzar a Estados Unidos, mientras que el 18.4% si lo recibe.

Tabla 8

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: ha trabajado en otro país de forma legal o no legal

Reactivo	<i>f</i>	%
En caso de que usted haya ido a trabajar a los Estados Unidos, ¿Cuándo se fue a trabajar a Estados Unidos que documentos migratorios llevaba?		
Autorización o permiso especial para trabajar		
Si	18	7.3
No	227	92.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245.

Tabla 8

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: ha trabajado en otro país de forma legal o no legal (continuación)

Reactivo	<i>f</i>	%
En caso de que usted haya ido a trabajar a los Estados Unidos, ¿Cuándo se fue a trabajar a Estados Unidos que documentos migratorios llevaba?		
Tarjeta verde		
Si	10	4.1
No	235	95.9
Otro documento del patrón		
Si	9	3.7
No	236	96.3
Llevaba VISA		
Si	13	5.3
No	232	94.7
¿Recibe o le mandan dinero para que usted viva en México mientras espera cruzar a Estados Unidos?		
Si	45	18.4
No	200	81.6

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 9 sobre el medio de transporte durante la migración, describe que el 57.6% utilizó el autobús como principal medio de transporte para llegar a México mientras espera cruzar a Estados Unidos, un 13.9% se transportó a pie en caravanas, seguido del 12.7% en automóvil o camioneta, el 12.2% en avión, mientras que el 11.0% refiere haber utilizado el ferrocarril (denominando la Bestia transporte de carga), finalmente, el 3.7% manifestó utilizar otro medio de transporte (taxi, tráiler, transporte migratorio) para llegar a México.

Tabla 9

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: medio de transporte durante la migración

Reactivo	<i>f</i>	%
¿Cuál fue el principal medio de transporte que utilizó para llegar a México mientras espera cruzar a Estados Unidos?		
Automóvil o camioneta		
Si	31	12.7
No	214	87.3
Autobús		
Si	141	57.6
No	104	42.4
Ferrocarril		
Si	27	11.0
No	218	89.0
Avión		
Si	30	12.2
No	215	87.8
A pie (caravana)		
Si	34	13.9
No	211	86.1
Otro medio de transporte (taxi, tráiler, transporte migratorio)		
Si	9	3.7
No	236	96.3

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 10 describe a lo que se dedican las personas migrantes durante la espera a cruzar la frontera, un importante porcentaje (70.6%) refiere que ha tenido que trabajar en esta frontera mientras espera cruzar a Estados Unidos, en cambio el 29.4% señala que no ha tenido que trabajar. De los que si realizan algún trabajo, el 24.5% es trabajo de la construcción, seguido de 13.1% empleado y un 11.8 ayudante. Además, de los que no realizan actividad laboral el 18.8% se mantiene en esta ciudad de alberges, un 5.7% le mandan dinero y 2.9% no contesto.

Tabla 10

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de migración: durante la espera a cruzar la frontera a que se dedica

Reactivo	<i>f</i>	%
Mientras usted espera cruzar a Estados Unidos ha tenido que trabajar en esta frontera	173	70.6
Si	72	29.4
No		
En caso de que si este trabajando podría decirme que tipo de trabajo realiza		
Trabajador de la construcción	60	24.5
Intendencia	15	6.1
Trabajo domestico	6	2.5
Empleado	32	13.1
Obrero	14	5.7
Comerciante	17	6.9
Ayudante	29	11.8
Ninguno	72	29.4
Cómo puede mantenerse en esta ciudad		
Le mandan dinero	14	5.7
Albergue	46	18.8
Trabajo informal	6	2.4
Trabaja su pareja	5	2.0
No contestó	7	2.9
No aplica (no recibe dinero)	167	68.2

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

En la tabla 11 se detallan las razones que tienen la población en estudio para migrar, se reporta que las principales razones son el tener una mejor vida para ellos y su familia (76.3%), para tener un trabajo seguro (67.8%), para poder sostener a su familia (67.3%) y por la violencia e inseguridad en su ciudad o país (47.8%).

Tabla 11

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Migración: razones para migrar

Reactivo	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Para tener un trabajo seguro	166	67.8	79	32.2
2. Para poder sostener a mi familia	165	67.3	80	32.7
3. Para tener una mejor vida para mí y mi familia	187	76.3	58	23.7
4. Para reunirse con su familia que migro a Estados Unidos	91	37.1	154	62.9
5. Por qué se casó o se unió con una persona residente de Estados Unidos	28	11.4	217	88.6
6. Para estudiar	62	25.3	183	74.7
7. Por motivos de salud	48	19.6	197	80.4
8. Por violencia e inseguridad en mi ciudad o país	117	47.8	128	52.2
9. Por tener riesgos o desastres naturales	32	13.1	213	86.9
10. Por qué me han amenazado en mi ciudad o país	83	33.9	162	66.1
11. Otras (salir de la rutina, progresar, mejor futuro, conocer, pobreza)	17	6.9	228	93.1

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 12 se muestra las dificultades durante el proceso migratorio, el 65.7% refiere que tuvo que dejar a su familia, mientras que un 64.9% manifiesta la falta de dinero y recursos, seguido de 58.4% que hace referencia a que la policía sin causa alguna los detiene, un 48.2% menciona el no tener un espacio donde dormir y asearse, y por último, un 42.0% refieren que tienen escasos estudios y eso los puede limitar a ingresar a Estados Unidos.

Tabla 12

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Migración: dificultades durante el proceso migratorio

Reactivo	Si		No	
	f	%	f	%
1. Me ha faltado dinero y recursos	159	64.9	86	35.1
2. No tengo pasaporte o algún otro documento de mi país porque me lo robaron	100	40.8	145	59.2
3. Tengo escasos estudios y eso me puede limitar a ingresar a Estados Unidos	103	42.0	142	58.0
4. No conozco el idioma ingles	98	40.0	147	60.0
5. Tuve que dejar a mi familia	161	65.7	84	34.3
6. Durante el trayecto me asaltaron o robaron	101	41.2	144	58.8
7. No conozco el lugar por donde transite hasta llegar a esta ciudad	89	36.3	156	63.7
8. Me enfermé y no tuve donde atenderme	79	32.2	166	67.8
9. He tenido problemas con otros migrantes	71	29.0	174	71.0
10. No tuve un espacio donde dormir y asearme	118	48.2	127	51.8
11. Me abandono la persona a la que pague porque me cruzara a Estados Unidos (pollero)	44	18.0	201	82.0
12. No me han dado cita para entrevista en el departamento de migración	66	26.9	179	73.1
13. Batallo para tener al menos una comida completa al día	91	37.1	154	62.9
14. Los ciudadanos de este país nos rechazan	80	32.7	165	67.3
15. Los ciudadanos del este país me ven como delincuente o alguien que los va a dañar	97	39.6	148	60.4
16. La policía sin causa alguna nos detiene	143	58.4	102	41.6
17. Otra (secuestro, racismo, falta de documentos)	10	4.1	235	95.9

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

La tabla 13 muestra la descripción de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre, para la pregunta sobre si la incertidumbre le impide tener una opinión firme un 33.5% menciona que nunca o en absoluto, el 31.8% refirió algunas veces y un 15.9% señalo que casi nunca. Respecto a la pregunta de que, si el hecho de estar inseguro sobre algo lo desorganiza, el 32.7% mencionó que nunca o en absoluto, seguido de un 28.2% que señala que algunas veces y un 15.1% que indicó que casi

nunca.

En relación con la pregunta sobre si la incertidumbre hace intolerable su vida, el 40.0% señaló que nunca o en absoluto, un 26.9% mencionó que algunas veces, mientras que el 11.4% refirió que mucho o siempre. En cuanto a la pregunta si considera que es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida un 29.8% manifestó que nunca o en absoluto, el 28.2% hizo referencia a que algunas veces, en tanto que un 22.0% expresó que mucho o siempre.

En lo que respecta a la pregunta que menciona no puedo estar tranquilo mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente, el 35.1% de los participantes indicó que nunca o en absoluto, en tanto que el 23.3% señala que algunas veces y un 18.8% que mucho o siempre. Acerca de la pregunta que explora sobre si la incertidumbre le produce inquietud, ansiedad o estrés, el 33.1% mencionó que nunca o en absoluto, seguido de un 24.5% que refirió que algunas veces, y el 21.6% que mucho o siempre.

En relación con la pregunta que menciona los imprevistos le molestan mucho, el 32.7% manifiesta que nunca o en absoluto, un 26.9% que algunas veces, mientras que el 18.4% expresa que mucho o siempre. En lo que concierne a la pregunta que menciona es frustrante para mí no tener toda la información que necesito, el 29.0% indicó que mucho o siempre, seguido de un 28.2% que refirió que algunas veces, y el 26.1% que nunca o en absoluto.

En relación con la pregunta que indaga sobre si la incertidumbre le impide disfrutar plenamente de la vida, un 30.6% alude a que nunca o en absoluto, un 24.1% expresó que algunas veces, y el 21.2% que mucho o siempre. Con respecto a la pregunta se menciona debería prever todo para evitar las sorpresas el 33.5% de los participantes enunció que nunca o en absoluto, seguido de un 28.2% que indica que algunas veces, y un 20.0% que mucho o siempre.

Acerca de la pregunta que señala si un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planificaciones, el 30.2% menciona que algunas veces,

mientras que el 27.3% refiere nunca o en absoluto y un 25.3% mucho o siempre. A propósito de la pregunta que alude que cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre lo paraliza un 42.0% expresó que nunca o en absoluto, un 22.5% que algunas veces y el 15.1% indicó casi nunca.

De forma similar, al analizar las respuestas a la pregunta que dice el estar inseguro implica no poder figurar entre los mejores, el 33.1% señaló nunca o en absoluto, seguido de un 29.0% que mencionó algunas veces, mientras que el 17.5% refiere casi nunca. Con respecto a la pregunta que indica que cuando está indeciso no puedo seguir adelante, el 36.3% refirió que nunca o en absoluto, un 29.8% manifestó algunas veces, mientras que el 15.9% hace referencia a mucho o siempre.

Acerca de la pregunta que alude a cuando está indeciso no puede funcionar muy bien, el 33.9% de los participantes expresó nunca o en absoluto, seguido de un 28.6% que enunció algunas veces, finalmente un 17.9% indica mucho o siempre. En relación con la pregunta que señala que a diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas, el 33.5% mencionan que nunca o en absoluto, seguido de 29.0% que refieren algunas veces, y finalmente un 20.4% que hacen mención que mucho o siempre.

En relación con la pregunta la incertidumbre lo hace vulnerable, infeliz o triste, un 34.7% refirieron que nunca o en absoluto, seguido de un 29.4% que manifestaron que algunas veces, concluyendo con un 18.3% que aludieron a que mucho o siempre.

Respecto con la pregunta quiero saber siempre qué me depara el futuro, un 31.4% indicó que nunca o en absoluto, el 26.5% cita algunas veces y un 22.9% que mucho o siempre. Sobre la pregunta que enuncia no soporto que me tomen por sorpresa, el 32.7% de la población migrante indicó nunca o en absoluto, seguido de 25.3% que señaló que algunas veces y 20.4% que mencionan que mucho o siempre. Analizando las respuestas a la pregunta la más mínima duda me puede impedir actuar, el 33.1% de los participantes refirió que nunca o en absoluto, seguido de un 26.9% que señala algunas

veces y por último, un 18.0% que menciona casi nunca.

Mientras que para la pregunta que tendría que ser capaz de organizar todo de antemano, el 30.2% de la población en estudio refiere que nunca o en absoluto, seguido de un 26.5% que manifestó mucho o siempre, mientras que el 25.7% refiere nunca o en absoluto. Describiendo la pregunta que declara, la incertidumbre le produce falta de confianza en sí mismo un importante porcentaje (40.8%) refirió nunca o en absoluto, seguido por un 22.5% que dice que algunas veces y el 21.6% que mucho o siempre.

En relación con la pregunta no entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro, el 39.2% manifestó que nunca o en absoluto, el 23.7% refirió que algunas veces, finalmente, el 19.2% manifestó que mucho o siempre. Respecto a la pregunta que menciona la incertidumbre le impide dormir bien el 38.0% hizo referencia a nunca o en absoluto, seguido de un 22.4% que algunas veces y un 19.6% aludió a la respuesta mucho o siempre.

Finalmente, para la pregunta que señala debo alejarme de toda situación incierta, el 32.3% considera que mucho o siempre, seguido de un 24.9% que mencionó nunca o en absoluto, y un 20.8% que algunas veces. En relación con la pregunta las ambigüedades de la vida le causan estrés el 33.9% refirió que nunca o en absoluto, y en un mismo porcentaje el 24.5% manifestó que algunas veces y un 24.5% expresó mucho o siempre. Por último, a la pregunta que enuncia, que si no soporta estar indeciso acerca de su futuro el 33.4% indicó que nunca o en absoluto, seguido de un 24.1% que señaló algunas veces y un 22.4% que mencionó que mucho o siempre.

Tabla 13

Frecuencias y proporciones de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre

Reactivo	En absoluto (Nunca)	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Mucho (Siempre)
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
1. La incertidumbre me impide tener una opinión firme.	33.5 (82)	15.9 (39)	31.8 (78)	6.5 (16)	12.3 (30)
2. Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza.	32.7 (80)	15.1 (37)	28.2 (69)	10.1 (25)	13.9 (34)
3. La incertidumbre hace intolerable la vida.	40.0 (98)	11.1 (27)	26.9 (66)	10.6 (26)	11.4 (28)
4. Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida.	29.8 (73)	11.0 (27)	28.2 (69)	9.0 (22)	22.0 (54)
5. No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente.	35.1 (86)	10.6 (26)	23.3 (57)	12.2 (30)	18.8 (46)
6. La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés.	33.1 (81)	12.6 (31)	24.5 (60)	8.2 (20)	21.6 (53)
7. Los imprevistos me molestan mucho.	32.7 (80)	14.7 (36)	26.9 (66)	7.3 (18)	18.4 (45)
8. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito.	26.1 (64)	9.8 (24)	28.2 (69)	6.9 (17)	29.0 (71)
9. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida.	30.6 (75)	13.9 (34)	24.1 (59)	10.2 (25)	21.2 (52)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Tabla 13

*Frecuencias y proporciones de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre**(continuación)*

Reactivo	En absoluto (Nunca)	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Mucho (Siempre)
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
10. Se debería prever todo para evitar las sorpresas.	33.5 (82)	10.5 (26)	28.2 (69)	7.8 (19)	20.0 (49)
11. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planificaciones.	27.3 (67)	9.4 (23)	30.2 (74)	7.8 (19)	25.3 (62)
12. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.	42.0 (103)	15.1 (37)	22.5 (55)	5.7 (14)	14.7 (36)
13. Estar inseguro implica no poder figurar entre los mejores.	33.1 (81)	17.5 (43)	29.0 (71)	4.9 (12)	15.5 (38)
14. Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante.	36.3 (89)	12.7 (31)	29.8 (73)	5.3 (13)	15.9 (39)
15. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien.	33.9 (83)	13.1 (32)	28.6 (70)	6.5 (16)	17.9 (44)
16. A diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas.	33.5 (82)	9.8 (24)	29.0 (71)	7.3 (18)	20.4 (50)
17. La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste.	34.7 (85)	13.9 (34)	29.4 (72)	3.7 (9)	18.3 (45)
18. Quiero saber siempre qué me depara el futuro.	31.4 (77)	12.7 (31)	26.5 (65)	6.5 (16)	22.9 (56)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Tabla 13

*Frecuencias y proporciones de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre**(continuación)*

Reactivo	En absoluto (Nunca)	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Mucho (Siempre)
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
19. No soporto que me tomen por sorpresa.	32.7 (80)	14.7 (36)	25.3 (62)	6.9 (17)	20.4 (50)
20. La más mínima duda me puede impedir actuar.	33.1 (81)	18.0 (44)	26.9 (66)	4.9 (12)	17.1 (42)
21. Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano.	25.7 (63)	11.1 (27)	30.2 (74)	6.5 (16)	26.5 (65)
22. La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo/a.	40.8 (100)	11.8 (29)	22.5 (55)	3.3 (8)	21.6 (53)
23. No entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro.	39.2 (96)	11.4 (28)	23.7 (58)	6.5 (16)	19.2 (47)
24. La incertidumbre me impide dormir bien.	38.0 (93)	11.8 (29)	22.4 (55)	8.2 (20)	19.6 (48)
25. Debo alejarme de toda situación incierta.	24.9 (61)	11.0 (27)	20.8 (51)	11.0 (27)	32.3 (79)
26. Las ambigüedades de la vida me causan estrés.	33.9 (83)	9.8 (24)	24.5 (60)	7.3 (18)	24.5 (60)
27. No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro.	33.1 (81)	11.0 (27)	24.1 (59)	9.4 (23)	22.4 (55)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 14 se describe la escala de ocurrencia e intensidad del estrés migratorio: preparación para la partida, en la pregunta que le preocupa tener poca información de cómo sería el cruce en la frontera, el 13.9% refiere que no le pasó. Pero de los que si les pasó ese evento fue el 86.1% y según la intensidad del estrés migratorio el 38.8% señaló le preocupó mucho seguido de 21.2% que indicó que le preocupó poco este evento.

En relación con la pregunta sobre si le preocupaba desconocer la forma en cómo iba a cruzar la frontera, el 11.0% manifestó que no le pasó, mientras el 89.0% dijo que si le pasó, según la intensidad del estrés migratorio un importante porcentaje (40.0%) hizo referencia a que le preocupó mucho, mientras que el 20.0% aludió a que le preocupó poco. En lo que respecta a la pregunta que enuncia si le preocupaba haber tenido que pedir dinero prestado para venir o trasladarse, el 15.5% indicó que no le pasó, mientras que el 84.5% que si le pasó, conforme a la intensidad del estrés migratorio 38.8% señaló que le preocupó mucho, seguido de 15.9% que le preocupó poco.

En cuanto a la pregunta de si le preocupaba tener poco dinero para cruzar la frontera el 8.6% menciona que no le pasó, sin embargo, un importante porcentaje (91.4%) refiere que si le pasó, de acuerdo con la intensidad del estrés migratorio el 53.0% manifestó que le preocupa mucho, seguido de un 13.9% que refirió que le preocupó poco.

Con respecto a la pregunta de si le preocupaba dejar a su familia, el 10.2% manifestó que no le pasó, mientras un 89.8% dijo que si le pasó, según la intensidad del estrés migratorio 60.8% aludió a que le preocupa mucho y un 11.0% le preocupaba poco. Finalmente, sobre la pregunta que enuncia si le preocupaba dejar su tierra, el 9.4% indica que no le pasó, mientras el 90.6% señala que, si le pasó, a propósito de la intensidad del estrés migratorio el 44.5% mencionó que le preocupó mucho, mientras que un 18.4% no le preocupa.

Tabla 14

*Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés**Migratorio: preparación para la partida*

Reactivo	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?				
	No le paso % <i>f</i>	Nada % <i>f</i>	Poco % <i>f</i>	Regular % <i>f</i>	Mucho % <i>f</i>
1. Le preocupaba tener poca información de cómo sería el cruce en la frontera.	13.9 (34)	13.9 (34)	21.2 (52)	12.2 (30)	38.8 (95)
2. Le preocupaba desconocer la forma en cómo iba a cruzar la frontera.	11.0 (27)	15.9 (39)	20.0 (49)	13.1 (32)	40.0 (98)
3. Le preocupaba haber tenido que pedir dinero prestado para venir.	15.5 (38)	15.5 (38)	15.9 (39)	14.3 (35)	38.8 (95)
4. Le preocupaba tener poco dinero para cruzar la frontera.	8.6 (21)	13.5 (33)	13.9 (34)	11.0 (27)	53.0 (130)
5. Le preocupaba dejar a su familia.	10.2 (25)	9.0 (22)	11.0 (27)	9.0 (22)	60.8 (149)
6. Le preocupaba dejar su tierra.	9.4 (23)	18.4 (45)	15.5 (38)	12.2 (30)	44.5 (109)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 15 que muestra los datos descriptivos de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: de trayecto, en la pregunta que menciona le preocupaba ir sin papeles (documentos legales), el 12.7% menciona que no le pasó, mientras que un 87.3% si le pasó, según la intensidad del estrés migratorio el 51.8% indicó que mucho y un 18.0% que nada. En relación con la pregunta sobre si se sentía muy nervioso al cruzar la frontera, el 12.7% señaló que no le pasó, mientras el 87.3% que, si le pasó, explorando la intensidad del estrés migratorio el 46.5% menciona que mucho y un 14.7% que nada.

Relativo a la pregunta si le preocupaba que el “coyote, lancharo o patero” lo abandonara antes de lograr cruzar la frontera, un 34.7% de los participantes del estudio refieren que no le pasó, mientras un 65.3% que, si le pasó, sobre la intensidad del estrés migratorio el 34.3% manifiesta que le preocupa mucho y el 15.1% que no le preocupa nada.

En relación con la pregunta que explora si le preocupaba sentir inseguridad porque desconocía a las personas con las que cruzó, el 30.2% menciona que no le pasó, mientras el 69.8% refiere que, si le pasó, analizando la intensidad del estrés migratorio 36.7% le preocupa mucho y al 12.3% no le preocupa nada. Sobre la pregunta que cita si le preocupaba que lo “agarrara la migra”, el 18.8% manifestó que si le pasó, mientras el 81.2% señaló que si le pasó, explorando la intensidad del estrés migratorio un 47.7% le preocupa mucho, mientras que a un 14.3% no le preocupa nada.

Finalmente, acerca de la pregunta que indaga en que si le preocupaba ir solo (sin familiares, amigos [as] o conocidos [as]) en el trayecto migratorio, el 23.7% hizo referencia a que si le pasó y un 76.3% a que no le pasó, sobre la intensidad del estrés migratorio un 40.8% menciona que le preocupó mucho y a un 18.4% que no le preocupó nada.

Tabla 15

Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: de trayecto

Reactivo	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?				
	No le paso	Nada	Poco	Regular	Mucho
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
7. Le preocupaba ir sin papeles.	12.7 (31)	18.0 (44)	11.8 (29)	5.7 (14)	51.8 (127)
8. Se sentía muy nervioso al cruzar la frontera.	12.7 (31)	14.7 (36)	12.2 (30)	13.9 (34)	46.5 (114)
9. Le preocupaba que el “coyote, lancharo o patero” lo abandonara antes de lograr cruzar la frontera.	34.7 (85)	15.1 (37)	9.0 (22)	6.9 (17)	34.3 (84)
10. Le preocupaba sentir inseguridad porque desconocía a las personas con las que cruzó.	30.2 (74)	12.3 (30)	11.8 (29)	9.0 (22)	36.7 (90)
11. Le preocupaba que lo “agarrara la migra”	18.8 (46)	14.3 (35)	11.4 (28)	7.8 (19)	47.7 (117)
12. Le preocupaba ir solo (sin familiares, amigos[as] o conocidos[as])	23.7 (58)	18.4 (45)	8.1 (20)	9.0 (22)	40.8 (100)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 16 se describen los descriptivos de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio: llegada al lugar de destino, para la pregunta si le preocupaba desconocer el lugar al que estaba llegando, un 15.5% no le pesó, mientras el 84.5% refiere que si le pasó y según la intensidad del estrés migratorio un 40.4% le preocupa mucho mientras al 21.2% no le preocupa nada.

En relación con la pregunta que indaga sobre si le preocupaba que no tenía un lugar donde vivir, un 13.9% mencionó que no le pasó, sin embargo, un 86.1% refiere que si le pasó, referente a la intensidad del estrés migratorio más de la mitad 50.2% manifestó que le preocupa mucho y un 15.5% que le preocupa poco. Acerca de la

pregunta que hace referencia a si pensaba que iba a ser difícil adaptarse a la vida de Estados Unidos, un 22.8% manifestó que no le pasó y el 77.2% que si le pasó, diferenciando la intensidad del estrés migratorio un 29.4% de los participantes aludió a que le preocupa mucho y un 18.0% a que no le preocupa nada.

Para la pregunta de si le preocupaba que no conocía la ciudad, al 14.3% no le pasó mientras al 85.7% si le pasó, respecto a la intensidad del estrés migratorio el 39.2% le preocupa mucho y a un 17.5% le preocupa poco. Al explorar la pregunta si le preocupaba salir a la calle, un 14.7% indicó que no le pasó y un 85.3% si le pasó, analizando la intensidad del estrés migratorio el 38.4% señaló que le preocupa mucho mientras el 18.0% que le preocupa poco. En relación con la pregunta que si tenía pocos conocimientos para tomar el autobús, el tren o el metro, un 15.5% refiere que no le pasó mientras que el 84.5% que si le pasó, según la intensidad del estrés migratorio el 35.9% menciona que le preocupó mucho y el 18.8% le preocupó poco.

Referente a la pregunta de si tuvo problemas para comunicarse porque no sabía hablar inglés, un 26.1% refirió que no le pasó y un 73.9% que si le pasó, al analizar la intensidad del estrés migratorio un 31.4% manifestó que le preocupa mucho y un 15.5% que le preocupa poco. Para la pregunta de si le preocupaba que no tenía amistades, un 18.4% hizo referencia a que no le ocurrió, mientras el 81.6% aludió a que si le pasó, acerca de la intensidad del estrés migratorio un 31.4% enuncia que le preocupa mucho, mientras que el 19.2% que no le preocupa nada. De acuerdo con la pregunta si le preocupaba que no tenía dónde trabajar, un 17.5% expresó que no le pasó y al 82.5% si le pasó, al analizar la intensidad del estrés migratorio el 46.9% indicó que le preocupa mucho mientras el 13.1% señaló que poco.

En relación con la pregunta de que si pensaba que sería difícil realizar el trabajo que le pedían, al 21.6% no le pasó y a un 78.4% si le pasó, sobre la intensidad del estrés migratorio el 31.4% indica que le preocupa mucho y un 16.8% que le preocupa poco. Sobre la pregunta que cita si le preocupaba que no le alcanzaba el dinero, un 15.5% de

los participantes en el estudio mencionan que no les pasó mientras un 84.5% si le pasó, en relación con la intensidad del estrés migratorio el 49.0% manifestó que le preocupa mucho y un 12.7% que no le preocupa nada. Finalmente, al indagar en la pregunta si se sentía solo, un 13.5% menciona que no le pasó mientras que un 86.5% refiere que si le pasó, referente a la población a la que si le pasó un 43.3% expresa que le preocupa mucho y un 16.7% que le preocupa poco.

Tabla 16

*Frecuencias y proporciones de la Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés**Migratorio: de la llegada*

Reactivo	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?				
	No le paso	Nada	Poco	Regular	Mucho
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
13. Le preocupaba desconocer el lugar al que estaba llegando.	15.5 (38)	21.2 (52)	12.3 (30)	10.6 (26)	40.4 (99)
14. Le preocupaba que no tenía un lugar donde vivir.	13.9 (34)	11.4 (28)	15.5 (38)	9.0 (22)	50.2 (123)
15. Pensaba que iba a ser difícil adaptarse a la vida de Estados Unidos.	22.8 (56)	18.0 (44)	15.9 (39)	13.9 (34)	29.4 (72)
16. Le preocupaba que no conocía la ciudad.	14.3 (35)	15.1 (37)	17.5 (43)	13.9 (34)	39.2 (96)
17. Le preocupaba salir a la calle.	14.7 (36)	17.5 (43)	18.0 (44)	11.4 (28)	38.4 (94)
18. Tenía pocos conocimientos para tomar el autobús, el tren o el metro.	15.5 (38)	15.9 (39)	18.8 (46)	13.9 (34)	35.9 (88)
19. Tuvo problemas para comunicarse porque no sabía hablar inglés. =	26.1 (64)	13.5 (33)	15.5 (38)	13.5 (33)	31.4 (77)
20. Le preocupaba que no tenía amistades.	18.4 (45)	19.2 (47)	17.5 (43)	13.5 (33)	31.4 (77)
21. Le preocupaba que no tenía dónde trabajar.	17.5 (43)	9.8 (24)	13.1 (32)	12.7 (31)	46.9 (115)
22. Pensaba que sería difícil realizar el trabajo que le pedían.	21.6 (53)	16.8 (41)	15.5 (38)	14.7 (36)	31.4 (77)
23. Le preocupaba que no le alcanzaba el dinero.	15.5 (38)	12.7 (31)	12.2 (30)	10.6 (26)	49.0 (120)
24. Se sentía solo.	13.5 (33)	12.2 (30)	16.7 (41)	14.3 (35)	43.3 (106)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 17 se muestra el análisis descriptivo del Cuestionario de Apoyo Social de MOS, en la pregunta que menciona tengo a alguien que me puede ayudar cuando me enfermo o me siento mal, el 35.9% indicó no tener nadie, mientras que el 21.2% señaló que siempre tiene a alguien. Con respecto a la pregunta que indaga si tiene

a alguien a quien le puede hablar y contar los problemas, un 28.2% menciona que nunca tiene a nadie, en tanto que el 25.3% refiere que siempre tiene a alguien. Acerca de la pregunta que manifiesta tiene a alguien que le aconseja cuando tiene problemas, un 26.5% hizo referencia a no contar con apoyo, mientras el 25.3% alude a que siempre tiene a alguien. En cuanto a la pregunta que enuncia tiene a alguien que le puede llevar a consulta médica en caso necesario, un 34.7% expresó que nunca tiene a alguien, seguido de 23.2% que indica que siempre tiene apoyo.

Respecto a la pregunta que señala cuento con alguien que me demuestre amor y afecto, un 30.2% mencionó contar siempre con alguien, en cambio un 29.8% refirió no contar con alguien. A propósito de la pregunta que cita tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato, un 27.8% manifiesta siempre tener a alguien, en contraste un 24.9% hizo referencia que nunca tiene a alguien.

En relación con la pregunta que indica tener a alguien que le informa y le ayuda a entender la situación que está viviendo, el 27.3% expresa no tener a alguien mientras un 23.7% siempre tiene a alguien. Sobre la pregunta que explora si los participantes tienen a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí misma (o) y sus preocupaciones, el 28.2% indicó no tener a nadie mientras que el 26.5% siempre lo tiene. En referencia con la pregunta que señala tengo quien me dé un abrazo, un 31.8% mencionó que siempre, sin embargo, el 30.2% nunca tiene a alguien.

Para la pregunta que cuestiona si hay alguien con quien se puede relajar, el 30.6% de los participantes refiere nunca cuenta con alguien y un 27.3% siempre dice contar con alguien. En la pregunta de que cuenta con alguien que le prepare la comida si el no puedo hacerlo, un 35.1% manifestó nunca contar con alguien, mientras que el 25.7% refiere que siempre cuenta con alguien.

Respecto a la pregunta que cita si hay alguien cuyos consejos realmente desea escuchar, el 30.2% manifiesta que nunca tiene a alguien y un 24.9% que siempre tiene a alguien. A propósito de la pregunta que enuncia si cuenta con alguien con quien hacer

cosas que le sirven para olvidar sus problemas, el 28.2% nunca cuenta con alguien y el 23.3% siempre cuenta con alguien. Finalmente, para la pregunta alguien me ayudaría con las tareas domésticas si está enferma (o), el 40.0% mencionó nunca contar con alguien y un 21.6% refiere que siempre cuenta con alguien.

Por último, para la pregunta hay alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos, el 31.8% dijo nunca tener a alguien con quien compartirlos, mientras un 26.1% siempre tiene con quien compartirlos. Respecto a la pregunta hay alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales (y con su familiar), el 31.0% refiere nunca tener a alguien y el 21.6% dijo siempre tener a alguien.

En relación con la pregunta tengo a alguien con quien puede divertirse, el 29.4% de los participantes indicaron nunca tiene a alguien y un 23.3% siempre cuenta con alguien. En lo que respecta a la pregunta tengo alguien que comprenda mis problemas, un 30.6% manifestó nunca tener a alguien, de forma contraria un 24.1% aludió a siempre tener a alguien. Finalmente, para la pregunta de que tiene personas a quién amar y hacerle sentir que los quiere, el 29.8% refiere nunca tener a alguien y un 29.4% indicó que siempre.

Tabla 17

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Apoyo Social de MOS

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. Tengo a alguien que me puede ayudar cuando me enfermo o me siento mal.	35.9 (88)	18.0 (44)	16.7 (41)	8.2 (20)	21.2 (52)
3. Tengo a alguien a quien le puedo hablar y contar mis problemas.	28.2 (69)	18.8 (46)	15.5 (38)	12.2 (30)	25.3 (62)
4. Alguien que me aconseja cuando tengo problemas.	26.5 (65)	14.7 (36)	20.4 (50)	12.7 (31)	25.7 (63)
5. Tengo a alguien que me puede llevar a consulta médica en caso necesario.	34.7 (85)	14.7 (36)	18.4 (45)	9.0 (22)	23.2 (57)
6. Cuento con alguien que me demuestre amor y afecto.	29.8 (73)	12.6 (31)	18.8 (46)	8.6 (21)	30.2 (74)
7. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato.	24.9 (61)	17.1 (42)	21.2 (52)	9.0 (22)	27.8 (68)
8. Tengo a alguien que me informa y me ayuda a entender la situación que estoy viviendo.	27.3 (67)	20.0 (49)	19.2 (47)	9.8 (24)	23.7 (58)
9. Tengo a alguien en quien confiar o con quien hablar de mí misma y mis preocupaciones.	28.2 (69)	15.5 (38)	19.2 (47)	10.6 (26)	26.5 (65)
10. Tengo quien me dé un abrazo.	30.2 (74)	15.9 (39)	13.1 (32)	9.0 (22)	31.8 (78)
11. Hay alguien con quien me puedo relajar.	30.6 (75)	14.3 (35)	20.0 (49)	7.8 (19)	27.3 (67)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Tabla 17

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Apoyo Social de MOS (continuación)

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
12. Cuento con alguien que me prepare la comida si yo no puedo hacerlo.	35.1 (86)	14.3 (35)	16.3 (40)	8.6 (21)	25.7 (63)
13. Alguien cuyos consejos realmente deseo escuchar.	30.2 (74)	14.3 (35)	22.0 (54)	8.6 (21)	24.9 (61)
14. Cuento con alguien con quien hacer cosas que me sirven para olvidar mis problemas.	28.2 (69)	16.3 (40)	20.0 (49)	12.2 (30)	23.3 (57)
15. Alguien me ayudaría con mis tareas domésticas si estoy enferma (o).	40.0 (98)	14.3 (35)	16.3 (40)	7.8 (19)	21.6 (53)
16. Hay alguien con quien compartir mis temores y problemas más íntimos.	31.8 (78)	13.9 (34)	17.6 (43)	10.6 (26)	26.1 (64)
17. Hay alguien que me aconseje como resolver mis problemas personales (y con mi familiar).	31.0 (76)	18.4 (45)	19.2 (47)	9.8 (24)	21.6 (53)
18. Tengo a alguien con quien puedo divertirse.	29.4 (72)	17.9 (44)	19.6 (48)	9.8 (24)	23.3 (57)
19. Tengo alguien que comprenda mis problemas.	30.6 (75)	16.7 (41)	18.8 (46)	9.8 (24)	24.1 (59)
20. Tengo personas a quién amar y hacerle sentir que los quiero.	29.8 (73)	11.0 (27)	17.1 (42)	12.7 (31)	29.4 (72)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 18 se describe la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: prácticas espirituales, el 39.1% refiere que más o menos una vez al día menciona asuntos espirituales con familiares y amigos, seguido del 24.5% que menciona que no lo hace nunca y un 15.1% lo hace más o menos una vez a la semana. Para la pregunta que explora cuántas veces comparte con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales, el 30.2% manifiesta que los comparte más o menos una

vez al día, un 29.8% nunca los comparte y finalmente el 18.8% indicó que los comparte más o menos una vez a la semana.

En relación con la pregunta sobre cuántas veces lee materiales de algo espiritual, el 25.3% señaló que lee más o menos una vez a la semana, seguido de 24.9% que lee más o menos una vez al día y el 23.3% que nunca lee. Finalmente, para la pregunta que explora cuántas veces reza en privado o hace meditación, un importante porcentaje (48.6%) reza o medita más o menos una vez al día, un 18.0% refiere que nunca lo hace y por último, un 15.1% reza o medita más o menos una vez a la semana.

Tabla 18

Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: prácticas espirituales

Reactivo	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
	%	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿Cuántas veces menciona Usted asuntos espirituales?	24.5 (60)	8.6 (21)	4.9 (12)	7.8 (19)	15.1 (37)	39.1 (96)
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	29.8 (73)	7.3 (18)	5.7 (14)	8.2 (20)	18.8 (46)	30.2 (74)
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	23.3 (57)	9.0 (22)	7.3 (18)	10.2 (25)	25.3 (62)	24.9 (61)
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?	18.0 (44)	6.5 (16)	4.1 (10)	7.7 (19)	15.1 (37)	48.6 (119)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 19 se describe la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: creencias espirituales, al indagar sobre si el perdón es una parte importante de su espiritualidad, el 35.5% dice que esta extremadamente de acuerdo, un 35.5% menciona que muy de acuerdo y un 9.4% refiere que extremadamente en desacuerdo. El 32.7% mencionó estar extremadamente de acuerdo en que a la espiritualidad es una guía para tomar decisiones en su vida diaria, en tanto un 32.2% está de acuerdo y un 12.2% en desacuerdo. Un 35.5% refirió estar de acuerdo en que sus creencias espirituales son una parte importante de su vida, de igual modo un 35.1% menciona estar de acuerdo, pero un 10.2% señala estar extremadamente en desacuerdo.

Además, el 37.1% señaló estar extremadamente de acuerdo en que frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria, el 32.6% indica estar de acuerdo, mientras un 10.2% esta extremadamente en desacuerdo. El 37.1% de los participantes mencionó estar extremadamente de acuerdo en que sus creencias espirituales han influenciado su vida, de igual modo, un 28.6% señaló estar de acuerdo y un 12.6% estar en desacuerdo. Por último, el 38.3% indicó estar extremadamente de acuerdo en que sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida, un 29.0% está de acuerdo y un 10.2% menciona estar extremadamente en desacuerdo.

Tabla 19

Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: creencias espirituales

Reactivo	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.	9.4 (23)	8.6 (21)	3.7 (9)	7.3 (18)	35.5 (87)	35.5 (87)
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.	8.6 (21)	12.2 (30)	5.3 (13)	9.0 (22)	32.2 (79)	32.7 (80)
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.	9.0 (22)	6.9 (17)	5.7 (14)	7.8 (19)	35.5 (87)	35.1 (86)
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria.	10.2 (25)	7.8 (19)	3.3 (8)	9.0 (22)	32.6 (80)	37.1 (91)
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.	9.0 (22)	12.6 (31)	4.9 (12)	7.8 (19)	28.6 (70)	37.1 (91)
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	10.2 (25)	9.4 (23)	4.5 (11)	8.6 (21)	29.0 (71)	38.3 (94)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 20 se detallan los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: autoaceptación, en la pregunta que cita cuando repasa la historia de su vida dice estar contento con cómo le han resultado las cosas, un 28.6% de los participantes mencionaron estar totalmente en desacuerdo, seguido de un 24.8% que indican estar totalmente de acuerdo y además, el 12.7% señaló estar ligeramente en desacuerdo y en la

misma proporción señalaron estar ligeramente de acuerdo (12.7%). Sobre la pregunta que expresa, en general, me siento seguro y positivo consigo mismo, un 49.0% mencionó que está totalmente de acuerdo, seguido de un 12.2% que aludió estar totalmente en desacuerdo y el 11.4% expresó estar moderadamente de acuerdo.

En relación a la pregunta me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad, un 50.2% indicó estar totalmente de acuerdo, mientras que el 12.3% señala estar moderadamente de acuerdo y un 11.4% mencionó estar totalmente en desacuerdo. Por último, para la pregunta en su mayor parte, se siente orgulloso de quién es y la vida que lleva, el 43.7% refirió estar totalmente de acuerdo, seguido por un 14.3% que manifiesta ligeramente de acuerdo y el 12.7% que alude a estar totalmente en desacuerdo.

Tabla 20

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: autoaceptación

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	%	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	28.6 (70)	11.8 (29)	12.7 (31)	12.7 (31)	9.4 (23)	24.8 (61)
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	12.2 (30)	8.6 (21)	9.0 (22)	9.8 (24)	11.4 (28)	49.0 (120)
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	11.4 (28)	6.5 (16)	8.6 (21)	11.0 (27)	12.3 (30)	50.2 (123)
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	12.7 (31)	10.2 (25)	6.9 (17)	14.3 (35)	12.2 (30)	43.7 (107)

Nota: *f*=frecuencia, %= porcentaje, *n*=245

La tabla 21 muestra los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: relaciones positivas, para la pregunta, a menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones, el 29.0% indicó que está totalmente en desacuerdo, mientras que el 22.4% señala estar totalmente de acuerdo, y un 15.5% menciona estar moderadamente en desacuerdo. Respecto a la pregunta que cita, no tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar, el 28.2% indicó que está totalmente en desacuerdo, mientras 24.5% señaló estar totalmente de acuerdo y un 17.1% hace mención que está ligeramente de acuerdo.

En la pregunta, siento que mis amistades me aportan muchas cosas, el 31.8% refirió estar totalmente en desacuerdo, un 27.3% estar totalmente de acuerdo y el 14.3% estar ligeramente de acuerdo. Sobre la pregunta, no he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza, el 29.0% mencionó estar totalmente de acuerdo, seguido 22.5% que expresó estar totalmente en desacuerdo y un 13.5% moderadamente de acuerdo. En cuanto a la pregunta, sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí, un 33.5% refiere estar totalmente de acuerdo, el 18.8% manifestó estar totalmente en desacuerdo y un 14.3% esta moderadamente de acuerdo.

Tabla 21

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: relaciones positivas

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	29.0 (71)	15.5 (38)	10.6 (26)	14.3 (35)	8.2 (20)	22.4 (55)
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	28.2 (69)	11.0 (27)	11.0 (27)	17.1 (42)	8.2 (20)	24.5 (60)
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	31.8 (78)	8.2 (20)	9.8 (24)	14.3 (35)	8.6 (21)	27.3 (67)
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	22.5 (55)	12.2 (30)	10.6 (26)	12.2 (30)	13.5 (33)	29.0 (71)
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	18.8 (46)	11.0 (27)	10.6 (26)	11.8 (29)	14.3 (35)	33.5 (82)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 22 presenta los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: autonomía, para la pregunta, no tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente, un 33.1% está totalmente de acuerdo, el 23.3% está totalmente en desacuerdo y el 13.1% moderadamente en desacuerdo. En relación con la pregunta que declara, me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida, el 39.2% declara estar totalmente en desacuerdo, el 17.6% totalmente de acuerdo y un 12.2% moderadamente en desacuerdo. Acerca de la pregunta que indica, tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí, el 40.8% indicó estar totalmente en desacuerdo, un 18.4% estuvo totalmente de acuerdo y un 12.7% moderadamente en desacuerdo.

En lo que respecta a la pregunta, tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones, el 38.4% estuvo totalmente en desacuerdo, seguido de un 19.6%

que están totalmente de acuerdo y el 12.2% ligeramente de acuerdo. Para la pregunta, tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general, el 45.3% expresó estar totalmente de acuerdo, un 13.9% moderadamente de acuerdo y un 13.5% totalmente en desacuerdo. Finalmente, para la pregunta que cita, es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos, el 29.4% estuvo totalmente de acuerdo, un 28.2% totalmente en desacuerdo y 11.8% ligeramente en desacuerdo.

Tabla 22

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: autonomía

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	23.3 (57)	13.1 (32)	7.3 (18)	12.6 (31)	10.6 (26)	33.1 (81)
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	39.2 (96)	12.2 (30)	11.8 (29)	11.0 (27)	8.2 (20)	17.6 (43)
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	40.8 (100)	12.7 (31)	10.6 (26)	10.6 (26)	6.9 (17)	18.4 (45)
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	38.4 (94)	10.2 (25)	11.4 (28)	12.2 (30)	8.2 (20)	19.6 (48)
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	13.5 (33)	6.1 (15)	9.0 (22)	12.2 (30)	13.9 (34)	45.3 (111)
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	28.2 (69)	9.4 (23)	11.8 (29)	11.4 (28)	9.8 (24)	29.4 (72)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 23 se muestran los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: dominio del entorno, acerca de la pregunta, me resulta difícil dirigir mi

vida hacia un camino que me satisfaga, un 30.6% está totalmente en desacuerdo, mientras que el 24.5% estuvo totalmente de acuerdo y un 15.1% ligeramente de acuerdo. En relación con la pregunta, he sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto, 34.3% mencionó estar totalmente de acuerdo, un 20.0% totalmente en desacuerdo y un 13.5% ligeramente de acuerdo.

Referente a la pregunta que señala, en general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo, un porcentaje considerable (49.8%) indicó estar totalmente de acuerdo, un 20.4% mencionó totalmente en desacuerdo y un 9.0% menciona ligeramente de acuerdo. Sobre la pregunta, las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen, un 36.3% está totalmente en desacuerdo, seguido de un 21.2% mencionó totalmente de acuerdo y 13.5% moderadamente en desacuerdo. Por último, referente a la pregunta, si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla, más de la mitad (53.1%) de los participantes en el estudio mencionó estar totalmente de acuerdo, mientras un 13.9% está ligeramente de acuerdo y un 9.8% moderadamente de acuerdo.

Tabla 23

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: dominio del entorno

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	%	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	30.6 (75)	10.6 (26)	10.6 (26)	15.1 (37)	8.6 (21)	24.5 (60)
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	20.0 (49)	12.7 (31)	12.2 (30)	13.5 (33)	7.3 (18)	34.3 (84)
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	20.4 (50)	8.2 (20)	5.7 (14)	9.0 (22)	6.9 (17)	49.8 (122)
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	36.3 (89)	13.5 (33)	11.8 (29)	9.4 (23)	7.8 (19)	21.2 (52)
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	9.4 (23)	6.5 (16)	7.3 (18)	13.9 (34)	9.8 (24)	53.1 (130)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

La tabla 24 presenta los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: propósito de vida, en relación con la pregunta que cita disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos, un importante porcentaje (45.6%) mencionó que está totalmente de acuerdo, el 14.3% declaró estar totalmente en desacuerdo, mientras que un 12.7% dijo estar ligeramente de acuerdo y moderadamente de acuerdo también con un 12.7%. Para la pregunta, soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo, el 42.5% indicó estar totalmente de acuerdo, mientras un 17.1% mencionó ligeramente de acuerdo y el 13.5% totalmente en desacuerdo.

Acerca de la pregunta, me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro, un 39.6% refirió que estuvo totalmente de

acuerdo, el 17.1% indico estar totalmente en desacuerdo y un 13.1% ligeramente de acuerdo. Sobre la pregunta que declara, mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí, el 38.8% de los participantes señaló estar totalmente de acuerdo, el 21.2% totalmente en desacuerdo y el 11.8% ligeramente de acuerdo. Finalmente, al analizar las respuestas documentadas para la pregunta, tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida, más de la mitad (51.8%) expresó estar totalmente de acuerdo, un 12.3% ligeramente de acuerdo y 11.4% totalmente en desacuerdo.

Tabla 24

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: propósito de vida

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos.	14.3 (35)	8.6 (21)	6.1 (15)	12.7 (31)	12.7 (31)	45.6 (112)
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	13.5 (33)	9.0 (22)	10.6 (26)	17.1 (42)	7.3 (18)	42.5 (104)
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	17.1 (42)	10.2 (25)	7.3 (18)	13.1 (32)	12.7 (31)	39.6 (97)
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	21.2 (52)	7.4 (18)	10.2 (25)	11.8 (29)	10.6 (26)	38.8 (95)
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	11.4 (28)	8.2 (20)	6.5 (16)	12.3 (30)	9.8 (24)	51.8 (127)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 25 se muestra los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico: crecimiento personal, para la pregunta, en general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo, más de la mitad (59.6%) de los participantes en el estudio indicó estar en totalmente de acuerdo, un 9.4% ligeramente de acuerdo y el 8.6% totalmente en desacuerdo. Sobre la pregunta, cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona, un 28.6% señala estar totalmente de acuerdo, seguido de un 23.2% totalmente en desacuerdo y un 14.3% moderadamente en desacuerdo.

En relación a la pregunta que cita, tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona, el 44.5% expresó estar totalmente de acuerdo, un 14.7% moderadamente de acuerdo y el 12.6% menciona estar totalmente en desacuerdo. Por último, referente a la pregunta, para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento, más de la mitad (51.9%) enuncia estar totalmente de acuerdo, un 11.8% totalmente en desacuerdo, mientras que el 11.0% ligeramente en desacuerdo y de igual modo, el 11.0% moderadamente de acuerdo.

Tabla 25

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Psicológico: crecimiento personal

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	8.6 (21)	6.9 (17)	7.3 (18)	9.4 (23)	8.2 (20)	59.6 (146)
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	23.2 (57)	14.3 (35)	7.7 (19)	13.1 (32)	13.1 (32)	28.6 (70)
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	12.6 (31)	8.6 (21)	8.2 (20)	11.4 (28)	14.7 (36)	44.5 (109)
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	11.8 (29)	4.9 (12)	11.0 (27)	9.4 (23)	11.0 (27)	51.9 (127)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

La tabla 26 presenta los datos descriptivos de la Escala de Bienestar Social de Keyes, un 33.8% indicó estar totalmente de acuerdo en sentir que es una parte importante de la comunidad, seguido de un 29.0% que señaló estar totalmente en desacuerdo y un 15.9% se encuentran indeciso. Al indagar acerca de si cree que la gente lo valora como persona, un 40.3% está totalmente de acuerdo, el 17.6% refiere que se encuentra totalmente en desacuerdo y en el mismo porcentaje moderadamente de acuerdo. En relación con la pregunta, si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía, un 36.3% indica estar totalmente de acuerdo, mientras que el 20.4% moderadamente de acuerdo y un 17.6% totalmente en desacuerdo.

En lo que respecta a la pregunta, me siento cercano a otra gente, el 37.6% estuvo totalmente de acuerdo, un 20.0% totalmente en desacuerdo y el 16.7% moderadamente de acuerdo. Sobre la pregunta que indaga si tuviera algo que decir, piensa que la gente no se lo tomaría en serio, el 29.8% está totalmente en desacuerdo, un 25.7% indica estar totalmente de acuerdo y el 22.0% se encuentra indeciso. Acerca de la pregunta, creo que la gente no es de fiar, un 36.7% está totalmente de acuerdo, el 23.3% totalmente en desacuerdo y el 15.9% está indeciso. Relacionado a la pregunta, creo que las personas sólo piensan en sí mismas, el 39.6% de los participantes en el estudio señalan estar totalmente de acuerdo, un 20.8% menciona totalmente en desacuerdo, y en un mismo porcentaje (14.3%) refieren estar indecisos y moderadamente de acuerdo (14.3%).

A propósito de la pregunta, creo que no se debe confiar en la gente, el 34.3% enunció estar totalmente de acuerdo, mientras que un 20.8% totalmente en desacuerdo, por último el 16.3% refiere estar indeciso y otro 16.3% esta moderadamente de acuerdo. En relación con la pregunta, creo que la gente es egoísta, un 36.7% refirió totalmente de acuerdo, un 21.2% totalmente en desacuerdo y un 15.1% moderadamente de acuerdo.

Sobre la pregunta que cita, hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto, un 42.0% manifestaron estar totalmente de acuerdo, seguido de un 18.0% que aludió estar moderadamente de acuerdo y un 14.7% expresó moderadamente en desacuerdo. Con respecto a la pregunta, las personas no se preocupan de los problemas de los otros, el 40.0% enunció estar totalmente de acuerdo, un 19.2% totalmente en desacuerdo y el 18.0% moderadamente de acuerdo.

En cuanto a la pregunta, creo que puedo aportar algo al mundo, un 51.8% indicó estar totalmente de acuerdo, seguido de un 16.3% que menciona estar totalmente en desacuerdo, y un 13.9% moderadamente de acuerdo. A propósito de la pregunta, no tengo nada importante que ofrecer a la sociedad, un 42.8% refirió estar totalmente en desacuerdo, seguido de un 19.6% que manifestó estar totalmente de acuerdo y un 14.3% que se encuentra indeciso.

Sobre la pregunta, mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad, el 42.8% enuncia estar totalmente en desacuerdo, un 20.0% totalmente de acuerdo, el 13.9% refiere estar moderadamente en desacuerdo e indeciso (13.9%). Con respecto a la pregunta, no tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad, más de la mitad (50.2%) indicó estar totalmente en desacuerdo, mientras el 18.0% totalmente de acuerdo y un 11.0% se encuentra indeciso.

Al preguntar a los participantes, pienso que lo que hago es importante para la sociedad, el 46.1% señala estar totalmente de acuerdo, seguido de un 15.5% que mencionó estar totalmente en desacuerdo y el 14.3% que refirió estar un moderadamente de acuerdo. Para la cuestión que indaga, para mí el progreso social es algo que no existe, un 35.9% manifestaron que estuvieron totalmente en desacuerdo, el 25.7% totalmente de acuerdo y un 13.9% está indeciso. Referente a la pregunta, la sociedad no ofrece alicientes para gente como yo, los participantes mencionan que el 34.7% está totalmente en desacuerdo, seguido de 24.9% señalo estar totalmente de acuerdo y el 15.9% se encuentran indecisos.

Sobre la pregunta, veo que la sociedad está en continuo desarrollo, el 49.8% de los participantes declaran estar totalmente de acuerdo, mientras que el 17.1% está totalmente en desacuerdo, y un 13.1% moderadamente de acuerdo. En cuanto a la pregunta, no creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida, el 33.5% está totalmente de acuerdo, seguido de un 26.9% que indica estar totalmente en desacuerdo y 15.5% esta moderadamente de acuerdo. Al plantear el cuestionamiento, la sociedad ya no progresa, un 36.3% mencionó estar totalmente en desacuerdo, un 24.9% totalmente de acuerdo y un 13.9% está indeciso.

Para el planteamiento, no entiendo lo que está pasando en el mundo, un 30.2% indicó estar totalmente de acuerdo, mientras que el 29.0% está totalmente en desacuerdo y un 15.5% moderadamente de acuerdo. Sobre la pregunta, el mundo es demasiado complejo para mí, el 30.2% está totalmente en desacuerdo, el 26.1% totalmente de

acuerdo y un 17.1% moderadamente de acuerdo. Respecto a la pregunta, no merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo, un 40.0% está totalmente en desacuerdo, el 23.3% refiere estar totalmente de acuerdo y un 13.5% está indeciso. Por último, a la pregunta, muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas, el 31.4% menciona estar totalmente de acuerdo, un 27.8% totalmente en desacuerdo y el 15.9% moderadamente de acuerdo.

Tabla 26

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Social de Keyes

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Indeciso	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	29.0 (71)	8.6 (21)	15.9 (39)	12.7 (31)	33.8 (83)
2. Creo que la gente me valora como persona.	17.6 (43)	8.6 (21)	15.9 (39)	17.6 (43)	40.3 (99)
3. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	17.6 (43)	8.6 (21)	17.1 (42)	20.4 (50)	36.3 (89)
4. Me siento cercano a otra gente.	20.0 (49)	9.4 (23)	16.3 (40)	16.7 (41)	37.6 (92)
5. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	29.8 (73)	8.2 (20)	22.0 (54)	14.3 (35)	25.7 (63)
6. Creo que la gente no es de fiar.	23.3 (57)	11.4 (28)	15.9 (39)	12.7 (31)	36.7 (90)
7. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	20.8 (51)	11.0 (27)	14.3 (35)	14.3 (35)	39.6 (97)
8. Creo que no se debe confiar en la gente.	20.8 (51)	12.3 (30)	16.3 (40)	16.3 (40)	34.3 (84)
9. Creo que la gente es egoísta.	21.2 (52)	12.7 (31)	14.3 (35)	15.1 (37)	36.7 (90)
10. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	18.0 (44)	14.7 (36)	11.0 (27)	14.3 (35)	42.0 (103)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Tabla 26

Frecuencias y proporciones de la Escala de Bienestar Social de Keyes (continuación)

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Indeciso	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
11. Las personas no se preocupan de los problemas de los otros.	19.2 (47)	11.4 (28)	11.4 (28)	18.0 (44)	40.0 (98)
12. Creo que puedo aportar algo al mundo.	16.3 (40)	5.7 (14)	12.3 (30)	13.9 (34)	51.8 (127)
13. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	42.8 (105)	13.9 (34)	14.3 (35)	9.4 (23)	19.6 (48)
14. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	42.8 (105)	13.9 (34)	13.9 (34)	9.4 (23)	20.0 (49)
15. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	50.2 (123)	10.6 (26)	11.0 (27)	10.2 (25)	18.0 (44)
16. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	15.5 (38)	13.1 (32)	11.0 (27)	14.3 (35)	46.1 (113)
17. Para mí el progreso social es algo que no existe.	35.9 (88)	11.4 (28)	13.9 (34)	13.1 (32)	25.7 (63)
18. La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.	34.7 (85)	11.0 (27)	15.9 (39)	13.5 (33)	24.9 (61)
19. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	17.1 (42)	9.8 (24)	10.2 (25)	13.1 (32)	49.8 (122)
20. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	26.9 (66)	10.2 (25)	13.9 (34)	15.5 (38)	33.5 (82)
21. La sociedad ya no progresa.	36.3 (89)	12.2 (30)	13.9 (34)	12.7 (31)	24.9 (61)
22. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	29.0 (71)	13.1 (32)	12.2 (30)	15.5 (38)	30.2 (74)
23. El mundo es demasiado complejo para mí.	30.2 (74)	13.9 (34)	12.7 (31)	17.1 (42)	26.1 (64)
24. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.	40.0 (98)	10.6 (26)	13.5 (33)	12.6 (31)	23.3 (57)
25. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	27.8 (68)	12.2 (30)	12.7 (31)	15.9 (39)	31.4 (77)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

Los datos descriptivos de la Cantidad y Frecuencia de Consumo de Alcohol denominado de bajo riesgo con Base al Cuestionario AUDIT, se observan en la tabla 27, en relación con la frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica el 56.6% indica que consume de una o menos veces al mes, seguido de un 19.6% que consume de cuatro a más veces a la semana y un 14.7% que consume de dos o cuatro veces al mes.

En cuanto a la cantidad de bebidas que ha tomado en un día típico el 33.6% mencionó consumir una o dos copas, seguido de un 21.7% que señaló consumir tres o cuatro copas y un 18.9% que menciona consumir de cinco o seis. En relación a la frecuencia del consumo de alcohol de seis o más bebidas alcohólicas en un día típico, el 32.8% refiere consumir menos de una vez al mes, seguido de 32.2% que indicaron que nunca y un 13.3% refiere que mensualmente.

Tabla 27

Frecuencias y proporciones de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol con base al Cuestionario AUDIT: consumo de alcohol de bajo riesgo

AUDIT	Nunca	1 o Menos veces al mes	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila vodka, vino)	- (-)	56.6 (81)	14.7 (21)	9.1 (13)	19.6 (28)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 y 9	10 o más
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Cuántas bebidas ha tomado en un día típico de los que bebe?	33.6 (48)	21.7 (31)	18.9 (27)	7.0 (10)	18.8 (27)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	Diario o casi diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
3. ¿Qué tan frecuente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe?	32.2 (46)	32.8 (47)	13.3 (19)	11.9 (17)	9.8 (14)

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

En la tabla 28 se presentan los datos descriptivos de consumo dependiente (de riesgo) de alcohol con base al cuestionario AUDIT, al indagar si le ha ocurrido que no pudiera parar de beber una vez que había comenzado el 48.2% menciona que nunca, seguido de un 25.2% que indica que una o menos veces al mes y un 12.6% que señaló a diario o casi diario le ocurrió. De igual modo, al preguntar qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debiera a causa de estar bebiendo, el 52.4% refiere que nunca, sin

embargo, el 19.6% manifiesta que una o menos veces al mes y un 11.2% a diario o casi diario le ocurrió. Al cuestionar, qué tan frecuentemente bebió alcohol la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior, un 47.6% manifestó que nunca, seguido de 16.1% que indica que una o menos veces al mes, y un 15.3% que refirió a diario o casi diario.

Tabla 28

Frecuencias y proporciones de consumo dependiente (de riesgo) de alcohol con base al cuestionario AUDIT

AUDIT	Nunca	1 o Menos veces al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi diario
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudiera parar de beber una vez que había comenzado?	48.2 (69)	25.2 (36)	8.4 (12)	5.6 (8)	12.6 (18)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debiera a causa de estar bebiendo?	52.4 (75)	19.6 (28)	9.8 (14)	7.0 (10)	11.2 (16)
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior?	47.6 (68)	16.1 (23)	12.6 (18)	8.4 (12)	15.3 (22)

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

En relación con los datos descriptivos del consumo perjudicial con base al cuestionario AUDIT, se presenta en la tabla 29, el 50.3% mencionó que nunca se sintió

culpable o tuvo remordimiento por haber bebido, mientras el 19.6% refirió que menos de una vez al mes y un 12.6% que a diario o casi diario se sintió culpable. Al preguntar, qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo alcohol el 60.1% refirió que nunca, 14.7% mencionó menos de una vez al mes y 10.5% mensualmente le ocurrió.

Un 65.7% indicó que no ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol, el 19.6% indicó que sí, pero no en el curso del último año, sin embargo, el 14.7% mencionó que sí, en el último año. Por último, el 60.1% manifestó que ningún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebe alcohol o le han sugerido que disminuya su forma de beber, un 21.7% refiere que sí le han sugerido, en el último año y el 18.2% mencionó que sí, pero no en el curso del último año.

Tabla 29

Frecuencias y proporciones de consumo perjudicial con base al cuestionario AUDIT

AUDIT	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	50.3 (72)	19.6 (28)	9.8 (14)	7.7 (11)	12.6 (18)
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	60.1 (86)	14.7 (21)	10.5 (15)	7.0 (10)	7.7 (11)

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol,

f = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

Tabla 29

Frecuencias y proporciones de consumo perjudicial con base al cuestionario AUDIT

(continuación)

	No	Sí, pero no en el curso del último año	Si, en el último año
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
9. Se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)	65.7 (94)	19.6 (28)	14.7 (21)
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido que disminuya su forma de beber?	60.1 (86)	18.2 (26)	21.7 (31)

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol,

f = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

En tabla 30 sobre el tipo de consumo de alcohol de los migrantes, de los que consumieron alcohol en el último año que fue el 58.4 % (*n* = 143) de los participantes en el estudio, el 53.1% refiere consumo de alcohol perjudicial, el 23.8% consumo de alcohol sin riesgo y el 23.1% consumo del alcohol dependiente o de riesgo.

Tabla 30

Tipo de consumo de alcohol de los migrantes

Tipo de Consumo	<i>f</i>	%
Consumo sin riesgo	34	23.8
Consumo dependiente o de riesgo	33	23.1
Consumo perjudicial	76	53.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

En la tabla 31 se presenta la prevalencia alguna vez en la vida de alcohol y de drogas ilícitas en migrantes. De los participantes en el estudio, el 77.6% refieren consumo de alcohol, seguido por un 48.2% de cannabis, el 35.1% consumo de cocaína y un 35.1% de anfetaminas.

Tabla 31

Prevalencia alguna vez en la vida de alcohol y de drogas ilícitas en migrantes

<i>Prevalencia de Consumo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Alcohol	190	77.6	55	22.4
Cannabis	118	48.2	127	51.8
Cocaína	86	35.1	159	64.9
Anfetaminas	86	35.1	159	64.9
Inhalantes	55	22.4	190	77.6
Tranquilizantes o pastillas para dormir	78	31.8	167	68.2
Alucinógenos	45	18.4	200	81.6
Opiáceos	71	29.0	174	71.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 245

La tabla 32 muestra los datos descriptivos de consumo de alcohol (ASSIST V3.0), referente a la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos tres meses, el 34.2% manifiesta que nunca ha consumido alcohol en los últimos tres meses, seguido de un 23.2% que indicó que cada semana y el 18.4% cada mes. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir alcohol en los últimos tres meses, el 30.4% señaló a diario o casi a diario, un 25.6% nunca y el 17.6% cada semana.

En lo que respecta a la frecuencia con la que el consumo de alcohol en los últimos tres meses lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 48.0% menciona que nunca, seguido de un 19.2% que refirió que a diario o casi a diario y un 12.8% 1 ó 2 veces. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de alcohol en los últimos tres meses,

el 52.0% aludió que nunca, un 20.8% expresó que a diario o casi a diario y el 10.4% 1 ó 2 veces.

En consideración con la pregunta que indaga en que si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, el 50.5% enunció que no (nunca), un 30.5% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 19.0% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. Sobre la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alcohol y no lo ha logrado, un 54.7% refiere que no (nunca), un 26.9% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 18.4% aluden que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 32

Frecuencias y proporciones de Consumo de alcohol (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido alcohol en los últimos tres meses	34.2 (65)	12.6 (24)	18.4 (35)	23.2 (44)	11.6 (22)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir alcohol?	25.6 (32)	11.2 (14)	15.2 (19)	17.6 (22)	30.4 (38)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de alcohol a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	48.0 (60)	12.8 (16)	8.8 (11)	11.2 (14)	19.2 (24)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de alcohol?	52.0 (65)	10.4 (13)	8.8 (11)	8.0 (10)	20.8 (26)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 32

Frecuencias y proporciones de consumo de alcohol (ASSIST V3.0)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol?	50.5 (96)	19.0 (36)	30.5 (58)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alcohol y no lo ha logrado?	54.7 (104)	18.4 (35)	26.9 (51)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 33 muestra los datos descriptivos de consumo de cannabis (ASSIST V3.0), referente a la frecuencia de consumo de cannabis en los últimos tres meses, el 35.6% manifiesta que nunca ha consumido de cannabis en los últimos tres meses, seguido de un 25.4% que indicó que a diario o casi a diario y el 14.4% cada semana. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cannabis en los últimos tres meses, el 46.0% señaló que a diario o casi a diario, un 23.7% nunca y el 13.2% cada semana.

En lo que respecta a la frecuencia con la que el consumo de cannabis en los últimos tres meses lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 38.2% menciona que nunca, seguido de un 34.2% que refirió que a diario o casi a diario, el 10.5% cada mes y un 10.5% cada semana. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de cannabis en los

últimos tres meses, el 43.3% aludió que nunca, un 30.3% expresó que a diario o casi a diario y el 11.8% cada semana.

En consideración con la pregunta sobre si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cannabis, el 55.1% enunció que no (nunca), un 31.3% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 13.6% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. A cerca de la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cannabis y no lo ha logrado, un 53.4% refiere que no (nunca), un 28.0% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 18.6% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 33

Frecuencias y proporciones de consumo de cannabis (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido cannabis en los últimos tres meses?	35.6 (42)	13.6 (16)	11.0 (13)	14.4 (17)	25.4 (30)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cannabis?	23.7 (18)	6.6 (5)	10.5 (8)	13.2 (10)	46.0 (35)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de cannabis a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	38.2 (29)	6.6 (5)	10.5 (8)	10.5 (8)	34.2 (26)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de cannabis?	43.4 (33)	7.9 (6)	6.6 (5)	11.8 (9)	30.3 (23)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 33

Frecuencias y proporciones de consumo de cannabis (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cannabis	55.1 (65)	13.6 (16)	31.3 (37)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cannabis y no lo ha logrado?	53.4 (63)	18.6 (22)	28.0 (33)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 34 muestra los datos descriptivos de consumo de cocaína (ASSIST V3.0), referente a la frecuencia de consumo de cocaína en los últimos tres meses, el 47.7% manifiesta que nunca ha consumido cocaína en los últimos tres meses, seguido de un 19.8% que indicó que 1 ó 2 veces y el 12.8% cada mes. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cocaína en los últimos tres meses, el 37.0% señaló a diario o casi a diario, un 21.7% menciona que nunca, el 19.6% 1 ó 2 veces y un 19.6% cada mes.

En lo que respecta a la frecuencia con la que el consumo de cocaína en los últimos tres meses lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 32.6% menciona que nunca, seguido de un 30.4% que refirió que a diario o casi a diario y un 17.4% cada mes. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de cocaína en los últimos tres meses, el 34.8% aludió que nunca, un 34.8% expresó que a diario o casi a diario, el 15.2% 1 ó 2 veces y el 10.9% cada mes.

En relación con la pregunta sobre si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cocaína, el 58.1% enunció que no (nunca), un 23.3% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 18.6% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. Sobre la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cocaína y no lo ha logrado, un 58.1% refiere que no (nunca), un 22.1% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 19.8% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 34

Frecuencias y proporciones de consumo de cocaína (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido cocaína en los últimos tres meses	47.7 (41)	19.8 (17)	12.8 (11)	8.1 (7)	11.6 (10)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cocaína	21.7 (10)	19.6 (9)	19.6 (9)	2.1 (1)	37.0 (17)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de cocaína a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	32.6 (15)	13.1 (6)	17.4 (8)	6.5 (3)	30.4 (14)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de cocaína	34.8 (16)	15.2 (7)	10.9 (5)	4.3 (2)	34.8 (16)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 34

Frecuencias y proporciones de consumo de cocaína (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cocaína?	58.1 (50)	18.6 (16)	23.3 (20)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cocaína y no lo ha logrado?	58.1 (50)	19.8 (17)	22.1 (19)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 35 muestra los datos descriptivos de consumo de anfetaminas (ASSIST V3.0), referente a la frecuencia de consumo de anfetaminas en los últimos tres meses, el 36.0% manifiesta consumir a diario o casi a diario, seguido de un 24.4% que indicó que nunca y el 18.6% cada semana. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir anfetaminas en los últimos tres meses, el 53.7% señaló a diario o casi a diario, un 17.9% menciona que cada semana y un 13.4% que nunca.

En lo que respecta a la frecuencia con la que el consumo de anfetaminas en los últimos tres meses, lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 41.8% menciona que a diario o casi a diario, seguido de un 25.4% que refirió que nunca y un 13.4% cada mes. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de anfetaminas en los últimos tres meses, el 38.8% aludió que a diario o casi a diario, un 32.8% expresó que nunca y el 14.9% 1 ó 2 veces.

Sobre la pregunta si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de anfetaminas, el 46.5% enunció que no (nunca), un 29.1% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 24.4% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. En relación a la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir anfetaminas y no lo ha logrado, un 44.2% refiere que no (nunca), un 32.6% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 23.2% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 35

Frecuencias y proporciones de consumo de anfetaminas (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido anfetaminas en los últimos tres meses?	24.4 (21)	7.0 (6)	14.0 (12)	18.6 (16)	36.0 (31)
3. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir anfetaminas?	13.4 (9)	7.5 (5)	7.5 (5)	17.9 (12)	53.7 (36)
4. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de anfetaminas a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	25.4 (17)	10.4 (7)	13.4 (9)	9.0 (6)	41.8 (28)
5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de anfetaminas	32.8 (22)	14.9 (10)	6.0 (4)	7.5 (5)	38.8 (26)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 35

Frecuencias y proporciones de consumo de anfetaminas (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de anfetaminas?	46.5 (40)	24.4 (21)	29.1 (25)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir anfetaminas y no lo ha logrado?	44.2 (38)	23.2 (20)	32.6 (28)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 36 muestra los datos descriptivos de consumo de inhalantes (ASSIST V3.0), referente a la frecuencia de consumo de inhalantes en los últimos tres meses, el 47.3% manifiesta que nunca, seguido de un 18.2% que indicó que diario a casi a diario y el 14.5% cada mes. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir inhalantes en los últimos tres meses, el 48.3% señaló a diario o casi a diario, un 17.3% menciona que cada mes y un 13.8% que cada semana.

En lo que respecta a la frecuencia con la que el consumo de inhalantes en los últimos tres meses, lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 41.4% menciona que a diario o casi a diario, seguido de un 34.5% que refirió que nunca y un 10.3% cada mes. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de inhalantes en los últimos tres meses, el 55.2% aludió que a diario o casi a diario, un 20.7% expresó que nunca y el 13.8% cada mes.

Sobre la pregunta si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de inhalantes, el 40.0% enunció que no (nunca),

un 34.5% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 25.5% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. En relación a la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir inhalantes y no lo ha logrado, un 54.5% refiere que no (nunca), un 29.1% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 16.4% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 36

Frecuencias y proporciones de consumo de inhalantes (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido inhalantes en los últimos tres meses	47.3 (26)	10.9 (6)	14.5 (8)	9.1 (5)	18.2 (10)
3. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir inhalantes	10.3 (3)	10.3 (3)	17.3 (5)	13.8 (4)	48.3 (14)
4. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de inhalantes a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	34.5 (10)	6.9 (2)	10.3 (3)	6.9 (2)	41.4 (12)
5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de inhalantes?	20.7 (6)	10.3 (3)	13.8 (4)	- (-)	55.2 (16)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 36

Frecuencias y proporciones de consumo de inhalantes (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de inhalantes?	40.0 (22)	25.5 (14)	34.5 (19)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir inhalantes y no lo ha logrado?	54.5 (30)	16.4 (9)	29.1 (16)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 37 muestra los datos descriptivos de consumo de tranquilizante (ASSIST V3.0), sobre la frecuencia de consumo de tranquilizante en los últimos tres meses, el 48.7% manifiesta que nunca, seguido de un 16.7% que indicó que diario a casi a diario y el 12.8% 1 ó 2 veces. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir tranquilizante en los últimos tres meses, el 50.0% señaló a diario o casi a diario, un 17.5% menciona que nunca y un 15.0% 1 ó 2 veces.

En lo que refiere a la frecuencia con la que el consumo de tranquilizante en los últimos tres meses, lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 35.0% menciona que nunca, seguido de un 32.5% que refirió que a diario o casi a diario y un 15.0% cada semana. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de tranquilizante en los últimos tres meses, el 37.5% aludió que a diario o casi a diario, un 32.5% expresó que nunca y el 15.0% 1 ó 2 veces.

Referente a la pregunta si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de tranquilizantes, el 55.1% enunció que no

(nunca), un 24.4% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 20.5% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. En relación a la pregunta que cita que, si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir tranquilizantes y no lo ha logrado, un 57.7% refiere que no (nunca), un 26.9% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 15.4% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 37

Frecuencias y proporciones de consumo de tranquilizante (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido tranquilizantes en los últimos tres meses	48.7 (38)	12.8 (10)	11.5 (9)	10.3 (8)	16.7 (13)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir tranquilizantes	17.5 (7)	15.0 (6)	7.5 (3)	10.0 (4)	50.0 (20)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de tranquilizantes a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	35.0 (14)	5.0 (2)	12.5 (5)	15.0 (6)	32.5 (13)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de tranquilizantes	32.5 (13)	15.0 (6)	10.0 (4)	5.0 (2)	37.5 (15)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 37

Frecuencias y proporciones de consumo de tranquilizante (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de tranquilizantes	55.1 (43)	20.5 (16)	24.4 (19)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir tranquilizantes y no lo ha logrado?	57.7 (45)	15.4 (12)	26.9 (21)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 38 muestra los datos descriptivos de consumo de alucinógenos (ASSIST V3.0), sobre la frecuencia de consumo de alucinógenos en los últimos tres meses, el 48.9% manifiesta que nunca, seguido de un 15.6% que refiere que a diario o casi a diario, y el 15.5% indicó 1 ó 2 veces. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir alucinógenos en los últimos tres meses, el 56.6% señaló a diario o casi a diario, un 17.4% menciona que 1 ó 2 veces, el 17.4% nunca, un 4.4% cada semana y el 4.4% cada mes.

En lo que refiere a la frecuencia con la que el consumo de alucinógenos en los últimos tres meses, lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 39.1% menciona que a diario o casi a diario, seguido de un 39.1% que refiere que nunca, el 13.0% cada semana, un 4.3% cada mes y el 4.3% 1 ó 2 veces. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de alucinógenos en los últimos tres meses, el 52.2% aludió que a diario o casi a diario, un 30.5% expresó que nunca y el 8.7% 1 ó 2 veces.

Referente a la pregunta si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de alucinógeno, el 55.5% enunció que no (nunca), un 26.7% indicó que sí, en los últimos 3 meses y el 17.8% señaló que sí, pero no en los últimos 3 meses. En relación a la pregunta que cita que, si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alucinógeno y no lo ha logrado, un 60.0% refiere que no (nunca), un 24.4% manifiestan que sí, en los últimos 3 meses y un 15.6% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 38

Frecuencias y proporciones de consumo de alucinógenos (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido alucinógeno en los últimos tres meses	48.9 (22)	15.5 (7)	8.9 (4)	11.1 (5)	15.6 (7)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir alucinógeno	17.4 (4)	17.4 (4)	4.3 (1)	4.3 (1)	56.6 (13)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de alucinógeno a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	39.1 (9)	4.4 (1)	4.4 (1)	13.0 (3)	39.1 (9)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de alucinógeno	30.5 (7)	8.7 (2)	4.3 (1)	4.3 (1)	52.2 (12)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 38

Frecuencias y proporciones de consumo de alucinógenos (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de alucinógeno?	55.5 (25)	17.8 (8)	26.7 (12)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alucinógeno y no lo ha logrado?	60.0 (27)	15.6 (7)	24.4 (11)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 39 muestra los datos descriptivos de consumo de opiáceos (ASSIST V3.0), sobre la frecuencia de consumo de opiáceos en los últimos tres meses, el 59.2% manifiesta que consume a diario o casi a diario, seguido de un 18.3% que indicó que nunca y el 12.7% cada semana. En relación con la frecuencia que ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir opiáceos en los últimos tres meses, el 84.2% señaló a diario o casi a diario, un 8.8% menciona que nunca, el 3.5% cada semana y un 3.5% 1 ó 2 veces.

En lo que refiere a la frecuencia con la que el consumo de opiáceos en los últimos tres meses, lo ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos, el 54.4% menciona que a diario o casi a diario, seguido de un 19.3% que refirió que nunca y un 15.7% cada semana. En cuanto a la frecuencia con que dejó de hacer lo que se esperaban de usted habitualmente por el consumo de opiáceos en los últimos tres meses, el 52.6% aludió que a diario o casi a diario, un 26.3% expresó que nunca y el 8.8% cada semana.

Referente a la pregunta si un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de opiáceos, el 49.2% enunció sí, en los últimos 3 meses, un 25.4% indicó que sí, pero no en los últimos 3 meses y el 25.4% nunca. En relación a la pregunta que cita que si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir opiáceos y no lo ha logrado, un 42.3% refiere que sí, en los últimos 3 meses, un 33.8% manifiestan que nunca y un 23.9% menciona que sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tabla 39

Frecuencias y proporciones de consumo de opiáceos (ASSIST V3.0)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
2. ¿Con qué frecuencia ha consumido opiáceos en los últimos tres meses	18.3 (13)	7.0 (5)	2.8 (2)	12.7 (9)	59.2 (42)
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir opiáceos	8.8 (5)	3.5 (2)	- (-)	3.5 (2)	84.2 (48)
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de opiáceos a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	19.3 (11)	5.3 (3)	5.3 (3)	15.7 (9)	54.4 (31)
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de opiáceos?	26.3 (15)	7.0 (4)	5.3 (3)	8.8 (5)	52.6 (30)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 39

Frecuencias y proporciones de consumo de opiáceos (ASSIST V3.0) (continuación)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de opiáceos?	25.4 (18)	25.4 (18)	49.2 (35)
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir opiáceos y no lo ha logrado?	33.8 (24)	23.9 (17)	42.3 (30)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

La tabla 40 muestra los datos descriptivos sobre el uso de drogas inyectadas, en relación al consumo de drogas inyectadas alguna vez en la vida el 80.0% refirió no (nunca) consumir, mientras que el 16.4% mencionó sí, en los últimos 3 meses y un 3.6% refiere que sí, pero no en los últimos 3 meses. Respecto al patrón de uso de drogas inyectadas, el 85.7% indicó que no consumió drogas inyectables una vez a la semana o menos ó menos de 3 días seguidos, mientras que el 14.3% menciona que si ha consumido. El 85.7% de los participantes en el estudio mencionan el consumo de drogas inyectadas más de una vez a la semana, ó 3 o más días seguidos, mientras el 14.3% mencionó no consumir con este patrón.

Tabla 40

Frecuencias y proporciones de uso de drogas inyectadas (ASSIST V3.0)

Reactivo	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
	% <i>f</i>	% <i>f</i>	% <i>f</i>
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada?	80.0 (196)	3.6 (9)	16.4 (40)
	Si		No
Cada cuanto usa alguna droga inyectable	% <i>f</i>		% <i>f</i>
Una vez a la semana o menos ó menos de 3 días seguidos	14.3 (7)		85.7 (42)
Más de una vez a la semana, ó 3 o más días seguidos	85.7 (42)		14.3 (7)

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 245

En la tabla 41 se muestra los datos descriptivos sobre el nivel de riesgo de consumo de alcohol y drogas ilícitas de los migrantes, en relación con el nivel de riesgo de consumo de alcohol y drogas ilícitas de los migrantes, en relación con el nivel de riesgo de consumo de alcohol, el 53.7% es bajo, un 25.3% moderado y el 21.0% alto. Referente al nivel de riesgo de consumo de cannabis en la población en estudio, el 35.6% es moderado, un 35.6% bajo y 28.8% alto. Acerca del nivel de riesgo de consumo de cocaína el 40.7% se ubica en nivel bajo, un 37.2% moderado y el 22.1% alto. Sobre el nivel de riesgo de consumo de anfetaminas en la población migrante el 41.9% se identifica como alto, el 37.2% moderado y un 20.9% bajo.

En relación con nivel de riesgo de consumo de inhalantes en migrantes, el 39.3% documenta un nivel de riesgo moderado, el 32.1% bajo y un 28.6% alto. Referente al nivel de riesgo de consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir, el 41.0% se identifica como bajo, un 35.9% moderado y el 23.1% alto. Acerca del nivel de riesgo de

consumo de alucinógeno el 40.0% se ubica en nivel bajo, mientras el 33.3% moderado y el 26.7% alto. Por último, sobre el nivel de riesgo de consumo de opiáceos en la población migrante más de la mitad (57.7%) se documenta como nivel alto, un 33.8% moderado y el 8.5% bajo.

Tabla 41

Frecuencias y proporciones del ASSIST del nivel de riesgo de consumo de alcohol y drogas ilícitas de los migrantes

	Nivel de Consumo					
	Bajo		Moderado		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alcohol	102	53.7	48	25.3	40	21.0
Cannabis	42	35.6	42	35.6	34	28.8
Cocaína	35	40.7	32	37.2	19	22.1
Anfetaminas	18	20.9	32	37.2	36	41.9
Inhalantes	18	32.1	22	39.3	16	28.6
Tranquilizantes o pastillas para dormir	32	41.0	28	35.9	18	23.1
Alucinógenos	18	40.0	15	33.3	12	26.7
Opiáceos	6	8.5	24	33.8	41	57.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Estadística Inferencial

En relación con las prevalencias de consumo de alcohol se observó (tabla 42), respecto a la prevalencia global un 77.6% con *IC95%* [72, 83]; la prevalencia lápsica reportó una proporción de 58.4% con *IC95%* [52, 65]; la prevalencia actual mostró una proporción de 40.8% con *IC95%* [35, 47] y el 28.2% señalaron una prevalencia instantánea con *IC95%* [22, 34]. Para la prevalencia de consumo de drogas ilícitas se observa, una prevalencia global de 49.8% con *IC95%* [43, 56]; la prevalencia lápsica reportó una proporción de 41.2% con *IC95%* [35, 47]; la prevalencia actual mostró una

proporción de 35.1% con *IC95%* [29, 41] y el 31.4% señalaron una prevalencia instantánea con *IC95%* [28, 37].

Tabla 42

Prevalencia del consumo de alcohol y de drogas ilícitas en los migrantes

<i>Prevalencia de Consumo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo de Alcohol						
Global	190	77.6	55	22.4	72	83
Lápsica	143	58.4	102	41.6	52	65
Actual	100	40.8	145	59.2	35	47
Instantánea	69	28.2	176	71.8	22	34
Consumo de drogas ilícitas						
Global	122	49.8	123	50.2	43	56
Lápsica	101	41.2	144	58.8	35	47
Actual	86	35.1	159	64.9	29	41
Instantánea	77	31.4	168	68.6	28	37

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 245

De acuerdo con la tabla 43 sobre el estadístico de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefords se observó que la mayoría de las variables no presentan distribución normal. La media de edad fue de 41.2 (*DE* = 12.3) años, la media de escolaridad de 8.6 (*DE* = 3.5) años, los participantes reportaron una media de tiempo en la ciudad de 65.9 (*DE* = 96.8) meses, han ido a trabajar a los EU 3.4 (*DE* = 3.2) veces, además, las personas migrantes reportan una media de vivir en el lugar actual de 22.8 (*DE* = 51.3) meses y haber cambiado de lugar 3.4 (*DE* = 3.4) veces.

La escala Intolerancia hacia la incertidumbre reporta una media de 42.0 (*DE* = 25.9), la escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio reportó Media fue de 46.9 (*DE* = 17.3), la de apoyo social reportó una media de 58.9 (*DE* = 26.3),

mientras que el cuestionario de Apoyo Social de MOS mostró una media de 45.9 ($DE = 32.3$). La Escala de Perspectiva Espiritual obtuvo una media de 66.0 ($DE = 27.8$), la escala de bienestar psicológico mostró una media de 60.9 ($DE = 14.7$), la escala de bienestar social mostró una media de 53.6 ($DE = 17.3$), mientras el AUDIT de 31.1 ($DE = 26.2$).

El ASSIST reportó según su sumatoria para el alcohol una media de 13.4 ($DE = 12.5$), para el cannabis una media de 14.8 ($DE = 13.9$), la cocaína una media de 12.1 ($DE = 13.0$), para las anfetaminas se reporta una media de 19.4 ($DE = 13.1$), los inhalantes una media de 14.5 ($DE = 13.5$), en el caso de los tranquilizantes un media de 12.8 ($DE = 13.2$), por último, para los opiáceos se reporta una media de 24.1 ($DE = 12.9$).

En base a los resultados de la prueba de normalidad se observa que la mayoría de las variables no presentan distribución normal, por lo tanto se utilizaran para responder objetivos e hipótesis pruebas no paramétricas.

Tabla 43

Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors de las variables continuas y numéricas

Variable	n	\bar{X}	Mdn	DE	Val. Mín	Val. Máx	D^a	p
Edad	245	41.2	40.0	12.3	18.0	70.0	.065	.014
Escolaridad	245	8.6	9.0	3.5	0.0	18.0	.170	.001
Tiempo en la ciudad	245	65.9	24.0	96.8	1.0	528	.251	.001
Cuántas veces ha ido a trabajar a los EU	130	3.4	2.0	3.2	1.0	12.0	.256	.001
Tiempo de vivir en el lugar actual	245	22.8	6.0	51.3	1.0	480	.335	.001

Nota: \bar{X} = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación Estándar, D^a = estadístico de prueba, p = significancia observada

Tabla 43

Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors de las variables continuas y numéricas (continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Val. Mín</i>	<i>Val. Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Cuantas veces se ha cambiado de lugar	130	3.4	2.0	3.4	1.0	20	.269	.001
Intolerancia hacia la incertidumbre	245	42.0	43.5	25.9	0.0	100.0	.062	.200
Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio	239	58.9	62.0	26.3	0.0	96.0	.103	.001
Apoyo Social de MOS	245	45.9	44.7	32.3	0.0	100.0	.075	.048
Perspectiva Espiritual	245	66.0	74.0	27.8	0.0	100.0	.116	.001
Bienestar Psicológico	245	60.9	60.6	14.7	28.2	100.0	.049	.200
Bienestar Social	245	53.6	53.0	17.3	16.0	100.0	.050	.200
AUDIT	143	31.1	22.5	26.2	2.5	100.0	.167	.001
Frecuencia y cantidad	143	40.1	33.3	27.3	8.3	100.0	.137	.001
Dependencia	143	28.4	25.0	31.2	0.0	100.0	.190	.001
Daño	143	26.3	18.7	27.9	0.0	100.0	.163	.001
Sumatoria ASSIST								
Alcohol	190	13.4	9.0	12.5	0.0	39.0	.156	.001
Cannabis	118	14.8	11.5	13.9	0.0	39.0	.159	.001
Cocaína	86	12.1	6.0	13.0	0.0	39.0	.217	.001
Anfetaminas	86	19.4	22.0	13.1	0.0	39.0	.136	.001
Inhalantes	56	14.5	12.0	13.5	0.0	39.0	.164	.001
Tranquilizantes	78	12.8	7.5	13.2	0.0	39.0	.196	.001
Alucinógenos	45	12.8	6.0	13.9	0.0	39.0	.223	.001
Opíáceos	71	24.1	29.0	12.9	0.0	39.0	.168	.001

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *D^a* = estadístico de prueba, *p* = significancia observada

Para dar respuesta al primer objetivo que propuso determinar las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, apoyo social y espiritualidad por edad y sexo, se utilizó la prueba Coeficiente de Correlación de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney. En la tabla 44 se observa que existe una relación negativa y significativa entre el índice de razones para migrar

($r_s = -.25, p < .001$), apoyo social ($r_s = -.12, p = .044$) con la edad. Lo que indica que, a menor edad de la persona migrante, mayores razones para migrar existen y mayor percepción de apoyo social. No se encontró relación significativa entre intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio (partida, trayecto, llegada) y espiritualidad ($p > .05$) con la edad del participante.

Tabla 44

Coefficiente de Correlación de Spearman para razones para migrar y apoyo social por edad

Variable	Edad	
	r_s	p
Índice de Razones para migrar	-.25**	.001
Índice de apoyo social	-.12*	.044

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = significancia observada, * < .05, ** < .01, *** < .001

En la tabla 45 se observa diferencia significativa entre el total de dificultades durante la migración por sexo ($U = 3748.50, p < .001$) siendo mayor en el sexo masculino ($\bar{X} = 7.0, Mdn = 7.0$) que en el femenino ($\bar{X} = 4.9, Mdn = 4.0$). Así mismo, se presentaron diferencias significativas del Índice de estrés migratorio de partida ($U = 3898.50, p = .002$) por sexo, se observa que las mujeres tuvieron medias y medianas más altas ($\bar{X} = 75.5, Mdn = 83.3$) en comparación con los hombres ($\bar{X} = 63.9, Mdn = 66.6$).

Además, se observó diferencia significativa en los índices de apoyo social por sexo ($U = 3666.00, p < .001$) siendo mayor en el sexo femenino ($\bar{X} = 59.6, Mdn = 63.1$) que en el masculino ($\bar{X} = 41.7, Mdn = 38.8$). También se mostró diferencias significativas del Índice de Espiritualidad ($U = 3874.00, p = .002$) por sexo y se

observaron medias y medianas más altas en las mujeres ($\bar{X} = 75.8$, $Mdn = 84.0$) en comparación con los hombres quienes presentaron medias más bajas ($\bar{X} = 63.0$, $Mdn = 70.0$); de esta forma se responde al primer objetivo del estudio.

Tabla 45

U de Mann-Whitney para índice de dificultad durante la migración, estrés migratorio de partida, apoyo social y espiritualidad por sexo

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Total de Dificultades durante la migración					
Masculino	188	7.0	7.0	3748.50	.001
Femenino	57	4.9	4.0		
Índice de estrés migratorio de partida					
Masculino	188	63.9	66.6	3898.50	.002
Femenino	57	75.5	83.3		
Índice de Apoyo Social					
Masculino	188	41.7	38.8	3666.00	.001
Femenino	57	59.6	63.1		
Índice de Espiritualidad					
Masculino	188	63.0	70.0	3874.00	.002
Femenino	57	75.8	84.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico U de Mann-Whitney,

p = Significancia observada, *n* = 245

Para dar respuesta al segundo objetivo específico que estableció identificar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico, psicológico y social. Para ello se utilizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y la prueba *U* de Mann-Whitney. Los resultados se muestran en las tablas de la 46 a la 49.

En la tabla 46 se observa una relación positiva y significativa entre apoyo social y bienestar psicológico ($r_s = .19$, $p = .002$), lo que indica que a mayor apoyo social mayor bienestar psicológico. Así mismo, se muestra una relación negativa y

significativa de la espiritualidad ($r_s = -.21, p = .01$) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), lo que significa que a mayor espiritualidad menor consumo de alcohol de bajo riesgo.

Así mismo, se observó una relación positiva y significativa de la espiritualidad con el bienestar psicológico ($r_s = .44, p < .001$) y con bienestar social ($r_s = .19, p = .002$), lo que indica que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico y social.

Tabla 46

Coefficiente de Correlación de Spearman para las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), psicológico y social

Variable	Bienestar físico (Consumo alcohol de bajo riesgo)		Bienestar Psicológico		Bienestar Social	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Apoyo Social	-.07	.23	.19**	.002	.06	.34
Espiritualidad	-.21**	.001	.44**	.001	.19**	.002

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = Valor p , * $< .05$,

** $< .01$, *** $< .001$

En la tabla 47 se observan diferencias significativas de espiritualidad por prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($U = 5711.50, p = .004$) se presentan medias y medianas más altas de la espiritualidad en los participantes que no consumen alcohol ($\bar{X} = 72.5, Mdn = 80.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 61.3, Mdn = 68.0$).

Así mismo, se presentan diferencias significativas de espiritualidad con el consumo de alcohol en el último mes ($U = 5323.50, p < .001$) se presentan medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen alcohol

($\bar{X} = 71.6$, $Mdn = 80.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 57.8$, $Mdn = 61.0$).

De igual forma se presentan diferencias significativas de la espiritualidad con la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos siete días ($U = 4721.50$, $p = .007$) se presentan medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen alcohol ($\bar{X} = 69.3$, $Mdn = 78.0$) en comparación con los que si consumieron en los últimos siete días ($\bar{X} = 57.5$, $Mdn = 64.0$).

No se observaron diferencias significativas de la espiritualidad y la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida ($p > .05$). Así mismo, no se reportan diferencias significativas del apoyo social por prevalencias de consumo de alcohol ($p > .05$).

Tabla 47

U de Mann-Whiney para las estrategias de afrontamiento (espiritualidad) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de alcohol)

Prevalencia de Consumo de Alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
No	55	72.0	78.0	4556.50	.148
Si	190	64.3	72.0		
Lápsica					
No	102	72.5	80.0	5711.50	.004
Si	143	61.3	68.0		
Actual					
No	145	71.6	80.0	5323.50	.001
Si	100	57.8	61.0		
Instantánea					
No	176	69.3	78.0	4721.50	.007
Si	69	57.5	64.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico U de Mann- Whitney,

p = Significancia observada, *n* = 245

En la tabla 48 se observan diferencias significativas de apoyo social por prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida ($U = 5925.50, p = .004$) los participantes que no consumen drogas ilícitas reportan medias y medianas más altas de apoyo social ($\bar{X} = 52.2, Mdn = 50.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 39.5, Mdn = 37.5$).

Así mismo, se reportan diferencias significativas de apoyo social con prevalencia de consumo de drogas ilícitas en el último año ($U = 5809.00, p = .007$) presentan medias y medianas más altas de apoyo social en los participantes que no consumen drogas ilícitas ($\bar{X} = 50.9, Mdn = 49.3$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 38.7, Mdn = 36.8$). De igual forma se observan diferencias significativas de apoyo social con el consumo de drogas en el último mes ($U = 5776.50, p = .045$) se presentan medias y medianas más altas de apoyo social en los participantes que no consumen drogas ilícitas ($\bar{X} = 49.2, Mdn = 47.3$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 39.6, Mdn = 36.1$). No se reportan diferencias significativas del apoyo social con el consumo de drogas ilícitas en los últimos siete días ($p > .05$).

Tabla 48

U de Mann-Whiney para las estrategias de afrontamiento (apoyo social) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de drogas ilícitas)

Prevalencia de Consumo de drogas ilícitas	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
No	123	52.2	50.0	5925.50	.004
Si	122	39.5	37.5		
Lápsica					
No	144	50.9	49.3	5809.00	.007
Si	101	38.7	36.8		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico U de Mann-Whitney,

p = Significancia observada, *n* = 245

Tabla 48

U de Mann-Whiney para las estrategias de afrontamiento (apoyo social) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de drogas ilícitas) (continuación)

Prevalencia de Consumo de drogas ilícitas	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Actual					
No	159	49.2	47.3	5776.50	.045
Si	86	39.6	36.1		
Instantánea					
No	168	48.1	45.3	5707.50	.140
Si	77	40.8	36.8		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico U de Mann-Whitney,

p = Significancia observada, *n* = 245

En la tabla 49 se reportan diferencias significativas de espiritualidad por prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida ($U = 5149.00$, $p < .001$) los que no consumen drogas ilícitas informan medias y medianas más altas de espiritualidad ($\bar{X} = 72.9$, $Mdn = 84.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 59.0$, $Mdn = 64.0$).

Así mismo, se reportan diferencias significativas de espiritualidad con prevalencia de consumo de drogas ilícitas en el último año ($U = 4992.50$, $p < .001$) se reportan medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen drogas ilícitas ($\bar{X} = 71.9$, $Mdn = 80.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 57.6$, $Mdn = 64.0$).

De igual forma se observan diferencias significativas de espiritualidad con el consumo de drogas ilícitas en el último mes ($U = 4862.50$, $p < .001$) se reportan medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen drogas ilícitas ($\bar{X} = 70.9$, $Mdn = 80.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 57.0$, $Mdn = 61.0$).

Se reportan diferencias significativas de la espiritualidad con la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en los últimos siete días ($U = 4821.50$, $p < .001$) se reportan medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen drogas ilícitas ($\bar{X} = 69.8$, $Mdn = 79.0$) en comparación con los que si consumen ($\bar{X} = 57.8$, $Mdn = 62.0$); con los resultados anteriores se da respuesta al segundo objetivo específico.

Tabla 49

U de Mann-Whiney para las estrategias de afrontamiento (espiritualidad) con el bienestar físico (prevalencia de consumo de drogas ilícitas)

Prevalencia de Consumo de drogas ilícitas	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
No	123	72.9	84.0	5149.00	.001
Si	122	59.0	64.0		
Lápsica					
No	144	71.9	80.0	4992.50	.001
Si	101	57.6	64.0		
Actual					
No	159	70.9	80.0	4862.50	.001
Si	86	57.0	61.0		
Instantánea					
No	168	69.8	79.0	4821.50	.001
Si	77	57.8	62.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico U de Mann- Whitney,

p = Significancia observada, *n* = 245

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que estableció Identificar los tipos de consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas, se utilizó estadística descriptiva y la estimación puntual con un *IC95%*. Los resultados se muestran en las tablas 50 y 51. Se observa que el 23.8% con *IC95%* [16.7, 30.8] de los participantes

reportaron consumo sin riesgo, el 23.1% con *IC95%* [16.0, 30.0] consumo de riesgo o dependiente y el 53.1% con *IC95%* [44.8, 61.4] consumo perjudicial.

Tabla 50

Tipos de consumo de alcohol en los migrantes

<i>Tipos de Consumo de alcohol</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo sin riesgo	34	23.8	109	76.2	16.7	30.8
Consumo dependiente o de riesgo	33	23.1	110	76.9	16.0	30.0
Consumo perjudicial	76	53.1	67	46.9	44.8	61.4

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 143

En la tabla 51 se observa el nivel de consumo de drogas (ASSIST), el 53.7% de los que consumieron alcohol presentaron un nivel bajo de consumo, en cuanto al cannabis se presentó un nivel bajo y moderado de consumo (35.6% y 35.6% respectivamente), en cuanto al consumo de cocaína, tranquilizantes y alucinógenos presentaron un nivel de consumo bajo (40.7%, 41.0% y 40.0% respectivamente), sin embargo, el consumo de anfetaminas en los migrantes reportaron un nivel alto de consumo (41.9%) y los inhalables un nivel moderado de consumo (39.3%); de esta forma se responde al tercer objetivo.

Tabla 51

Frecuencias y proporciones del ASSIST del nivel de alcohol y drogas de los migrantes

	Nivel de Consumo					
	Bajo		Moderado		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alcohol	102	53.7	48	25.3	40	21.0
Cannabis	42	35.6	42	35.6	34	28.8
Cocaína	35	40.7	32	37.2	19	22.1
Anfetaminas	18	20.9	32	37.2	36	41.9
Inhalantes	18	32.1	22	39.3	16	28.6
Tranquilizantes o pastillas para dormir	32	41.0	28	35.9	18	23.1
Alucinógenos	18	40.0	15	33.3	12	26.7
Opiáceos	6	8.5	24	33.8	41	57.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Respecto al cuarto objetivo que señala determinar las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y drogas ilícitas, en la tabla 52 se muestra la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol, se observa que el 77.6 % con un *IC95%* [72, 83] de los participantes habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 58.4% con un *IC95%* [52, 64] consumió alcohol en el último año, el 40.8% con un *IC95%* [34, 47] consumió en el último mes y el 28.2% con un *IC95%* [22, 33] en la última semana.

Tabla 52

Prevalencia del consumo de alcohol en los migrantes

<i>Prevalencia de Consumo de alcohol</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Global	190	77.6	55	22.4	72	83
Lápsica	143	58.4	102	41.6	52	64
Actual	100	40.8	145	59.2	34	47
Instantánea	69	28.2	176	71.8	22	33

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 245

En la tabla 53 se muestra la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas ilícitas en general, se observa que el 49.8 % con un *IC95%* [43, 56] de los participantes habían consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida, el 41.2% con un *IC95%* [35, 47] consumió drogas ilícitas en el último año, el 35.1% con un *IC95%* [29, 41] en el último mes y el 31.4% con un *IC95%* [25, 37] consumió en la última semana.

Tabla 53

Prevalencia del consumo de drogas ilícitas en los migrantes

<i>Prevalencia de Consumo de drogas ilícitas</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Global	122	49.8	123	50.2	43	56
Lápsica	101	41.2	144	58.8	35	47
Actual	86	35.1	159	64.9	29	41
Instantánea	77	31.4	168	68.6	25	37

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 245

En la tabla 54 se muestra la prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida según tipo de droga consumida, se observa que el 48.2% con un *IC95%* [41, 54] consumieron cannabis, el 35.1% con un *IC95%* [29, 41] consumieron alguna vez en la vida cocaína, el 35.1% con un *IC95%* [29, 41] consumieron anfetaminas u otro tipo de estimulantes, el 22.4% con un *IC95%* [17, 27] consumieron alguna vez en la vida inhalantes, el 31.8% con un *IC95%* [26, 37] consumieron alguna vez tranquilizantes o pastillas para dormir, el 18.4% con un *IC95%* [13, 23] consumieron alguna vez en la vida alucinógenos y el 29.0% con un *IC95%* [23, 34] consumieron opiáceos; de esta forma se responde el cuarto objetivo específico del estudio.

Tabla 54

*Prevalencia alguna vez en la vida por tipo de droga del consumo de drogas ilícitas**(ASSIST) en los migrantes*

<i>Prevalencia de Consumo de drogas Alguna vez en la vida</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Cannabis	118	48.2	127	51.8	41	54
Cocaína	86	35.1	159	64.9	29	41
Anfetamina u otro tipo de estimulantes	86	35.1	159	64.9	29	41
Inhalantes	55	22.4	190	77.6	17	27
Tranquilizantes o pastillas para dormir	78	31.8	167	68.2	26	37
Alucinógenos	45	18.4	200	81.6	13	23
Opiáceos	71	29.0	174	71.0	23	34

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 245

En la tabla 55 se muestra el consumo de drogas (ASSIST) en los últimos tres meses en los migrantes, así mismo, el 51.0% con un *IC95%* [44, 57] consumieron alcohol, el 31.0% con un *IC95%* [25, 36] consumieron cannabis, el 18.4% con un *IC95%* [13, 23] consumieron cocaína, el 26.5% con un *IC95%* [20, 32] consumieron anfetaminas u otro tipo de estimulantes, el 11.8% con un *IC95%* [7, 15] consumieron inhalantes, el 16.3% con un *IC95%* [11, 20] consumieron tranquilizantes o pastillas para dormir, el 9.4% con un *IC95%* [5, 13] consumieron alucinógenos y el 23.7% con un *IC95%* [18, 29] consumieron opiáceos, de esta forma se responde al cuarto objetivo.

Tabla 55

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos tres meses (ASSIST) en los migrantes

<i>Prevalencia de Consumo de drogas en últimos tres meses</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alcohol	125	51.0	120	49.0	44	57
Cannabis	76	31.0	169	69.0	25	36
Cocaína	45	18.4	200	81.6	13	23
Anfetamina u otro tipo de estimulantes	65	26.5	180	73.5	20	32
Inhalantes	29	11.8	216	88.2	07	15
Tranquilizantes o pastillas para dormir	40	16.3	205	83.7	11	20
Alucinógenos	23	9.4	222	90.6	05	13
Opiáceos	58	23.7	187	76.3	18	29

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *IC* = Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI* = Límite Inferior, *LS* = Límite Superior, *n* = 245

Para dar respuesta al quinto objetivo que estableció demostrar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el consumo de alcohol dependiente o de riesgo y perjudicial; para ello se utilizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y la H de Kruskal – Wallis.

No se encontraron diferencias significativas de las estrategias de afrontamiento: apoyo social ($H = 2.103$, $p = .349$) y espiritualidad ($H = 5.68$, $p = .058$) con el consumo de alcohol. En la tabla 56 se observa que existe una relación negativa y significativa entre la espiritualidad con el AUDIT ($r_s = -.21$, $p < .011$), con el consumo dependiente o de riesgo ($r_s = -.24$, $p = .003$) y con consumo perjudicial ($r_s = -.21$, $p < .011$) lo que indica que a mayor espiritualidad menor es el consumo dependiente o de riesgo y perjudicial. No se encontró relación significativa entre apoyo social ($p > .05$) con el consumo dependiente y perjudicial; con estos resultados se responde al quinto objetivo.

Tabla 56

Coefficiente de Correlación de Spearman para las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) y el consumo de alcohol AUDIT, consumo dependiente y perjudicial

Variable	AUDIT		Consumo dependiente		Consumo perjudicial	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Apoyo Social	.020	.812	.013	.877	.070	.403
Espiritualidad	-.213*	.011	-.243**	.003	-.212**	.011

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = significancia observada, * < .05, ** < .01, ***

Hipótesis

Para dar respuesta a la primera hipótesis que señala las características de la migración influyen en la intolerancia hacia la incertidumbre, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

En la tabla 57 se observa una relación positiva y significativa del total de dificultades durante la migración ($r_s = .184$, $p = .004$) con la intolerancia a la incertidumbre, lo que indica que a mayores dificultades durante la migración mayor intolerancia hacia la incertidumbre. No se encontró relación significativa entre índice de las razones para migrar y la intolerancia hacia la incertidumbre; de esta forma se acepta parcialmente la primera hipótesis y la primera proposición del estudio (Mishel, 1988; 1990).

Tabla 57

Coefficiente de Correlación de Spearman para las características de la migración y la intolerancia hacia la incertidumbre

Variable	<i>Características de la Migración</i>			
	Índice de Razones para migrar		Total de Dificultades durante la migración	
	r_s	p	r_s	p
Intolerancia hacia la incertidumbre	.039	.546	.184**	.004

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = significancia observada, * < .05, ** < .01, *** < .001

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que señala la intolerancia hacia la incertidumbre tiene efecto positivo en el estrés migratorio, se empleó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados se encuentran en las tablas 58 y 59.

En la tabla 58 se reporta una relación positiva y significativa de la intolerancia hacia la incertidumbre con el estrés migratorio ($r_s = .297$, $p < .001$), así como con el estrés migratorio de partida ($r_s = .295$, $p < .001$), estrés migratorio en el trayecto ($r_s = .275$, $p < .001$) y estrés migratorio a la llegada ($r_s = .265$, $p < .001$), lo que indica que a mayor intolerancia a la incertidumbre, mayor es el estrés migratorio. Con los datos anteriores se sustenta la segunda hipótesis de investigación y de la misma forma se acepta la segunda proposición del estudio planteada de forma original en la Teoría de Rango Medio de Mishel (1988; 1990).

Tabla 58

Coefficiente de Correlación de Spearman para la intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio

Variable	Intolerancia hacia la incertidumbre	
	r_s	p
Estrés Migratorio	.297**	.001
Estrés Migratorio de Partida	.295**	.001
Estrés Migratorio de Trayecto	.275**	.001
Estrés Migratorio de Llegada	.265**	.001

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = significancia observada, * < .05, ** < .01, *** < .001

En la tabla 59 se observa el Modelo de Regresión Lineal Simple para verificar el efecto de la intolerancia hacia la incertidumbre sobre el estrés migratorio. Se reporta efecto significativo en la totalidad del modelo ($F_{(1,243)} = 24.75$, $p < .001$) el cual explicó el 9.2% de la varianza total. Se muestra que la intolerancia hacia la incertidumbre predice positivamente el estrés migratorio ($\beta = 0.322$, $p < .001$). Con los datos anteriores se sustenta la segunda hipótesis.

Tabla 59

Regresión Lineal Simple para efecto para la intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	17053.326	1	17053.326	24.75	.001
Residual	167429.313	243	689.010		
Total	184482.639	244			$R^2 = 9.2$

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, β = Beta, p = significancia observada, E = Error típico, t = estadístico de la prueba t, $n = 245$

Tabla 59

Regresión Lineal Simple para efecto para la intolerancia hacia la incertidumbre y el estrés migratorio (continuación)

Modelo (<i>n</i> = 135)	Coeficientes			
	β	<i>E</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	47.829	3.202	14.93	.001
Incertidumbre	.322	.065	4.97	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, β = Beta, *p* = significancia observada, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba t, *n* = 245

Para dar respuesta a la tercera hipótesis que indica el apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente al estrés migratorio. Se utilizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo Lineal General Multivariante. Los resultados se muestran en la tabla 60 y 61.

En la tabla 60 se reporta una relación positiva y significativa de la espiritualidad con el estrés migratorio ($r_s = .190$, $p = .003$), con el estrés migratorio de partida ($r_s = .238$, $p < .001$), con el estrés migratorio del trayecto ($r_s = .153$, $p < .01$) y con el estrés migratorio de llegada ($r_s = .170$, $p = .008$), lo que indica que a mayor espiritualidad mayor estrés migratorio. No se observó significancia del apoyo social con estrés migratorio ($p > .05$).

Tabla 60

Coefficiente de Correlación de Spearman para el apoyo social, espiritualidad y el estrés migratorio

Variable	Apoyo social		Espiritualidad	
	r_s	p	r_s	p
Estrés Migratorio	.083	.194	.190**	.003
Estrés Migratorio de Partida	.094	.143	.238**	.001
Estrés Migratorio de Trayecto	.017	.792	.153*	.016
Estrés Migratorio de Llegada	.116	.069	.170**	.008

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación Muestral de Spearman, p = significancia observada, * < .05, ** < .01, *** < .001

Posteriormente se observa en la tabla 61 efecto significativo del apoyo social y la espiritualidad de manera conjunta con el estrés migratorio ($F_{(2,242)} = 96.00, p < .001$).

Sin embargo, al separar cada variable el apoyo social no mostró significancia con el estrés migratorio ($p > .05$), pero si se presentó significancia de la espiritualidad con el estrés migratorio ($F_{(1,243)} = 6.73, p < .01$), el modelo indica que el estrés migratorio explica el 2.3% de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento y mantiene un efecto positivo y significativo ($\beta = .166, p = .01$), de esta forma se sustenta parcialmente la hipótesis de investigación y de la misma forma la tercera proposición de la Teoría de Rango Medio de la Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1988; 1990).

Tabla 61

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social, espiritualidad y el estrés migratorio

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl del error</i>	<i>P</i>	
Interacción	.558	96.00	2	242	.001	
Estrés migratorio	.972	3.53	2	242	.031	
Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Modelo corregido	Apoyo social ^a	1524.692	1	1524.692	1.46	.228
	Espiritualidad ^b	5113.227	1	5113.227	6.73	.010
Interacción	Apoyo social ^a	66313.027	1	66313.027	63.49	.001
	Espiritualidad ^b	127127.128	1	127127.128	167.47	.001
Estrés migratorio	Apoyo social ^a	1524.692	1	1524.692	1.46	.228
	Espiritualidad ^b	5113.227	1	5113.227	6.73	.010
Error	Apoyo social ^a	253767.552	243	1044.311		
	Espiritualidad ^b	184462.186	243	759.104		
Total	Apoyo social ^a	771511.427	245			
	Espiritualidad ^b	1258380.000	245			
Total corregido	Apoyo social ^a	255292.244	244			
	Espiritualidad ^b	189575.412	244			
a) $R^2 = .02\%$			b) $R^2 = 2.3\%$			

Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Apoyo social migratorio	Interacción	40.320	.001	30.354	50.287
	Estrés migratorio	.091	.228	-.057	.239
Espiritualidad migratorio	Interacción	55.827	.001	47.330	64.325
	Estrés migratorio	.166	.010	.040	.293

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia observada, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol (AUDIT), b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que indica el apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente al bienestar físico (Consumo de alcohol de bajo riesgo), psicológico y social, se realizó el Modelo Lineal General Multivariante.

Como se observa en la tabla 62 se muestra efecto significativo del apoyo social y la espiritualidad en su conjunto con el bienestar físico (Consumo de alcohol de bajo riesgo), psicológico y social ($F_{(1,244)} = 81.508, p < .001$). Sin embargo, no fue significativo el apoyo social con el bienestar físico, psicológico y social ($p > .05$). No obstante fue significativa la espiritualidad con el bienestar físico, psicológico y social ($F_{(1,244)} = 21.239, p < .001$), el modelo indica que la espiritualidad explica el 5.0% del consumo de alcohol de bajo riesgo, el 7.0% del consumo de drogas ilícitas, el 25.1% del bienestar psicológico y el 5.6% del bienestar social.

La espiritualidad mantiene un efecto negativo y significativo ($\beta = -.239, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, efecto negativo y significativo ($\beta = -.084, p < .001$) con el consumo de drogas ilícitas, un efecto positivo y significativo ($\beta = .375, p < .001$) con el bienestar psicológico y un efecto positivo y significativo ($\beta = .198, p < .001$) con el bienestar social.

Tabla 62

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks					
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl del error</i>	<i>p</i>
Interacción	.423	81.508	4.0	239.000	.001
Apoyo social	.983	1.009	4.0	239.000	.403
Espiritualidad	.738	21.239	4.0	239.000	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia observada, SC = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 62

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efectos inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	11694.332	2	5847.166	7.418	.001
	Consumo de drogas ^b	1424.720	2	712.360	10.129	.001
	Bienestar psicológico ^c	31192.333	2	15596.167	41.777	.001
	Bienestar social ^d	8147.351	2	4073.675	8.245	.001
Interacción	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	54320.339	1	54320.339	68.911	.001
	Consumo de drogas ^b	10006.446	1	10006.446	142.281	.001
	Bienestar psicológico ^c	28789.683	1	28789.683	77.118	.001
	Bienestar social ^d	51697.178	1	51697.178	104.630	.001
Apoyo Social	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	183.082	1	183.082	.232	.63
	Consumo de drogas ^b	18.875	1	18.875	.268	.60
	Bienestar psicológico ^c	1367.659	1	1367.659	3.664	.05
	Bienestar social ^d	153.990	1	153.990	.312	.57
Espiritualidad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	10127.058	1	10127.058	12.847	.001
	Consumo de drogas ^b	1243.470	1	1243.470	17.681	.001
	Bienestar psicológico ^c	25037.059	1	25037.059	67.066	.001
	Bienestar social ^d	6985.328	1	6985.328	14.138	.001

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 62

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Error	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	190761.451	242	788.270
	Consumo de drogas ^b	17019.550	242	70.329
	Bienestar psicológico ^c	90342.893	242	373.318
	Bienestar social ^d	119570.649	242	494.094
Total	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	337013.889	245	
	Consumo de drogas ^b	50490.000	245	
	Bienestar psicológico ^c	936898.930	245	
	Bienestar social ^d	834598.000	245	
Total corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	202455.782	244	
	Consumo de drogas ^b	18444.269	244	
	Bienestar psicológico ^c	121535.226	244	
	Bienestar social ^d	127718.000	244	

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 62

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

a) $R^2 = 5.0\%$		b) $R^2 = 7.0\%$		c) $R^2 = 25.1\%$		d) $R^2 = 5.6\%$	
Estimaciones de los parámetros							
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%		Inferior	Superior
				Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	Interacción		
	Apoyo Social	-.028	.63	-.043	.025		
	Espiritualidad	-.239	.001	-.123	-.044		
Consumo de drogas	Interacción	17.364	.001	14.065	20.181		
	Apoyo Social	-.009	.60	-.049	.023		
	Espiritualidad	-.084	.001	-.127	-.043		
Bienestar psicológico	Interacción	29.453	.001	22.846	36.059		
	Apoyo Social	.076	.05	-.002	.153		
	Espiritualidad	.375	.001	.285	.465		
Bienestar social	Interacción	39.468	.001	31.867	47.068		
	Apoyo Social	.025	.57	-.064	.115		
	Espiritualidad	.198	.001	.094	.302		

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

La tabla 63 muestra el Modelo Lineal General Multivariante final para las variables de espiritualidad con el bienestar físico (índice AUDIT), psicológico y social ($F_{(4,240)} = 24.73, p < .001$). De acuerdo con el modelo la espiritualidad explica el 5.3% el consumo de alcohol de bajo riesgo, el 7.2% el consumo de drogas ilícitas, el 24.2% el bienestar psicológico y el 5.9% el bienestar social.

La espiritualidad mantiene un efecto negativo y significativo ($\beta = -.246, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, efecto negativo y significativo ($\beta = -.086, p < .001$) con el consumo de drogas, un efecto positivo y significativo ($\beta = .397, p < .001$) con el bienestar psicológico y un efecto positivo y

significativo ($\beta = .205, p < .001$) con el bienestar social; de esta forma se sustenta parcialmente la cuarta hipótesis de investigación y la cuarta proposición de la Teoría de Rango Medio de Mishel (1989; 1990).

Tabla 63

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl del error</i>	<i>p</i>	
Interacción	.392	92.920	4.0	240.000	.001	
Espiritualidad	.708	24.738	4.0	240.000	.001	
Prueba de los efectos inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	11511.250	1	11511.250	14.649	.001
	Consumo de drogas ^b	1405.844	1	1405.844	20.050	.001
	Bienestar psicológico ^c	29824.674	1	29824.674	79.025	.001
	Bienestar social ^d	7993.361	1	7993.361	16.224	.001
Interacción	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	58204.535	1	58204.535	74.072	.001
	Consumo de drogas ^b	10823.642	1	10823.642	154.366	.001
	Bienestar psicológico ^c	36602.982	1	36602.982	96.985	.001
	Bienestar social ^d	59503.974	1	59503.974	120.773	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia observada, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = Consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 63

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Espiritualidad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	11511.250	1	11511.250	14.649	.001
	Consumo de drogas ^b	1405.844	1	1405.844	20.050	.001
	Bienestar psicológico ^c	29824.674	1	29824.674	79.025	.001
	Bienestar social ^d	7993.361	1	7993.361	16.224	.001
Error	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	190944.533	243	785.780		
	Consumo de drogas ^b	17038.425	243	70.117		
	Bienestar psicológico ^c	91710.552	243	377.410		
	Bienestar social ^d	119724.639	243	492.694		
Total	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	337013.889	245			
	Consumo de drogas ^b	50490.000	245			
	Bienestar psicológico ^c	936898.930	245			
	Bienestar social ^d	834598.000	245			
Total corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	202455.782	244			
	Consumo de drogas ^b	18444.269	244			
	Bienestar psicológico ^c	121535.226	244			
	Bienestar social ^d	127718,000	244			

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = Consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 63

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

		a) $R^2 = 5.3\%$	b) $R^2 = 7.2\%$	c) $R^2 = 24.2\%$	d) $R^2 = 5.9\%$
Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	Interacción	39.711	.001	30.622	48.800
	Espiritualidad	-.246	.001	-.373	-.120
Consumo de drogas	Interacción	17.125	.001	14.410	19.839
	Espiritualidad	-.086	.001	-.124	-.048
Bienestar psicológico	Interacción	31.491	.001	25.193	37.790
	Espiritualidad	.397	.001	.309	.485
Bienestar social	Interacción	40.152	.001	32.955	47.349
	Espiritualidad	.205	.001	.105	.306

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = Consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

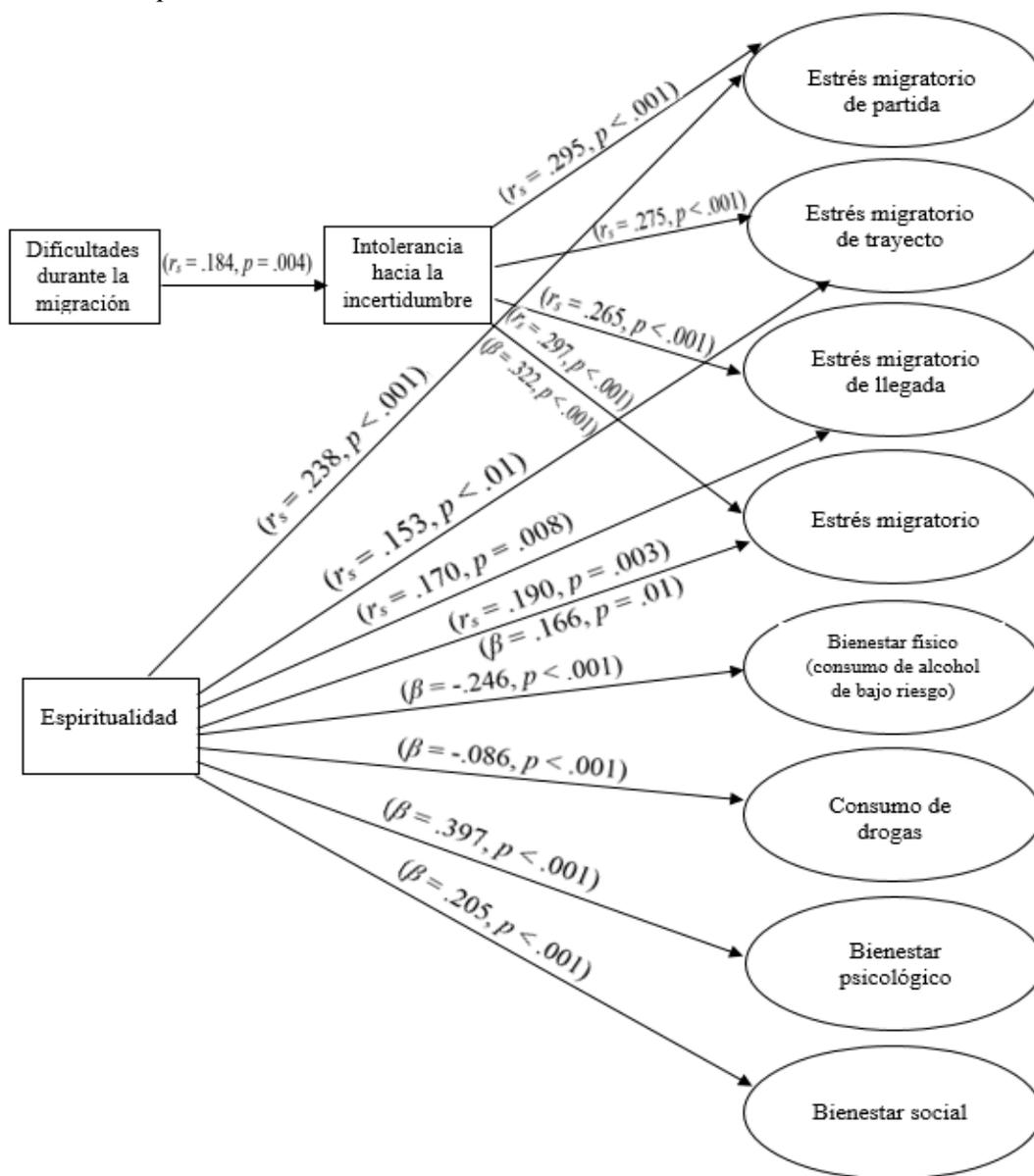
En la figura 7 se muestran los resultados de las cuatro hipótesis de estudio; en la primera hipótesis se observa una relación positiva y significativa de dificultades durante la migración con la intolerancia hacia la incertidumbre ($r_s = .184, p = .004$), lo que indica que a mayores dificultades durante la migración mayor intolerancia hacia la incertidumbre. Así mismo, para la segunda hipótesis se reporta una relación positiva y significativa de la intolerancia hacia la incertidumbre ($r_s = .297, p < .001$) con el estrés migratorio, con el estrés migratorio de partida ($r_s = .295, p < .001$), estrés migratorio en el trayecto ($r_s = .275, p < .001$) y estrés migratorio a la llegada ($r_s = .265, p < .001$) y se documenta un efecto positivo y significativo de la intolerancia hacia la incertidumbre con el estrés migratorio ($\beta = .322, p < .001$).

De acuerdo con la tercera hipótesis se observa una relación positiva y significativa de espiritualidad y el estrés migratorio ($r_s = .190, p = .003$), estrés migratorio de partida ($r_s = .238, p < .001$), con el estrés migratorio del trayecto ($r_s = .153, p < .01$) y con el estrés migratorio de llegada ($r_s = .170, p = .008$), además, se reportó que la espiritualidad ($\beta = .166, p = .01$) predice el estrés migratorio, el apoyo social no mostro significancia estadística con el estrés migratorio. En cuanto a la cuarta hipótesis la espiritualidad mantiene un efecto negativo y significativo con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo) ($\beta = -.246, p < .001$), efecto negativo y significativo ($\beta = -.086, p < .001$) con el consumo de drogas.

Así mismo, la espiritualidad mostró un efecto positivo y significativo ($\beta = .397, p < .001$) con el bienestar psicológico y un efecto positivo y significativo ($\beta = .205, p < .001$) con el bienestar social; de esta forma se sustenta las hipótesis uno y dos y parcialmente la hipótesis 3 y 4 dado que el apoyo social no mostró significancia con las variables resultado planteadas en el estudio, así mismo, las proposiciones se sustentaron de conformidad con las hipótesis aportando conocimiento empírico a la Teoría de Rango Medio de Mishel (1989; 1990).

Figura 7

Prueba de Hipótesis



Para dar respuesta al objetivo general que indica verificar la capacidad explicativa del Modelo características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México, se realizó el Modelo Lineal General Multivariante, los resultados se muestran en las tablas 64 y 65.

En la tabla 64 se muestra el modelo de las variables características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico, psicológico y social.

El modelo para las variables características de la migración (como sexo, se ha enfermado antes de emigrar a Estados Unidos, edad, escolaridad, razones para migrar y dificultades para migrar), además, de la intolerancia a la incertidumbre, estrés migratorio, apoyo social y espiritualidad fue significativo. Se observó significancia con el sexo ($F_{(4, 231)} = 7.39, p < .001$), intolerancia a la incertidumbre ($F_{(4, 231)} = 3.80, p = .005$) y la espiritualidad ($F_{(4, 231)} = 17.34, p < .001$). El modelo para las variables características de la migración (se ha enfermado antes de emigrar a Estados Unidos, edad, escolaridad, razones para migrar y dificultades para migrar), estrés migratorio y apoyo social no fueron significativas ($p > .05$).

El modelo indica que las variables sexo, intolerancia a la incertidumbre y espiritualidad explican el 8.8% al consumo de alcohol de bajo riesgo, el 25% del consumo de drogas ilícitas, el 25.8% del bienestar psicológico y el 9.2% del bienestar social. El sexo masculino mantiene el efecto positivo y significativo ($\beta = 17.474, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, con el drogas ilícitas ($\beta = -6.822, p < .001$), sin embargo, no mantiene el efecto con el bienestar psicológico y social ($p > .05$).

La variable de intolerancia a la incertidumbre no mantiene el efecto significativo ($p > .05$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo y con consumo de drogas ilícitas, no obstante mantienen efecto positivo y significativo ($\beta = .150, p = .004$) de la intolerancia hacia la incertidumbre, con el bienestar psicológico y un efecto positivo y significativo ($\beta = .150, p = .01$) con el bienestar social.

La espiritualidad mantiene efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol de bajo riesgo ($\beta = -.213, p = .002$) y con consumo de drogas ilícitas ($\beta = -.074, p < .001$), además, presenta un efecto positivo y significativo

($\beta = .360, p < .001$) con el bienestar psicológico y con el bienestar social

($\beta = .168, p = .002$).

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	F	gl	gl del error	p	
Interacción	.860	9.383	4.000	231.000	.001	
Sexo	.886	7.399	4.000	231.000	.001	
CM 18	.965	2.116	4.000	231.000	.08	
Edad	.972	1.653	4.000	231.000	.16	
Escolaridad	.988	.709	4.000	231.000	.58	
Razones para migrar	.996	.204	4.000	231.000	.93	
Dificultades durante la migración	.966	2.008	4.000	231.000	.94	
Intolerancia a la incertidumbre	.938	3.800	4.000	231.000	.005	
Estrés migratorio	.983	1.012	4.000	231.000	.40	
Apoyo social	.973	1.606	4.000	231.000	.17	
Espiritualidad	.769	17.344	4.000	231.000	.001	
Prueba de los efecto inter-sujetos						
	Origen	SC	gl	CM	F	p
Modelo corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	25473.875	10	2547.386	3.368	.001
	Consumo de drogas ^b	5872.138	10	587.214	9.154	.001
	Bienestar psicológico ^c	35099.883	10	3509.988	9.502	.001
	Bienestar social ^d	16443.020	10	1644.302	3.458	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Interacción	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	14719.217	1	14719.217	19.461	.001
	Consumo de drogas ^b	894.681	1	894.681	13.946	.001
	Bienestar psicológico ^c	2233.327	1	2233.327	6.046	.015
	Bienestar social ^d	4257.809	1	4257.809	8.954	.003
Sexo	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	10304.143	1	10304.143	13.624	.001
	Consumo de drogas ^b	1570.611	1	1570.611	24.483	.001
	Bienestar psicológico ^c	15.394	1	15.394	.042	.83
	Bienestar social ^d	241.043	1	241.043	.507	.47
CM 18	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	798.180	1	798.180	1.055	.30
	Consumo de drogas ^b	382.307	1	382.307	5.959	.015
	Bienestar psicológico ^c	565.210	1	565.210	1.530	.21
	Bienestar social ^d	79.841	1	79.841	.168	.68

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p =significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Edad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	868.933	1	868.933	1.149	.28
	Consumo de drogas ^b	157.595	1	868.933	2.457	.12
	Bienestar psicológico ^c	28.048	1	28.048	.076	.78
	Bienestar social ^d	8.277	1	8.277	.017	.89
Escolaridad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	9.750	1	9.750	.013	.91
	Consumo de drogas ^b	130.208	1	130.208	2.030	.16
	Bienestar psicológico ^c	40.348	1	40.348	.109	.74
	Bienestar social ^d	1.140	1	1.140	.002	.96
Razones para migrar	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	130.208	1	130.208	.172	.67
	Consumo de drogas ^b	28.719	1	28.719	.448	.50
	Bienestar psicológico ^c	34.679	1	34.679	.094	.76
	Bienestar social ^d	43.029	1	43.029	.090	.76

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dificultades durante la migración	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	75.850	1	75.850	.100	.75
	Consumo de drogas ^b	400.745	1	400.745	.6.247	.013
	Bienestar psicológico ^c	10.473	1	10.473	.028	.86
	Bienestar social ^d	14.360	1	14.360	.030	.86
Intolerancia a la incertidumbre	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	443.605	1	443.605	.587	.45
	Consumo de drogas ^b	89.058	1	89.058	1.388	.24
	Bienestar psicológico ^c	3155.487	1	3155.487	8.543	.004
	Bienestar social ^d	3172.782	1	3172.782	6.672	.010
Estrés migratorio	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	208.521	1	208.521	.276	.60
	Consumo de drogas ^b	.030	1	.030	.000	.98
	Bienestar psicológico ^c	10.032	1	10.032	.027	.86
	Bienestar social ^d	1652.049	1	1652.049	3.474	.06

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* =significancia observada, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, *CM* 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, *CM* 18 = 0 (No), *CM* 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Apoyo social	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	42.119	1	42.119	.056	.81
	Consumo de drogas ^b	61.240	1	61.240	.955	.33
	Bienestar psicológico ^c	1536.003	1	1536.003	4.158	.04
	Bienestar social ^d	340.383	1	340.383	.716	.39
Espiritualidad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	7294.209	1	7294.209	9.644	.002
	Consumo de drogas ^b	884.228	1	884.228	13.783	.001
	Bienestar psicológico ^c	20877.548	1	20877.548	56.520	.001
	Bienestar social ^d	4514.657	1	4514.657	9.494	.002
Error	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	176981.925	234	756.333		
	Consumo de drogas ^b	15011.389	234	64.151		
	Bienestar psicológico ^c	86435.342	234	369.382		
	Bienestar social ^d	111274.980	234	475.534		

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Total	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	337013.889	245			
	Consumo de drogas ^b	50112.000	245			
	Bienestar psicológico ^c	936898.930	245			
	Bienestar social ^d	834598.000	245			
Total corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	202455.782	244			
	Consumo de drogas ^b	20883.527	244			
	Bienestar psicológico ^c	121535.226	244			
	Bienestar social ^d	127718.000	244			

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

		a) $R^2 = 8.8\%$	b) $R^2 = 25.0\%$	c) $R^2 = 25.8\%$	d) $R^2 = 9.2\%$
Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Consumo de alcohol	Interacción	58.962	.001	32.630	85.294
	Sexo=Masculino	17.474	.001	-26.802	-8.147
de bajo	Sexo=Femenino	0			
	CM 18 =0	3.808	.305	-3.495	11.112
riesgo ^a	CM 18 =1	0			
	Edad	-.174	.28	-.492	.145
	Escolaridad	.059	.91	-.960	1.078
	Razones para migrar	-.374	.67	-2.153	1.404
	Dificultades durante la migración	.161	.75	.839	1.161
	Intolerancia a la incertidumbre	.056	.44	-.088	.201
	Estrés migratorio	.040	.60	-.109	.188
	Apoyo social	.014	.81	-.101	.129
Espiritualidad	-.213	.002	-.348	-.078	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, *p* =significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

		a) $R^2 = 8.8\%$	b) $R^2 = 25.0\%$	c) $R^2 = 25.8\%$	d) $R^2 = 9.2\%$
Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Consumo de drogas ^b	Interacción	14.537	.001	6.868	22.206
	Sexo=Masculino	-6.822	.001	-9.539	-4.106
	Sexo=Femenino	0			
	CM 18 =0	2.636	.015	.509	4.763
	CM 18 =1	0			
	Edad	.074	.118	-.019	.167
	Escolaridad	.215	.156	-.082	.511
	Razones para migrar	-.176	.504	-.649	.342
	Dificultades durante la migración	.369	.013	.078	.661
	Intolerancia a la incertidumbre	.025	.240	-.017	.067
	Estrés migratorio	.000	.983	-.043	.044
	Apoyo social	.017	.330	-.017	.050
	Espiritualidad	-.074	.001	-.113	-.035

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p =significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

		a) $R^2 = 8.8\%$	b) $R^2 = 25.0\%$	c) $R^2 = 25.8\%$	d) $R^2 = 9.2\%$
Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar psicológico ^c	Interacción	22.967	.015	4.565	41.369
	Sexo=Masculino	.675	.83	-5.843	7.194
	Sexo=Femenino	0			
	CM 18 =0	-3.205	.21	-1.899	8.309
	CM 18 =1	0			
	Edad	-.031	.78	-.254	.192
	Escolaridad	.119	.74	-.593	.831
	Razones para migrar	.193	.76	-1.049	1.436
	Dificultades durante la migración	.060	.86	-.639	.758
	Intolerancia a la incertidumbre	.150	.004	.049	.251
	Estrés migratorio	.009	.86	-.095	.112
	Apoyo social	.083	.04	.003	.163
	Espiritualidad	.360	.001	.266	.455

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p =significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

Tabla 64

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

		a) $R^2 = 8.8\%$	b) $R^2 = 25.0\%$	c) $R^2 = 25.8\%$	d) $R^2 = 9.2\%$
Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar social ^d	Interacción	31.712	.003	10.832	52.592
	Sexo=Masculino	-2.673	.47	-4.723	10.068
	Sexo=Femenino	0			
	CM 18 =0	1.204	.68	-4.587	6.996
	CM 18 =1	0			
	Edad	-.017	.89	-.270	.236
	Escolaridad	-.020	.96	-.828	.788
	Razones para migrar	-.215	.76	-1.625	1.195
	Dificultades durante la migración	.070	.86	-.723	.863
	Intolerancia a la incertidumbre	.150	.01	.036	.265
	Estrés migratorio	.111	.06	-.006	.229
	Apoyo social	.039	.39	-.052	.130
	Espiritualidad	.168	.002	.060	.275

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p =significancia observada, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social, CM 18 = durante este tiempo antes de migrar a estados unidos se ha enfermado, CM 18 = 0 (No), CM 18 = 0 (Si)

La tabla 65 muestra el Modelo Lineal General Multivariante final para las variables predictoras de sexo, intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), psicológico y social. Los resultados del modelo muestran que posterior a eliminación de las variables: se ha

enfermado antes de migrar a Estados Unidos, edad, escolaridad, razones para migrar, dificultades para migrar, estrés migratorio y apoyo social.

El modelo es significativo para las variables sexo, intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad ($F_{(1,245)} = 62.159, p < .001$), así mismo, se presentó significancia con el sexo ($F_{(1,245)} = 10.038, p < .001$), intolerancia a la incertidumbre ($F_{(1,245)} = 5.845, p < .001$) y la espiritualidad ($F_{(1,245)} = 20.799, p < .001$), las cuales explican el 10.3% del consumo de alcohol de bajo riesgo, el 20.1% del consumo de drogas, 26.1% del bienestar psicológico y el 9.7% del bienestar social. El sexo mantiene el efecto positivo y significativo ($\beta = 15.602, p < .001$) con el consumo de alcohol de bajo riesgo, con el consumo de drogas ($\beta = 5.464, p < .001$), sin embargo, no mantiene el efecto con el bienestar psicológico y social ($p > .05$).

La variable de intolerancia a la incertidumbre mantiene el efecto positivo y significativo ($\beta = .039, p = .043$) con el consumo de drogas, efecto positivo y significativo ($\beta = .134, p < .005$) con el bienestar psicológico y con el bienestar social ($\beta = .187, p < .001$), no mantiene el efecto significativo ($p > .05$) con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo).

La espiritualidad mantiene efecto negativo y significativo con consumo de alcohol de bajo riesgo ($\beta = -.209, p < .001$), con el consumo de drogas ($\beta = -.069, p < .001$), presenta un efecto positivo y significativo ($\beta = .376, p < .001$) con el bienestar psicológico y con el bienestar social ($\beta = .191, p < .001$).

Tabla 65

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración (sexo), intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	F	gl	gl del error	p	
Interacción	.511	62.159	4.000	238.000	.001	
Sexo	.856	10.038	4.000	238.000	.001	
Intolerancia a la incertidumbre	.911	5.845	4.000	238.000	.001	
Espiritualidad	.741	20.799	4.000	238.000	.001	
Prueba de los efecto inter-sujetos						
	Origen	SC	gl	CM	F	p
Modelo corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	23003.699	3	7667.900	10.298	.001
	Consumo de drogas ^b	3888.445	3	1296.148	21.460	.001
	Bienestar psicológico ^c	32872.653	3	10957.551	29.784	.001
	Bienestar social ^d	13823.972	3	4607.991	9.751	.001
Interacción	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	46022.200	1	46022.200	61.807	.001
	Consumo de drogas ^b	8785.432	1	8785.432	145.460	.001
	Bienestar psicológico ^c	9792.288	1	9792.288	26.617	.001
	Bienestar social ^d	20503.515	1	20503.515	43.385	.001
Sexo	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	10228.399	1	10228.399	13.737	.001
	Consumo de drogas ^b	2175.128	1	2175.128	36.013	.001
	Bienestar psicológico ^c	206.191	1	206.191	.560	.45
	Bienestar social ^d	132.684	1	132.684	.228	.59

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 65

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración (sexo), intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Intolerancia a la incertidumbre	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	1008.180	1	1008.180	1.354	.24
	Consumo de drogas ^b	249.040	1	249.040	4.123	.043
	Bienestar psicológico ^c	2895.245	1	2895.245	7.870	.005
	Bienestar social ^d	5625.270	1	5625.270	11.903	.001
Espiritualidad	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	7826.714	1	7826.714	10.511	.001
	Consumo de drogas ^b	856.018	1	856.018	14.173	.001
	Bienestar psicológico ^c	25383.959	1	25383.959	68.998	.001
	Bienestar social ^d	6535.162	1	6535.162	13.828	.001
Error	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	179452.083	241	744.614		
	Consumo de drogas ^b	14555.825	241	60.398		
	Bienestar psicológico ^c	88662.573	241	367.894		
	Bienestar social ^d	113894.028	241	472.589		
Total	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	337013.889	245			
	Consumo de drogas ^b	50490.000	245			
	Bienestar psicológico ^c	936898.930	245			
	Bienestar social ^d	834598.000	245			

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia observada, *SC* = suma de cuadrados, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 65

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración (sexo), intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Prueba de los efecto inter-sujetos						
	<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Total corregido	Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	202455.782	244			
	Consumo de drogas ^b	18444.269	244			
	Bienestar psicológico ^c	121535.226	244			
	Bienestar social ^d	127718.000	244			
a) $R^2 = 10.3\%$		b) $R^2 = 20.1\%$		c) $R^2 = 26.1\%$		d) $R^2 = 9.7\%$
Estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de Confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Consumo de alcohol de bajo riesgo ^a	Interacción	53.126	.001	39.814	66.437	
	Sexo=Masculino	15.602	.001	-23.894	-7.310	
	Sexo=Femenino	0				
	Intolerancia a la incertidumbre	.079	.24	-.055	.213	
	Espiritualidad	-.209	.001	-.335	-.082	
Consumo de drogas ^b	Interacción	23.211	.001	19.420	27.003	
	Sexo=Masculino	5.464	.001	2.595	8.333	
	Sexo=Femenino	0				
	Intolerancia a la incertidumbre	.039	.043	.001	.077	
	Espiritualidad	-.069	.001	-.105	-.033	
Bienestar psicológico ^c	Interacción	24.505	.001	15.149	33.862	
	Sexo=Masculino	-7.195	.45	-3.614	8.044	
	Sexo=Femenino	0				
	Intolerancia a la incertidumbre	.134	.005	.040	.228	
	Espiritualidad	.376	.001	.287	.465	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* =significancia observada, *SC* = suma de cuadrados, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Tabla 65

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las características de la migración (sexo), intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad y su influencia en el bienestar físico, psicológico y social (continuación)

Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar social ^d	Interacción	35.460	.001	24.855	46.064
	Sexo=Masculino	-1.777	.59	-8.383	4.829
	Sexo=Femenino	0			
	Intolerancia a la incertidumbre	.187	.001	.080	.293
	Espiritualidad	.191	.001	.090	.292

Nota: R² = coeficiente de determinación, Valor = Lambda de Wilks, gl = grados de libertad, p = significancia observada, SC = suma de cuadrados, CM = cuadrado medio, a) = consumo de alcohol de bajo riesgo, b) = consumo de drogas, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

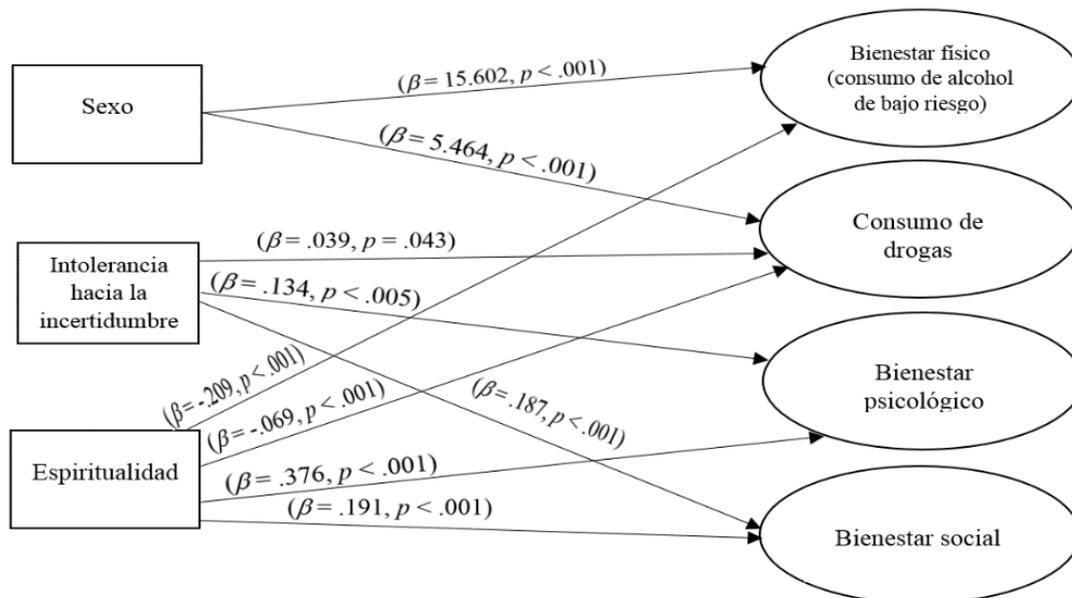
En la siguiente figura se muestra el objetivo general del estudio que fue verificar la capacidad explicativa del modelo características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México; el cual se deriva de la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad de Merle Mishel (1988, 1990).

La figura 8 se muestra el efecto de las variables de estudio sobre el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo, según AUDIT), consumo de drogas, bienestar psicológico y bienestar social, donde se observa a la variable sexo con efecto positivo y significativo sobre el bienestar físico ($\beta = 15.602$, $p < .001$) y con el consumo de drogas ($\beta = 5.464$, $p < .001$); la intolerancia a la incertidumbre presentó un efecto positivo y significativo con el consumo de drogas ($\beta = .039$, $p = .043$), con el bienestar psicológico ($\beta = .134$, $p < .005$) y con el bienestar social ($\beta = .187$, $p < .001$).

La espiritualidad presentó efecto negativo y significativo con el bienestar físico ($\beta = -.209, p < .001$) y con el consumo de drogas ($\beta = -.069, p < .001$) y un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ($\beta = .376, p < .001$) y con el bienestar social ($\beta = .191, p < .001$). Las variables características de la migración, el estrés migratorio y de las estrategias de afrontamiento el apoyo social no mostraron significancia con el bienestar físico, psicológico y social.

Figura 8

Verificación del Modelo de características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México



Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible aplicar los conceptos del Modelo Explicativo de Incertidumbre, Estrés Migratorio, Afrontamiento, Bienestar y Consumo de Drogas en Migrantes de la Frontera Norte de México, el que se derivó de la Teoría de Rango Medio de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1988; 1990). Este se realizó en 245 personas adultas migrantes que se ubicaron en 10 casas de migrantes localizadas en los Municipios de Tecate y Tijuana, Baja California.

Respecto a las características de las personas migrantes estos reportaron una media de edad de 41.2 ($DE = 12.3$) años, en su mayoría fueron varones, lo anterior coincide con algunos estudios que reportaron un perfil similar (López-Tamayo et al., 2016; Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández, 2011; Tortajada et al., 2008); de acuerdo con la escolaridad se encontró una media de 8.6 ($DE = 3.5$) años de estudio formales que es equivalente a la formación básica; además, en su mayoría son solteros (56.3%) seguidos de tener pareja con un 33.5%.

Como se puede observar los migrantes se ubican en una etapa de adultez media la cual inicia a los 40 años y culmina a los 60 y es una etapa previa a la vejez donde las personas ya están centradas en su carrera de vida, en la educación de los hijos y haciendo arreglos para un retiro (Erikson, 1985). Sin embargo, estos individuos migrantes intentan hacer cambios substanciales en sus actividades en virtud de las condiciones de vida actual en su país de origen como la pobreza, la violencia y las escasas posibilidades de desarrollo de sus hijos (Arellanez-Hernández, 2013).

Por ello llama la atención que a esta edad las personas migrantes del estudio están tratando de realizar estos grandes cambios probablemente como resultado de una revaloración de su vida y buscan incluso mudarse a vivir a otro país para mejorar la calidad de vida de la familia y por razones de seguridad (Arellanez-Hernández, 2016; Arellanez Hernández, 2013).

De acuerdo con la escolaridad de las personas migrantes de este estudio es equivalente a estudios básicos y dos años de estudios secundarios, lo cual es difícil contar con una capacitación técnica especializada que los ubique como posibles candidatos a obtener una visa de trabajo. Llama la atención que más de la mitad de los migrantes son solteros y probablemente esto los anima a salir de su localidad de origen en busca del sueño americano (Boss, 2001; Tovar, Kuperminc, Ramírez y Álvarez, 2009).

Respecto a la ocupación antes, durante y después el proceso migratorio, el trabajo en la construcción sobresalió en mayor proporción respecto a las otras ocupaciones, el 35.5% participantes en el estudio se dedicaba a este servicio en su ciudad o país, mientras que el 23.7% planea emplearse como trabajador de la construcción al salir del albergue o casa de migrantes, sin embargo, durante su estancia en las ciudades de Tijuana y Tecate el 25.8% reportan no contar con ninguna ocupación.

La escolaridad es consistente con la ocupación ya que el trabajo de la construcción se aprende al lado de los trabajadores de más experiencia y la escolaridad no es una limitante para conseguir un empleo de este tipo. También llama la atención que una cuarta parte de las personas migrantes no tienen ocupación y no consideran buscar empleo, probablemente por el temor de ser deportados de México y tener que volver a iniciar todo este proceso para llegar a Estados Unidos. Posiblemente la empleabilidad de manera informal o el desempleo permite el consumo de alcohol y drogas ilícitas sin restricciones, también el no tener lazos laborales y familiares en esta ciudad pueden actuar como factores de riesgo del consumo de sustancias Sánchez-Huesca et al. (2006).

Un dato interesante es que el mayor porcentaje de la migración es interna, ya que el 70.6% de los participantes son nacidos en México y sobresale el hecho que el 50.2% han vivido en otros países como Estados Unidos, refiriendo haber trabajado en ese país con una media 3.4 ($DE = 3.2$) veces durante su vida. El cruzar la frontera para ingresar a

Estados Unidos, ya sea por periodos cortos, para trámites de asilo o refugio, o para las personas migrantes bajo proceso de deportación, genera enfrentarse al estrés migratorio por estar en un medio adverso y desconocido con una serie de factores para los que no se tiene respuesta y donde se busca la adaptación.

Estudios han enfatizado que desconocer el lugar donde ha llegado, la inmersión cultural al país receptor, así como el limitado conocimiento del idioma genera estrés migratorio e incertidumbre sobre su futuro y de su familia (Arbona et al., 2010; Bhattacharya, 2008; Torres y Rollock, 2004).

Se observa que las principales razones que tienen las personas para migrar se refieren a mejorar las condiciones familiares de vida, trabajo y seguridad, estos datos son similares a lo reportado por el INEGI (2020), donde se identifica que el 45.8% migra por causas familiares y el 28.8% por encontrar un mejor trabajo; también se identifica como principales dificultades durante el proceso migratorio el desapego familiar (65.7%), por lo anterior, al tomar la determinación de iniciar el proceso migratorio de forma súbita o el tener el pensamiento de separación de su familia, amigos y seres queridos, además, de contemplar el desapego cultural y el posible cambio de creencias y valores culturales les genera estrés a la partida (Arellanez-Hernández, 2016; Arellanez, Ito y Reyes, 2009; Ceja, Lira, y Fernández, 2014).

Además, se puede generar incertidumbre sobre su situación migratoria y la experiencia familiar sobre el futuro que desean alcanzar o el llamado sueño americano, que se contrasta con la actual forma de vida. Además, se generan en este proceso migratorio conflictos en el núcleo familiar que influye adicionalmente en el estrés migratorio (Boss, 2001; Tovar, Kuperminc, Ramírez y Álvarez, 2009; Ceja, Lira, y Fernández, 2014).

Respecto al primer objetivo los resultados mostraron que existe una relación negativa y significativa entre razones para migrar, apoyo social con la edad. Probablemente las personas migrantes con menor edad perciben a través de los medios

de comunicación masiva, de amigos y familiares los aspectos positivos del proceso migratorio e idealizan el sueño americano.

Además, se incrementa la percepción positiva de la migración si estos individuos forman parte de una región con tradición migratoria lo que normaliza el proceso.

Además, como se señaló anteriormente los migrantes de esta muestra tenían una edad promedio de 40 años por ello es probable que visualizaron menos razones positivas para migrar, sin embargo, es posible que el entorno donde vive de alguna forma influyó en iniciar la migración por razones de seguridad, o de encontrarse con familiares o proveer una vida mejor a sus hijos (Arellanez-Hernández, 2013; 2016).

Por último, las dificultades durante la migración son mayores en el sexo masculino a diferencia del femenino, probablemente por la condición de género, el hombre en su papel de proveedor del hogar se le atribuye el logro de los recursos, infiere en algunas ocasiones dejar a su familia durante el proceso migratorio, de igual modo, al buscar el sustento para él o su familia en condiciones de ilegalidad y en desigualdad de condiciones sociales, son hostigados y detenidos por las autoridades incluso sin motivos.

Lo anterior es consistente con lo señalado por el INEGI (2020) donde indica que una gran proporción de los que emigran a Estados Unidos son varones que buscan un trabajo mejor remunerado, sin embargo, según Boss (2001) este proceso migratorio está integrado por diferentes pérdidas y ganancias el cual es un mecanismo ambiguo dado que es un elemento de afrontamiento positivo que le ayuda a lidiar con las dificultades vividas durante la migración pero con un deseo de lograr sus objetivos en el país de destino final (Tovar ,Kuperminc, Ramírez y Álvarez, 2009).

Se observaron diferencias significativas del índice de estrés migratorio de la partida de su lugar de origen por sexo, las mujeres tuvieron medias y medianas más altas en comparación con los hombres, estos resultados concuerdan con lo reportado por Arellanez-Hernández (2016), esto datos pueden ser consecuencia del apago afectivo y del rol femenino en el núcleo familiar, que la obliga a cuidar a la distancia a su familia si

es que no la acompaña en el proceso o bien si la acompaña tiene el doble de preocupaciones para alimentar cuidar vestir y proteger a su familia todo ello le genera un futuro incierto que a su vez influye en mayor estrés y angustia emocional, que afecta la calidad de vida y adaptación psicosocial. Las mujeres han estado presentes en los flujos migratorios actuales.

No obstante el estrés migratorio en las mujeres puede tener otro fundamento y es la vulnerabilidad y su exposición a riesgos de integridad física durante el proceso migratorio desde la partida, trayecto y llegada al país de espera seguro (México), su desplazamiento está atravesado por el tema de la violencia la que es una constante en toda la migración, desde sentirse expulsada de su localidad por las amenazas o necesidad, en el trayecto y las realidades dolorosas por el tema de la violencia, la cual es una constante hasta llegar al lugar de destino, todo ello le genera incertidumbre de mantenerse con vida y la presencia de estrés generado por diversos personajes como policías, delincuentes, otros migrantes que están acechando por su condición femenina (Asakura, y Torres , 2016).

Los índices de apoyo social son mayores en el sexo femenino que en el masculino, así mismo, en el índice de espiritualidad se observaron medias y medianas más altas en las mujeres en comparación con los hombres, estos resultados coinciden con lo documentado por Hinojosa, Alonso, Armendáriz, López, Gómez y Álvarez (2018) y Yáñez-Castillo, Villar-Luis y Alonso-Castillo (2018), los mayores índices de apoyo social y espiritualidad en las mujeres son debido a que implementan estrategias de afrontamiento positivas dirigidas a disminuir los efectos nocivos del estrés o de síntomas emocionales a diferencia de los hombres que en ocasiones utilizan mecanismos adaptativos negativos como el consumo de alcohol o de drogas ilícitas.

Estas diferencias de apoyo social por genero pueden explicarse por las diferencias de socialización entre hombres y mujeres y sus diferentes papeles, lo cual coadyuva en las diferencias de la percepción del apoyo social que reciben (Matud,

Carballeira, López, Marrero y Ibañez, 2002; Vaux, 1985). Así, mientras que en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, el estereotipo de la mujer implica calidez, expresividad, y confort con la intimidad, donde la segunda está más dispuesta a reconocer las dificultades y buscar la ayuda de otros el apoyo social. Además, los diferentes papeles implican diferentes oportunidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales.

Para discutir el segundo objetivo que plantea, identificar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el bienestar físico, psicológico y social; y la cuarta hipótesis que indica, el apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente al bienestar físico, psicológico y social. Los resultados documentan relación positiva y significativa entre apoyo social y bienestar psicológico, esta evidencia es similar a la reportada por Barra (2012); además, aunque los estudios analizados en el presente estudio documentan la relación entre el apoyo social con el bienestar psicológico (Cuadra-Peralta, Medina y Salazar, 2016; Barra, 2012; Vivaldi y Barra, 2012), existen diferencias en los resultados debido a que son estudios que se han realizado en poblaciones distintas a la población migrante, en la que el apoyo social es una estrategia de afrontamiento que aporta y actúa en la persona migrante durante este proceso, y puede ser un factor protector que limita o reduce el estrés migratorio y la incertidumbre, así mismo, podría ayudar al progreso en el nuevo entorno y el desarrollo humano.

Así mismo, se observó una relación negativa y significativa de la espiritualidad con el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), estos datos son similares a los reportados por otros autores (AA, 2014; Gutiérrez, 2014); quienes documentaron que la espiritualidad tiene un papel protector para evitar y reducir el consumo de alcohol. Además, se observan diferencias significativas de espiritualidad por prevalencia de consumo de alcohol en el último año, último mes y último siete días se observaron

medias y medianas más altas de espiritualidad en los participantes que no consumen alcohol en comparación con los que si consume.

Lo anterior se podría explicar, ya que en su mayoría las casas de migrantes basan su atención con apego a la fe de un ser supremo, promueven la meditación y oraciones que son parte de la dinámica durante la estancia, lo que proporciona un acercamiento a la prácticas espirituales, aunado a esto, los habitantes se apegan a reglas sobre la restricción de uso de sustancia como el alcohol. Lo anterior es consistente por lo documentado en participantes del grupo de Alcohólicos Anónimos donde los índices de espiritualidad fueron más altos en los no consumidores de alcohol en el último año que aquellos que si consumieron (Rodríguez-Puente et al., 2017).

En relación con la espiritualidad y el bienestar psicológico, se mostró una relación positiva y significativa, estos hallazgos, coinciden con lo reportado por Morales (2014) quien menciona que mientras mayor sea la espiritualidad, mejor será el bienestar psicológico. Es importante explicar que los participantes en el estudio son parte de un grupo donde se busca la interacción solidaria con otras personas con su misma condición de migrantes y que han encontrado en las Casas de Migrantes un espacio donde vivir de forma temporal, donde se les guía de forma espiritual, se les ofrecen recursos para mejorar su relación con un Ser Supremo lo que actúa como un factor que influye en la salud mental y bienestar psicológico.

De igual modo, se observó una relación positiva y significativa de la espiritualidad con el bienestar social, cabe señalar que las personas migrantes interactúan con personas que experimentan situaciones similares, el contacto social y la relación interpersonal pueden potencializar conductas positivas.

Además, estos hallazgos se pueden explicar en razón de que la espiritualidad tiene un efecto positivo en los estilos de vida saludables, incrementa el sentido de bienestar, limita el consumo de alcohol, además, puede ser un predictor y factor de recuperación del consumo abusivo de estas sustancias (Díaz y Muñoz, 2016).

Para discutir el tercer objetivo específico, que estableció identificar los tipos de consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas. En relación con el consumo de alcohol el 23.8% de los participantes reportó consumo sin riesgo, el 23.1% consumo de riesgo o dependiente y el 53.1% consumo perjudicial, estos datos son congruente con lo reportado por Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández (2011), los que señalan una alta proporción de consumo de alcohol en la población migrante (75.7%). Algo que puede explicar este consumo, son las dificultades a las que se enfrentan la personas al migrar y los escasos recursos para afrontar los malestares emocionales utilizando el consumo de alcohol como forma de afrontamiento negativo, además de lo anterior, se encuentran inmersos en una cultura que normaliza el consumo de alcohol, que aumenta con la convivencia entre personas migrantes.

Referente al consumo de drogas ilícitas según lo documentado en el ASSIST, el consumo de anfetaminas se reporta en un nivel alto de riesgo consumo y los inhalables en un nivel moderado, estos datos de alguna forma concuerdan con algunos datos reportados por Arellanez-Hernández (2016), que documentó que las drogas ilícitas de mayor consumo fueron marihuana, cocaína y crack. Lo anterior puede explicarse ya que la migración especialmente en esta zona fronteriza existe accesibilidad a las drogas ilícitas lo cual se ha observado por el autor principal del estudio, cuando se transita por la línea fronteriza, las anfetaminas y drogas inhalables son más económicas y accesibles, algunos trabajadores migrantes incluso reciben como pago a sus servicios informales, los estimulantes anfetamínicos que les ayudan a olvidar su situación actual y las carencias alimenticias y de recursos, esto fue declarado por algunos de los entrevistados en este estudio.

Los hallazgos concuerdan con Sánchez et al. (2006) y Sánchez y Arellanez (2011) en razón de que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en migrantes en la mayoría de quienes consumieron iniciaron este consumo en su localidad de partida lo que hace suponer que las estrategias de afrontamiento asociadas con la migración

requieren de ser más constantes a fin de limitar el uso de sustancias psicoactivas.

Para discutir el cuarto objetivo que señala determinar las prevalencias de tipo global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y drogas ilícitas. Llama la atención que son altas las proporciones de los participantes en el estudio que refieren consumir alcohol, estos datos son congruente con lo reportado por la Encuestas Nacionales de Adicciones 2016-2017 en población general y con lo reportado por Yi-Chun et al. (2017), Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández, (2011); Tortajada et al. (2008), quienes señalan una alta proporción de consumo de alcohol en la población migrante con datos similares a los reportados en este estudio. Estos hallazgos se podrían explicar dado que el uso de alcohol y drogas ilícitas pueden fungir como paliativo al estrés del proceso migratorio y al dolor contenido, de no contar con personas o redes de apoyo que le ayude a apartarse de las sustancias psicoactivas (Arellanez Hernández, 2016).

En relación con las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas ilícitas en general, un importante porcentaje de los participantes han consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida. Las drogas ilícitas que predominan en su consumo son el cannabis, la cocaína, anfetaminas, principalmente. Estudios han documentado datos similares a lo reportado en este estudio (Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández, 2011; Tortajada et al., 2008), sin embargo, López-Tamayo et al. (2016) señalan como la principal droga de consumo es la heroína seguida de la cocaína y cannabis, esta diferencia en los datos se podría atribuir a los factores culturales referentes a las pautas del consumo de sustancias ilícitas, además, durante el proceso migratorio se realizan una adaptación gradual que incluye el consumo apegado al país receptor.

Para discutir el quinto objetivo que estableció demostrar la relación de las estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad) con el consumo de alcohol dependiente o de riesgo y perjudicial. Existe una relación negativa y significativa de la

espiritualidad con el AUDIT, con el consumo dependiente o de riesgo y con consumo perjudicial, estos datos concuerdan con la literatura revisada (Yáñez-Castillo, Villar-Luis y Alonso-Castillo, 2018; Cervantes et al., 2018; Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins y Oser, 2013) que documentaron que a mayor espiritualidad menor consumo de alcohol y cantidad de bebidas alcohólicas consumidas.

Sin embargo, es importante señalar que en este estudio no se encontró relación significativa entre apoyo social con el consumo de alcohol dependiente y perjudicial, lo que es contrario a lo reportado por Musitu, Jiménez y Murgui, (2007) y Jiménez, Musitu y Murgui, (2006), que señalaron que a mayor apoyo social menor consumo de alcohol. Es importante señalar que estos estudios fueron realizados en poblaciones diferentes, con entornos distintos a la población migrante, lo que probablemente influye en la diferencia de los datos. No se discute lo anterior

Para discutir la primera hipótesis que señala, las características de la migración influyen en la intolerancia hacia la incertidumbre. Se observa una relación positiva y significativa de las dificultades durante la migración y la intolerancia hacia la incertidumbre, algunos estudios han documentado (Williams y Balaz, 2012; Arango, 2003) que algunas dificultades como el tránsito entre ciudades o países y los múltiples factores de riesgo a los que se exponen la población migrante genera incertidumbre.

Se ha observado que la esperanza de una mejor condición de vida, oportunidades para su familia y la violencia a la exponen en sus ciudades de origen podrían estar generando altos niveles de incertidumbre desde su salida y llegada a su lugar final, producto de las políticas poco inclusivas y con visión humana ante los movimientos migratorios. De esta forma se acepta la primera proposición establecida por Mishel (1989; 1990) en su Teoría de Rango Medio de la Incertidumbre ante la Enfermedad, con lo cual se aporta al conocimiento científico de la disciplina.

Para discutir la segunda hipótesis que menciona, la intolerancia hacia la incertidumbre tiene efecto positivo en el estrés migratorio. Se reporta una relación

positiva y significativa de la intolerancia hacia la incertidumbre con el estrés migratorio, estos datos concuerdan con lo reportado por Kazer et al. (2013) y Moreno (2009), quienes reportan que mayores niveles de intolerancia hacia la incertidumbre mayor es el estrés, además, es congruente con la Teoría propuesta por Mishel (1988).

Cabe señalar que en virtud de la escasa literatura disponible, se incluyeron estudios en otras poblaciones distintas a los migrantes. Sin embargo, es importante argumentar que la condiciones en las vive la persona migrante genera un aumento en la inestabilidad emocional, y dificultades para la adaptación a la nueva realidad, lo que probablemente influye de manera distinta, potencializando estos estímulos y generando niveles altos de estrés migratorio en las tres etapas de partida, trayecto y llegada. Con lo anterior se sustenta la segunda hipótesis de investigación así mismo se aporta conocimiento científico a la segunda proposición de la Teoría de Rango Medio de Mishel.

Finalmente, para discutir la tercera hipótesis la cual señala, el apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente al estrés migratorio. Se documentó relación positiva y significativa entre la espiritualidad con el estrés migratorio, sin embargo, estos datos son contrarios a lo reportado por otros autores (Ekwonye, DeLauer y Cahill, 2018; Debnam, Milam, Mullen, Lacey y Bradshaw, 2017; Debnam, Milam, Furr-Holden y Bradshaw, 2016), que mencionan que la espiritualidad se correlaciona negativa y significativamente con el estrés, además, es contrario a lo propuesto por Mishel (1988; 1990).

Es entendible que al estar expuesto al estrés durante todo el largo proceso migratorio están expuestos a múltiples factores generadores de estrés los cuales demandan de un tipo de atención en salud mental o de intervenciones cognitivas conductuales que coadyuven en mejorar el estado emocional. Durante el estudio se observó la presencia de personas, asociaciones civiles y organizaciones no gubernamentales que les brindan apoyo social instrumental y orientación espiritual que

le ayuda a encontrar significado a su vida, sin embargo, este apoyo no es opcional es incluso una condición para la obtención de los servicios, lo que pudiera actuar de forma contraria elevando los niveles de estrés migratorio, probablemente porque la espiritualidad se enfoca más a la religiosidad y muchas veces son creencias contrarias a religión que profesan las personas migrantes. El apoyo social no mostró significancia con el estrés migratorio, lo que es contrario a lo establecido en la tercera proposición de la Teoría de Rango Medio de Mishel.

Para discutir el objetivo general del estudio que menciona verificar la capacidad explicativa del Modelo características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, estrategias de afrontamiento (apoyo social y espiritualidad), y su influencia en el bienestar (bienestar físico, psicológico y social) en migrantes de la frontera norte de México. El modelo es significativo para las variables sexo, intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad, así mismo, se presentó significancia con el sexo, intolerancia a la incertidumbre y la espiritualidad, las cuales explican el consumo de drogas, el consumo de alcohol (consumo de alcohol de bajo riesgo), bienestar psicológico y social.

Datos similares ha reportado Hinojosa et al. (2017) que utilizó la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1990), pero en familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon para explicar el bienestar, a diferencia de este estudio el apoyo social se reportó como una variable predictora del bienestar psicológico y bienestar social.

Estas diferencias probablemente se pueden entender por el hecho de que los grupos de autoayuda están integrados por personas con familiares dependientes del alcohol y su objetivo es aportar ayuda mutua. Sin embargo, en este estudio los grupos que brindan apoyo instrumental como las organizaciones religiosas que coordinan las casas de migrantes no se focalizan en disminuir o evitar el consumo de alcohol y drogas ilícitas, más bien su objetivo es el brindar algunas condiciones de vida que satisfagan

algunas necesidades muy básicas de los individuos y conducir por un camino religioso que casi siempre es el cristianismo evangélico. Además, dado la condición de migrantes difícilmente cuentan en la localidad de tercer país seguro con algún otro tipo de apoyo social dado que no conocen entre los migrantes a personas cercanas o amistades que pueden ser recursos de ayuda.

Por último, es importante resaltar el papel de la espiritualidad dentro de las casas de migrantes que atienden a las personas en este proceso, estos centros de atención deben brindar la posibilidad de ayuda, mediante la reflexión y las practica espirituales, estos mediadores positivos durante el transito hasta su llegada a su lugar de destino final podría fortalecer el bienestar físico, psicológico y social.

Conclusiones

Las razones para migrar y el apoyo social reportaron una relación negativa y significativa con la edad. El apoyo social documentó relación positiva y significativa con el bienestar psicológico.

En proporción la población migrante reportó consumo de alcohol perjudicial predominantemente.

En relación con el consumo de drogas ilícitas las mayores proporciones de consumo fueron en el cannabis, la cocaína y las anfetaminas y otro tipo de estimulantes.

La espiritualidad documentó una relación negativa y significativa con el AUDIT, con el consumo dependiente o de riesgo y con consumo perjudicial.

Las dificultades durante la migración documentaron relación positiva y significativa con la intolerancia a la incertidumbre. La intolerancia hacia la incertidumbre reporta una relación positiva y significativa con el estrés migratorio en general, con el estrés migratorio a la partida de su hogar, estrés migratorio en el trayecto a su destino y estrés migratorio a la llegada a su lugar de destino.

La espiritualidad documentó una relación positiva y significativa con el estrés migratorio, con estrés migratorio a la partida de su hogar, estrés migratorio de trayecto a su destino y estrés migratorio de llegada a su lugar de destino.

Se reporta efecto significativo del apoyo social y la espiritualidad de manera conjunta con el estrés migratorio. Se reporta efecto significativo del apoyo social y la espiritualidad en su conjunto con el bienestar físico, psicológico y social.

La espiritualidad mantiene un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol AUDIT (consumo de alcohol de bajo riesgo), efecto negativo y significativo con el consumo de drogas ilícitas, un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico y un efecto positivo y significativo con el bienestar social.

El modelo general del estudio es significativo para las variables sexo, intolerancia hacia la incertidumbre y espiritualidad, así mismo, se reportó significancia del sexo, intolerancia a la incertidumbre y la espiritualidad, que explican el consumo de drogas ilícitas, el bienestar físico (consumo de alcohol de bajo riesgo), con el bienestar psicológico y social.

El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería, a través de sustentar las proposiciones sustraídas, así mismo, contribuye en la generación de conocimientos que sustenten intervenciones que limiten y disminuyan el consumo de alcohol y drogas ilícitas o reduzcan los daños a causa de este consumo en personas migrantes.

Recomendaciones

Se recomienda continuar indagando la problemática del consumo de drogas lícitas e ilícitas en migrantes de la frontera, con énfasis en aquellos que se quedan a residir en estas localidades, dado que una alta proporción de los entrevistados decidieron quedarse a vivir en esta zona por lo que es necesario medir a más profundidad esta problemática junto con otras conductas de riesgo como sexo sin protección.

Continuar utilizando la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (1988; 1990), en poblaciones vulnerables en virtud de que sus proposiciones guiaron este estudio y se pudieron verificar empíricamente, con lo cual se incrementa el cuerpo de conocimientos de enfermería.

Replicar este estudio en otras zonas de las fronteras Norte y Sur de México para verificar si los hallazgos documentados en este estudio se mantienen o se rectifican. Introducir un componente cualitativo en próximos estudios referentes a las características de la migración o de lo que ellos consideran bienestar desde su perspectiva etnográfica dado que en este grupo existen migrantes de diversos países con culturas diferentes, tradiciones y mitos para reconstruir el significado cultural de la migración y del consumo de drogas ilícitas y del alcohol.

En el futuro se podrían diseñar intervenciones focalizadas en la reducción del estrés migratorio, consumo de alcohol y drogas ilícitas, utilizando los diferentes recursos de apoyo social que existen en las localidades de Tijuana y Tecate Baja California que contribuyan al bienestar de este grupo de personas.

Finalmente, se recomienda continuar utilizando los instrumentos de medición que fueron aplicados en este estudio en población migrante, en virtud de la confiabilidad de estos.

Limitaciones

La situación epidemiológica de la pandemia por COVID 19 que prevalece actualmente en México y en el mundo dificultó el desarrollo de estudio mediante entrevistas cara a cara, se tuvieron que entregar los cuestionarios para que ellos contestaran sin oportunidad de ahondar en algunas preguntas. Las medidas restrictivas, de seguridad sanitaria, de sana distancia y la búsqueda de espacios abiertos para la ventilación, alargaron el tiempo de la fase de recolección de datos.

Había cierto nivel de desconfianza al inicio de la recolección de datos entre las personas migrantes dada su condición de ilegalidad, sin embargo, esto se fue

disminuyendo en la medida que observaban al grupo de investigación realizando visitas a diversas casas de migrantes.

Referencias

- Achury, D. M., y Achury, L. F. (2011). Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(2), 62-66.
- Ackerman, R. J. (2000). Alcoholism and the family. In S. Abbott (Ed.), *Children of alcoholics: Selected readings*. Rockville, MD: National Association for Children of Alcoholics, (2), 265-287.
- Akbari, B., Azari, M., y Mousavi, S. (2017). The relationship between spiritual wellbeing and depression, stress, anxiety with cortisol level among nursing students. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, 22(1), 1-16.
- Alaniz, M. L. (2002), Migration, acculturation, displacement: Migratory workers and «substance abuse». *Substance Use & Misuse*, 37, 1253-1257.
- Al-Anon grupos de familia. (2014). Los doce pasos y tradiciones de los grupos Al-Anon.
- Al-Issa, Ihsan. (1997). "Ethnicity, Immigration, and Psychopathology", en Al-Issa, Ihsan et al., eds., *Ethnicity, immigration, and psychopathology*, Nueva York, Plenum, 3-16.
- Alonso, M. M., Álvarez, B. J., López, K. S., Guzmán, F. R., y Martínez, M. R. (2008). Factores personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Anuario de investigación en adicciones*, 9(1).
- Anema, C., Johnson, M., Zeller, J., Fogg, L., y Zetterlund, J. (2009). Spiritual Well-Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty, and Psychosocial Adaptation. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1). 8-22.

- Ansoleaga, E., y Castillo-Carniglia, A. (2011). Riesgo psicosocial laboral y patología mental en trabajadores de hospital. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(4), 372-379.
- Arango, J. (2003). La Explicación teórica de las migraciones: Luz y sombra. *Migración y Desarrollo (en línea)*. Recuperado de:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66000102>> ISSN 1870-7599
- Arbona, C., Olvera, N., Rodriguez, N., Hagan, J., Linares, A., y Wiesner, M. (2010). Acculturative Stress Among Documented and Undocumented Latino Immigrants in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 32(3), 362–384.
<https://doi.org/10.1177/0739986310373210>
- Arellanez, J. L., Ito, M. E., y Reyes, I. (2009). “Características psicométricas de una escala de ocurrencia e intensidad del estrés migratorio (OIEM) en población migrante mexicana a Estados Unidos”, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, Argentina, Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 133-155.
- Arellanez Hernández, J. L. (2010). “Factores psicosociales de aculturación para el consumo de drogas en migrantes mexicanos en Estados Unidos” [tesis de doctorado, UNAM.].
- Arellanez, J. L. (2013). Ocurrencia e intensidad del estrés de aculturación en migrantes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10, 1-18. ISSN: 2007-2619.
- 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.
- Armendáriz, N. A., Villar, M. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., y Oliva, N. N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería Imagen Desarrollo*, 14(2), 97-112.

- Arrellanez, J. L., y Sánchez, R. (2008). “Migración femenina a Estados Unidos y consumo de drogas”. *Revista Digital Universitaria [en línea]*, 9(8). Disponible en: <<http://www.revista.unam.mx/vol.9/num8/art56/int56.htm>>
- Asakura, H., y Torres Falcón, M. (2016). Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites. *Zona Franca. Revista de Estudios de género*, 21(22), 74-85. Recuperado de: <https://doi.org/10.35305/zf.v21i22.23>
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., y Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., y Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care (2nd ed.). Geneva, CH: World Health Organization.
- Babor, T., de la Fuente, J., Saunders, J., y Grant, M. (1992). The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. WHO Publication No. 92.4. Geneva: World Health Organization.
- Bacallao, M., y Smokowski, P. (2007). The Costs of Getting Ahead: Mexican Family System Changes after Immigration. *Family Relations*, 56(1), 52-66.
- Bagherian-Sararoudi, R., Hajian, A., Ehsan, H. B., Sarafraz, M. R., y Zimet, G. D. (2013). Psychometric properties of the persian version of the multidimensional scale of perceived social support in iran. *International journal of preventive medicine*, 4(11), 1277–1281.
- Barra, A. E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista diversitas perspectivas en psicología*, 8(1), 59-71.
- Berra, R. E., Muñoz, S. I., Vega, C. Z., Silva, R. A., Gómez, E. G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57.

- Berry, J. (2001). "A Psychology of Immigration", *Journal of Social Issues*, 57, 615-631.
- Bhattacharya, G. (2008). Acculturating Indian immigrant men in New York City: Applying the social capital construct to understand their experiences and health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 91-101. DOI:10.1007/s10903-007-9068-4
- Bhugra, D. (2004). "Migration and Mental Health", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Boneva, B. S., Frieze, I. H. (2001). Toward a concept of migrant personality. *Journal of Social Issues*, 57(3), 477-491.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Breslau, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2007). The Effect of Migration to the United States on Substance Use Disorders Among Returned Mexican Migrants and Families of Migrants. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1847-1851.
- Boss, P. (2001). La pérdida ambigua. Como aprender a vivir con un duelo no terminado. Barcelona: Gedisa.
- Brevis, U. I., y Silva, G. P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1), 27-34.
- Brito, J. F., Nava, M. G y Juárez, A. (2015). Un modelo estructural de las relaciones entre apoyo social, estrés percibido y burnout en enfermeras mexicanas. *Psicología y Salud*, 25(2), 157-167.
- Buhr, K., y Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behavior Research and Therapy*, 40, 931-945. [PubMed: 12186356]

- Burns, N., y Grove, S.K. (2012). Clarificación de los diseños de investigación cuantitativos. En N. Burns & S.K. Grove (Eds), *Investigación en Enfermería*, 272. España: Elsevier.
- Camposino, M., Belyea, M., y Schwartz, G. (2009). Spirituality and cultural identification among latino and non-latino college students. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 1-13.
- Canaval, G. E., González, M. C., y Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(4), 72-78.
- Cano, M., Sanchez, M., Trepka, M., Dillon, F., Sheehan, D., Rojas, P., Kanamori, M., Huang, H., Auf, R., y De La Rosa, M. (2017). Immigration Stress and Alcohol Use Severity Among Recently Immigrated Hispanic Adults: Examining Moderating Effects of Gender, Immigration Status, and Social Support. *Journal of clinical psychology*. 73(3), 294–307.
- Carleton, R. N., Norton, M., y Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105–117.
- Castaño, E., y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Cella, D. F., Bonomi, A. E., Lloyd, S. R., Tulsky, D. S., Kaplan, E., y Bonomi, P. (1995). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy–lung (FACT-L) quality of life instrument. *Lung Cancer*, 12, 199–220. [PubMed: 7655830]
- Cervantes, C., Rodríguez, L., Alonso, M., Oliva, N., Martínez, A., y Leija, A. (2018). Valores, espiritualidad y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. *Enfermería Global*, 51, 470-476.

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. New York: Lawrence Erlbaum, Associates Publishers.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, Reporte de drogas, ENCODAT 2016-2017*. Recuperado https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, Reporte de alcohol, ENCODAT 2016-2017*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, Reporte de Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/11ktpvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
- CONADIC. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas Ilícitas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- CONAPO. (2016). *Prontuario sobre la movilidad y migración internacional dimensiones del fenómeno en México. Ciudad de México*. Recuperado de [Prontuario_movilidad_y_migraci_n_internacional_Parte2](#)
- Covington-Ward, Y., Agbemenu, K., Matambanadzo, A. (2018). “We feel like it was better back home:” Stress, Coping, and Health in a U.S. Dwelling African Immigrant Community. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 29, 253–265.

- Coyle, J. (2002), Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 589-597. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02133.x>
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E., y Salazar, K. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67.
- De La Fuente, J. R., y Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Debnam, K., Milam, A. J., Furr-Holden, C. D., y Bradshaw, C. (2016). The Role of Stress and Spirituality in Adolescent Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 51(6), 733-741. DOI: 10.3109/10826084.2016.1155224.
- Debnam, K., Milam, A., Mullen, M., Lacey, K., y Bradshaw, C. (2017). The Moderating Role of Spirituality in the Association between Stress and Substance Use among Adolescents: Differences by Gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 818–828. DOI 10.1007/s10964-017-0687-3.
- Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo, NIH No. 04-4956-S, 2005.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Díaz, L. P., y Muñoz, A. I. (2016). Vulnerabilidad al consumo de alcohol, trascendencia espiritual y bienestar psicosocial: comprobación de teoría. *Revista latinoamericana de enfermería*, 24, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0688.2702>

- Dupont, H. J., Kaplan, C. D., Verbraeck, H. T., Braam, R. V., y Van de Wijngaart, G. F. (2005). Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 27-36.
- Ekwonye, A., DeLauer, V., y Cahill, T. (2018). Effect of a spiritual retreat on perceived stress of Nigerian Catholic immigrant sisters in the United States. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(1), 49-64. DOI: 10.1080/13674676.2018.1447553.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-40.
- Fassmann, H., y Münz, R. (1994). Migración europea Este-Oeste, 1945-1992. *Revista de migración internacional*, 28(3), 520-538.
<https://doi.org/10.1177/019791839402800305>
- Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research* (Third edition). Philadelphia. P. A: F.A. Davis Company.
- Folkman, S., Lazarus, S. R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J., (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Freeston, M., Rheume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
[http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5).
- Fuller, J. A., y Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22.
- Garami, J., Haber, P., Myers, C., Allen, M., Misiak, B., Frydecka, D., y Moustafa, A. (2017). Intolerance of uncertainty in opioid dependency-Relationship with trait anxiety and impulsivity. *PLoS ONE*. 12(7). Recuperado de:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181955>

- Garcia, C., y Lindgren, S. (2009). "Life Grows between the Rocks: Latino Adolescents' and Parents' Perspectives on Mental Health Stressors", *Research in Nursing & Health*, 32, 148-162.
- Giammanco, M., Polimeni, G., Spadaro, L., Gitto, L., Buccafusca, M., y Bramanti, P. (2014). Adaptación de la incertidumbre de la Escala Mishel Enfermedad (MUIS) para los pacientes crónicos en Italia. *Neurological Sciences*, (11), 6-7.
- Gómez, E. (2012). Espiritualidad y desplazamiento: consideraciones para los estudios de migración. *Theologica Xaveriana*. 62(173), 61-84.
- Gómez, I. P., y Durán, M. M. (2012). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. *Avances en Enfermería*, 30 (3), 18-28.
- Gómez-Fraguela, J., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology [en línea]*, 6(3), 581-597.
- González, M., Cubas, R., Rovella, A., y Darias, M. (2006). Adaptación española de la escala de intolerancia a la incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- González-López, J., Rodríguez-Gázquez, M., y Lomas-Campos, M. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en inmigrantes latinoamericanos adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3).
- Grinberg, L., y Grinberg, R. (1984). A Psychoanalytic Study of Migration: Its Normal and Pathological Aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(1), 13-38. <https://doi.org/10.1177/000306518403200103>
- Guerrero, G., Zago, M. M., Zawada, N. O., y Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59.

- Gutiérrez, A. A. (2014). La religiosidad de Alcohólicos Anónimos. *Revista Científica de Investigaciones Regionales*, 36(2), 73-96.
- Hinojosa, L (2017). Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León. Colección digital UANL, Monterrey, Nuevo León, México.
- Hinojosa, L., Alonso, M., Armendáriz, N., López, K., Gómez, M., y Álvarez, J. (2018). El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Health and Addictions*, 18(1), 71-79.
- Horta, A., Daspett, C., Egipto, J., y Macedo, R. (2016). La experiencia y las estrategias de afrontamiento en los familiares de los adictos. *Revista Brasileña de Enfermería [Internet]*, 69(6), 962-8.
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strange, CH., Bekelman, D. B., y Holm, K. (2014). The Social Environment and Illness Uncertainty in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Society of Behavioral Medicine*, 1-10. DOI 10.1007/s12529-014-9423-5
- Hui Choi, W., Lee, G., Chan, C. H., Cheung, R.Y., Lee, I. L., y Chan, C. L. (2012), The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2633-2645. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05962.x>
- INEGI. (2014). *Censos y Conteos de Población y Vivienda*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/migracion/>
- Iranmanesh, S., Tirgari, B., Tofighi, M., y Forouzi M. (2014). Spiritual wellbeing and perceived uncertainty in patients with multiple sclerosis in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 483-492.

- Jalowiec, A., Murphy, S. P., y Power, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Jiménez, T., Musitu, G., y Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 21(1), 21-34.
- Kazer, M. W. (2013). Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *British Journal Urology International*, 111(300), 84-91.
- Keyes, L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., y Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218, 1–17. DOI 10.1007/s00213-011-2236-1
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, B. F., y Hasin, D. S. (2013). Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol research: Current Reviews*, 391-400.
- Kim, J. H., Park, B. L., Cheong, H. S., Bae, J. S., Kim, L. H., Kim, J. W., Lee, B. C., Seo, C. H., Kang, T. C., Park, S. H., Choi, I. G., y Shin, H. D. (2014). Association between HTR7 genetic polymorphisms and alcohol dependence, using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 38(9), 2354-2391. <https://doi.org/10.1111/acer.12482>
- Kosic, A. (2004). Acculturation Strategies, Coping Process, and Acculturative Stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 269-278.
- Kraemer, K., McLeish, A., y O'Bryan, E. (2015). The role of intolerance of uncertainty in terms of alcohol use motives among college students. *Addictive Behaviors*, 42, 162–166.

- Kuo, B. (2014). Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 16–33.
- Kurita, K., Garon, E., Stanton, A., y Meyerowitz, B. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology*, 22(6), 1396–1401. DOI:10.1002/PON.3155.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal-Soto, F., Ramírez, J. D., y Valdivia, V. Y. (2014). Bienestar psicológico y prácticas docentes con efectos motivacionales orientadas al aprendizaje. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1037-1046.
- Li Y., Hofstetter, C. R., Wahlgren, D., Irvin, V., Chhay, D., y Hovell, M. F. (2015). Social networks and immigration stress among first-generation Mandarin-speaking Chinese immigrants in Los Angeles. *International journal of social welfare*, 24, 170–181. DOI: 10.1111/ijsw.12103
- Lien, C. Y., Lin, H.R., Kuo, I. T., y Chen, M. L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2311–2319. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x
- Londoño, N. H., Rogers, H. L., Castilla, J. F., Posada, S. L., Ochoa, N. L., Jaramillo, M. Á., Oliveros, M., Palacio, J. E., y Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del instrumento MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
- Lopez-Tamayo, R., DiGangi, J., Segovia, G., Leon, G., Alvarez, J., y Jason, L. (2016). Psychosocial factors associated with substance abuse and anxiety on immigrant and U.S. Born Latinos. *Journal of Addiction & Prevention*, 4(1), 1-24.

- Madeo, C. A., O'Brien, E. K., Bernhardt, A. B., y Biasecker B. (2012). Factors Associated with Perceived Uncertainty among Parents of Children with Undiagnosed Medical Conditions. *American Journal of Medical Genetics*, 158(8), 1877-1884. DOI:10.1002/ajmg.a.35425.
- Martínez, E. P., Morales, V. M., y Piza, U. E. (2010). Incertidumbre de los padres frente al postoperatorio inmediato de sus hijos en la clínica universitaria, teletón 2010. (Tesis de especialidad no publicada). Universidad de la Sabana, Colombia, D. C.
- Massey, D. S. (1999), International Migration at the Dawn of the Twenty-First Century: The Role of the State. *Population and Development Review*, 25, 303-322.
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.1999.00303.x>
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>
- Matus, D. V., y Barra, A. E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160.
- McCann, T., y Lubman, D. (2018). Adaptive coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 100–109.
- McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 34(2), 127-131.
- McNulty, K., Livneh, H., y Wilson, L. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis.
- Mendes, A. C., y Luis, A. V. (2004). Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo viejo desafío. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (spe), 295-300.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700001>

- Mishel M. H y Epstein, D. (1997) *Uncertainty in Illness Scales Manual*. University of North Carolina, Chapel Hill NC.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258–263.
- Mishel, M. H. (1983). Adjusting the fit: development of uncertainty scale for specific clinical populations. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 355-370.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Journal Nursing Scholarship*, 20(4), 225-231.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal Nursing Scholarship*, 22, 256-2562.
- Mishel, M. H. (1997). *Uncertainty in Illness Scales manual*. Unpublished manuscript, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Morales, S. (2014). Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 7, (1).
- Moreno, M. (2009). Intolerancia a la incertidumbre como factor cognitivo asociado a la ansiedad y al humor depresivo en la adolescencia. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina*, Universidad de Los Andes. 18(2). Mérida, Venezuela.
- Moya, J., y Finkelman, J. (2007). La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global, *Salud Pública de México*, 49, 4-7.
- Muñoz-García, A., y Arellanez-Hernández, J. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U. A. C. J. S*, 6(2), 1-20.
- Muñoz-Rivas, M.J., y Graña-López, J. (2001), Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Musitu, G., Jiménez, T., y Murgui, S. (2007). El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 370-380.

- Nájera, G. G., Ledezma, M. V., Patiño, J. N., y Galicia, R. M. (2010). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *Enfermería Neurológica*, 9(1), 20-22.
- National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism (NIDA). (2013). Recuperado de <http://www.niaaa.nih.gov/>
- Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Nureña, C. R. (2011). Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú. *Información, Cultura y Sociedad*, 25, 87-116.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2002). *Las drogas en el punto de mira*. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/171/Dif03es_63223.pdf
- Oglesby, M., Albanese, B., Chavarria, J., y Schmidt, N. (2014). Intolerance of Uncertainty in Relation to Motives for Alcohol Use. *Published online*. DOI: 10.1007/s10608-014-9665-1.
- Olbrisch, M. E. (1983). Development and validation of the ostomy adjustment scale. *Rehabilitation Psychology*, 28(1), 3-12 .
- OMS. ASSIST Working Group. (2002) The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. (2006). *Indicadores Básicos 2WDC*.
- Paloutzian, R. F., y Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Pearlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (224–237). New York: Wiley.
- Parrado, E., y Flippen, C. (2005). Migration and Gender among Mexican Women. *American Sociological Review*, 70, 606-632.

- Patiño, C., y Kirchner T. (2009). Estrés y calidad de vida en inmigrantes latinoamericanos en Barcelona. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 49-66.
- Pirilla, E., Amaro, Z., Martínez, J., Torres, I., y Jaimes. M. (2012). Incertidumbre percibida en cuidadores de niños enfermos. *Cuidado y Ocupación Humana*, 1(1), 55-62.
- Polit, D. F., y Tatano, C. B. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.)*. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Pool, R. (1989). Chaos theory: How big an advance? *Science*, 245. 26-28. Prigogine, I & Stengers, I. (1984). *Order out of chaos: Man's new dialogue with nature*. New York: Bantam Books. Sampson. E. E. (1985). The decentralization of identity: Toward a revised concept of person and social order. *American Psychologist*, 40, 1203-1211. Sampson, E. E.
- Porraz Gómez, I. F. (2015). *En los márgenes del sueño americano: Ser joven migrante retornado en el contexto de Chiapas, México*. Buenos Aires: CLACSO.
- Quijandri, K. (2017). *Espiritualidad e incertidumbre en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima 2016 (Tesis de doctorado)*. Universidad Cesar Vallejo. Lima, Perú.
Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10(5), 335-344.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3671781>
- Reed, P. G. (2008). *Theory of Self-Transcendence*. En: *Middle Range Theory of Nursing*. (3ªed.). New York. NY.
- Riemenschneider, K. (2015). Uncertainty and Adaptation Among Adults Living With Incontinent Ostomies. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(4), 361-367. DOI: 10.1097/WON.0000000000000132

- Rodríguez, L., Villar, L., Alonso-Castillo, M. M, Diaz, L. P., Álvarez-Bermudes, J., Armendáriz-García, N., y Castillo, R. A. (2019). Eventos estresantes, espiritualidad y consumo de alcohol en participantes del programa de 12 pasos de AA. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 24(2). Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.06752017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.06752017>
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez-Puente, L., Alonso-Castillo, M., Álvarez-Bermudes, J., Gómez-Meza, M., Armendáriz-García, N., y Hernández, E. (2017). Perspectiva espiritualidad en integrantes de alcohólicos anónimos: estudio piloto. *Enfermería Global*, 47, 496-503.
- Roque, B. E., y Kuperminc, G. P., Ramírez, M. G., y Álvarez, A. (2009). El sueño americano: la experiencia de familias mexicanas emigrantes al sureste de los estados unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 339-354. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992009>
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Revista Desacatos*, 29, 13-30.
- Rubin, M., y Tripsas, C. (2010) Perceived uncertainty, coping strategies, and adaptation in women with human papillomavirus on pap smear. *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Journal of Lower Genital Tract Disease*. 14(2), 81-89.
- Rumbaut, R. G. (1994). El crisol interno: identidad étnica, autoestima y asimilación segmentada entre hijos de inmigrantes. *Revista de migración internacional*, 28(4), 748–794. <https://doi.org/10.1177/019791839402800407>
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. M., García, S. C., y Cisneros, D. P. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28 1, 19-27.
- Sajjadi, M., Rassouli, M., Bahri, N., y Mohammadipoor, F. (2015). The correlation between perceived social support and illness uncertainty in people with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Iran. *Indian Journal of Palliative Care*. 21(2), 231-235.
- Salazar, C. A., Alonso-Castillo, M. M., Gherardi-Donato, E. C., y Armendáriz-García, N. A. (2019). Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores. *Journal Health NPEPS*, 4(2):151-166. Disponible: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103688>
- Salgado, V. (1992). El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. División de investigaciones epidemiológicas y sociales. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México D. F. 83-89.
- Sammarco, A., y Konecny, L. (2008) Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 35(5), 844-849.
- Sánchez-Huesca, R., Pérez-Islas, V., Rodríguez-Kuri, S. E., Arellanez-Hernández, J. L., y Ortiz-Encinas, R. M. (2006). El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género. Un estudio exploratorio. *Región y sociedad*. 18(35), 131-164. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252006000100005&lng=es&tlng=es.

- Sánchez-Huesca, R., y Arellanez-Hernández, J. (2011). Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 12(23), 9-26.
- Sánchez-Huesca, R., Arellanez-Hernández, J.L., Pérez-Islas, V., y Rodríguez-Kuri, S.E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29, 35-43.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791–804.
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Miotto, M., Cumsille, F., y Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi. *Ecuador Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 154-160. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Scott, S., Jackson, B., y Bergeman, C. (2011). What contributes to perceived stress in later life: A recursive partitioning approach. *Psychology and Aging*, 26(4), 830–843.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.
- Secretaria de salud del Estado de Baja California. (2015). *Observatorio Estatal de Adicciones*. Recuperado de <http://dceg.bajacalifornia.gob.mx/Sasip/documentos/archivos/IPE28636287988033368471.pdf>
- Sherbourne, D. C., y Stewart L. A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.

- Shokebumroong P. (1992). The Relationship Between Social Support and Self-concept in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patient [thesis]. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University
- Somjaiwong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., y Sloan, R. (2011). The Influence of Symptoms, Social Support, Uncertainty, and Coping on Health-Related Quality of Life Among Cholangiocarcinoma Patients in Northeast Thailand. *Cancer Nursing TM*. 34(6), 434- 442.
- Staton- Tindal, M., Duvall, J., Stevens-Watkins, D., y Oser, C. B. (2013). The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health and drug use among Africans American women from on southern state. *Substance Use & Misuse*, 48(12), 1246-1257.
- Sung, K., y Bernstein, K. (2017). Quantitative and Qualitative Evaluations of the Enhanced Logo-autobiography Program for Korean-American Women. *Issues in Mental Health Nursing*. 38(12), 1005-1012.
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, G., Natera, G., Martínez, N. A., Carreño, S., y Pérez, D. (2016). Validity and reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in university students. *Adicciones*, 28, 19-27. DOI:10.20882/adicciones.786.
- Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A., y Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23-45.
- Tordable-Merino, I., Sánchez-Sánchez, A., Santos-Sainz, S., García-Vicario, M. I., y Rendón-Martínez, S. (2010). Evolución del consumo de drogas por migrantes entre los años 2004 y 2008. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 200–203.
- Torres A., y Sanhueza, O. (2006). Modelo Estructural de Enfermería de calidad de vida e Incertidumbre ante la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 9-17.

- Torres A. (2007) Calidad de vida y nivel incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes [tesis Doctoral]. Chile: Universidad de Concepción.
- Torres, L., y Rollock, D. (2004), Acculturative Distress Among Hispanics: The Role of Acculturation, Coping, and Intercultural Competence. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 32, 155-167. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2004.tb00368.x>
- Torres-Ortega, C., y Pena-Amaro, P. (2015). Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería Clínica*, 25(1), 9-18.
- Tortajada, S., Valderrama, J. C., Castellano, M., Llorens, N., Agulló, Víctor., Herzog, B., y Aleixandre, R. (2008) Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*. 20 (3), 403-407. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720310>
- Triviño, Z. G., y Sanhueza, A. O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, 5(1), 20-31.
- Truitt, M., Biesecker, B., Capone, G., Bailey, T., y Erby, L. (2011). The role of hope in adaptation to uncertainty: The experience of caregivers of children with Down syndrome. *Patient Education and Counseling*. 87(2). DOI:10.1016/j.pec.2011.08.015.
- Tull, E., Doswell, W., y Cort, M. (2015). Spirituality moderates the relationship of psychosocial stress to metabolic risk factors among Afrocaribbean immigrants in the US Virgin Islands. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2(1), 132–138. DOI: 10.1007/s40615-014-0056-9.
- Vaux, A. (1985). Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *Journal of Social Issues*, 41, 89- 110.
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

- Whetsell, V. M., Frederickson, K., Aguilera, P., y Maya, J. L. (2005). Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Revista Aquichan*, 5(1), 72-85.
- Williams, A., y Balaz, V. (2012). Migration, Risk, and Uncertainty: Theoretical Perspectives. *Population, Space and Place*. 18, 167–180.
- Yañez-Castillo, B. G., Villar-Luis, M. A., y Alonso-Castillo, M. M. (2018). Espiritualidad, autotranscendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal Health NPEPS*. 3(1), 5-21.
- Yi-Chun Liu, Hung-Hui Chen, Jia-Fu Lee, Kuei-Hui Chu y Li-Yin Chien. (2017). Factors Associated With Drinking Behavior Among Immigrant Women in Taiwan. *Substance Use & Misuse*, 52(5), 674-682. DOI: 10.1080/10826084.2016.1253745
- Yoffe, L. (2005). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate, Psicología, cultura y sociedad*, 193-206.
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *UNIFE*. 23 (2), 155-176.
- Zangh, Y., Kwekkeboom, K., y Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and selfcare behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(6), 19-26.
- Zapata, M., Grzywacz, J., Cervantes, R., y Merten, M. (2016). Stress and Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use Among Latino Adolescents in Families with Undocumented Immigrants. *Journal of Child and Family Studies*. 25(2), 475–487. DOI:10.1007/s10826-015-0249-9.
- Zubieta, E. M., y Delfino, G. I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. Facultad de Psicología. *Anuario de Investigaciones*, 16, 277-283.

Zukermann, L. (2019, 12 de Junio). México: ¿tercer país seguro? *Excelsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/opinion/leo-zuckermann/mexico-tercer-pais-seguro/1318100>

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas

Instrucciones: Lea atentamente las siguientes preguntas que indagan sobre información de índole personal, por lo que se solicita de su participación de la manera más honesta.

1. Datos sociodemográficos: Edad

Cuantos años tiene: _____

2. Sexo

1) Masculino.

2) Femenino.

3. Escolaridad

Cuantos años ha estudiado: ____

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Licenciatura ()

Posgrado ()

Ninguno ()

4. Estado civil

Soltero ()

Casado ()

Unión Libre ()

Viudo ()

Divorciado ()

5. Ocupación en su ciudad o país

- 1) Albañil o trabajador de la construcción.
- 2) Intendencia.
- 3) Trabajo doméstico.
- 4) Trabajador de sexo transaccional.
- 5) Obrero.
- 6) Comerciante en pequeño.
- 7) Ayudantes.
- 8) Otros_____

6. Religión

- | | |
|-------------------|-----|
| Cristiano | () |
| Católico | () |
| Mormón | () |
| Testigo de Jehová | () |
| Budistas | () |
| Protestantes | () |
| Musulmanes | () |
| Politeísta | () |
| Otras | () |

¿Cuál?:_____

Datos sobre prevalencia de consumo de drogas:	Si	No
7. ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?		
8. ¿Consumió alcohol en la última semana?		
9. ¿Consumió alcohol en el último mes?		
10. ¿Consumió alcohol en el último año?		
11. ¿Ha consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida?		
12. ¿Ha consumido drogas ilícitas en la última semana?		
13. ¿Ha consumido drogas ilícitas en el último mes?		
14. ¿Ha consumido drogas ilícitas en el último año?		

Apéndice B

Cuestionario de Migración

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas que buscan conocer aspecto sobre migración, conteste con la mayor honestidad escribiendo sobre la línea o coloque una “X” en la respuesta que mejor represente la información y las dificultades que le han sucedido.

Migración interna y laboral a los Estados Unidos

1. Fecha de Nacimiento:

2. Ciudad y país de Nacimiento:

3. ¿Con quién viaja durante el proceso migratorio?

() Esposa/esposo.

() Hijos.

() Hermana/hermano.

() Prima/primo.

() Amigos

() Esposa e hijos

Otros. Especifique_____

4. ¿Ha vivido en otro estado de la República Mexicana o en otro país, aunque haya sido por poco tiempo?

() Si

() No

() No sabe

5. ¿En qué estado de la República Mexicana o país vivió antes de vivir en Tijuana ó Tecate, B. C?

6. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Tijuana o Tecate, B. C desde que llegó la última vez?
- () No sabe
- _____ años _____ meses _____ días
7. ¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted regresara a su ciudad o país?
- () Si () No
8. ¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted se quedara a vivir en México de forma permanente?
- () Si () No
9. ¿En caso de que no logre cruzar a los Estados Unidos usted volverá a hacer otro intento?
- () Si () No
10. ¿Alguna vez ha ido a trabajar o a buscar trabajo a los Estados Unidos?
- () Si () No
11. En caso de que usted haya ido a trabajar a los Estados Unidos, ¿Cuántas veces ha ido a trabajar o a buscar trabajo a los Estados Unidos?
-
12. En caso de que usted haya ido a trabajar a los Estados Unidos, ¿Cuándo se fue a trabajar a Estados Unidos que documentos migratorios llevaba?
- () Autorización o permiso para trabajar.
- () Tarjeta verde.
- () Otro documento.
- () No llevaba ningún documento para trabajar.
- () No sabe.

13. ¿Recibe o le mandan dinero para que usted viva en México mientras espera cruzar a Estados Unidos?

Si No

14. ¿Cuál fue el principal medio de transporte que utilizó para llegar a México mientras espera cruzar a Estados Unidos?

Automóvil o camioneta.

Autobús.

Ferrocarril.

Avión.

A pie.

No sabe.

Otro medio de transporte.

Especifique_____

15. Mientras usted espera cruzar a Estados Unidos ha tenido que trabajar en esta frontera

Si No

En caso de que si este trabajando podría decirme que tipo de trabajo realiza

_____y si no trabaja como puede mantenerse en esta ciudad_____.

Razones para Migrar

Instrucciones: Ahora le quiero preguntar cuáles son las razones principales por las que usted decidió migrar de su ciudad o país y buscar ingresar a Estados Unidos. De las siguientes opciones de respuesta, favor de marcar todas las opciones con una “X” en Si o No.

Reactivo	Si	No
16. Para tener un trabajo seguro		
17. Para poder sostener a mi familia.		
18. Para tener una mejor vida para mí y mi familia		
19. Para reunirse con su familia que migro a Estados Unidos		
20. Por qué se casó o se unió con una persona residente de Estados Unidos		
21. Para estudiar.		
22. Por motivos de salud.		
23. Por violencia e inseguridad en mi ciudad o país		
24. Por tener riesgos o desastres naturales		
25. Por qué me han amenazado en mi ciudad o país		
26. Otra causa. Especifique:		

Dificultades durante el proceso migratorio

Instrucciones: Durante la migración usted ha tenido algunas dificultades favor de contestar todas las opciones con una “X” en Si o No.

Reactivos	Si	No
27. Me ha faltado dinero y recursos		
28. No tengo pasaporte o algún otro documento de mi país porque me lo robaron		
29. Tengo escasos estudios y eso me puede limitar a ingresar a Estados Unidos		
30. No conozco el idioma ingles		
31. Tuve que dejar a mi familia		
32. Durante el trayecto me asaltaron o robaron		
33. No conozco el lugar por donde transite hasta llegar a esta ciudad		
34. Me enferme y no tuve donde atenderme		
35. He tenido problemas con otros migrantes		
36. No tuve un espacio donde dormir y asearme		
37. Me abandono la persona a la que pague porque me cruzara a Estados Unidos (pollero)		
38. No me han dado cita para entrevista en el departamento de migración		
39. Batallo para tener al menos una comida completa al día		
40. Los ciudadanos de este país nos rechazan		
41. Los ciudadanos del este país me ven como delincuente o alguien que los va a dañar		
42. La policía sin causa alguna nos detiene.		
43. Otra. Especifique:		

Apéndice C

Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre

Instrucciones: A continuación se presentan aseveraciones referente a cómo reaccionan los individuos hacia la incertidumbre. Lea cada una de las afirmaciones y coloque una “X” en la respuesta que mejor represente su manera de sentir, tomando en cuenta la siguiente escala:

1	2	3	4	5
En absoluto (Nunca)	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Mucho (Siempre)

Reactivos	1	2	3	4	5
1. La incertidumbre me impide tener una opinión firme.					
2. Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza.					
3. La incertidumbre hace intolerable la vida.					
4. Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida.					
5. No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente.					
6. La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés.					
7. Los imprevistos me molestan mucho.					
8. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito.					
9. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida.					
10. Se debería prever todo para evitar las sorpresas.					

Reactivos	1	2	3	4	5
11. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planificaciones.					
12. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.					
13. Estar inseguro implica no poder figurar entre los mejores.					
14. Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante.					
15. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien.					
16. A diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas.					
17. La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste.					
18. Quiero saber siempre qué me depara el futuro.					
19. No soporto que me cojan por sorpresa.					
20. La más mínima duda me puede impedir actuar.					
21. Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano.					
22. La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo/a.					
23. No entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro.					
24. La incertidumbre me impide dormir bien.					
25. Debo alejarme de toda situación incierta.					
26. Las ambigüedades de la vida me causan estrés.					
27. No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro.					

Apéndice D

Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio

Instrucciones: A continuación se presentan algunos sentimientos sobre circunstancias por las que pudo haber pasado durante el proceso migratorio. Lea cada una de las afirmaciones y coloque una “X” en la respuesta que mejor represente qué tanto le preocupaba vivir ese tipo de situaciones. En caso de no haberle ocurrido, marque solamente la primera columna con una “X” (No me pasó) y continúe con el cuestionario.

Reactivos	No le paso 0	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?			
		Nada 1	Poco 2	Regular 3	Mucho 4
1. Le preocupaba tener poca información de cómo sería el cruce en la frontera.					
2. Le preocupaba desconocer la forma en cómo iba a cruzar la frontera.					
3. Le preocupaba haber tenido que pedir dinero prestado para venir.					
4. Le preocupaba tener poco dinero para cruzar la frontera.					
5. Le preocupaba dejar a su familia.					
6. Le preocupaba dejar su tierra.					
7. Le preocupaba ir sin papeles.					
8. Se sentía muy nervioso al cruzar la frontera.					

Reactivos	No le paso 0	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?			
		Nada 1	Poco 2	Regular 3	Mucho 4
9. Le preocupaba que el “coyote, lancharo o patero” lo abandonara antes de lograr cruzar la frontera.					
10. Le preocupaba sentir inseguridad porque desconocía a las personas con las que cruzó.					
11. Le preocupaba que lo “agarrara la migra”					
12. Le preocupaba ir solo (sin familiares, amigos[as] o conocidos[as])					
13. Le preocupaba desconocer el lugar al que estaba llegando.					
14. Le preocupaba que no tenía un lugar donde vivir.					
15. Pensaba que iba a ser difícil adaptarse a la vida de Estados Unidos.					
16. Le preocupaba que no conocía la ciudad.					
17. Le preocupaba salir a la calle.					
18. Tenía pocos conocimientos para tomar el autobús, el tren o el metro.					

Reactivos	No le paso 0	Si le paso ¿Qué tanto le preocupó?			
		Nada 1	Poco 2	Regular 3	Mucho 4
19. Tuvo problemas para comunicarse porque no sabía hablar inglés.					
20. Le preocupaba que no tenía amistades.					
21. Le preocupaba que no tenía dónde trabajar.					
22. Pensaba que sería difícil realizar el trabajo que le pedían.					
23. Le preocupaba que no le alcanzaba el dinero.					
24. Se sentía solo.					

Apéndice E

Cuestionario de Apoyo Social de MOS

Instrucciones: Lea con atención en el reactivo número uno favor de colocar sobre la raya el número de amigos y familiares cercanos con los que cuenta, del reactivo dos al veinticuatro marque con una “X” cada una de las respuestas que mejor refleje la frecuencia con la que dispone usted de apoyos.

1. ¿Cuántos amigos cercanos o familiares cercanos tienen Usted?

Amigos cercanos _____

Familiares cercanos _____

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Tengo a alguien que me puede ayudar cuando me enfermo o me siento mal.	1	2	3	4	5
3. Tengo a alguien a quien le puedo hablar y contar mis problemas.	1	2	3	4	5
4. Alguien que me aconseja cuando tengo problemas.	1	2	3	4	5
5. Tengo a alguien que me puede llevar a consulta médica en caso necesario.	1	2	3	4	5
6. Cuento con alguien que me demuestre amor y afecto.	1	2	3	4	5

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
7. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Tengo a alguien que me informa y me ayuda a entender la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4	5
9. Tengo a alguien en quien confiar o con quien hablar de mi misma y mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Tengo quien me dé un abrazo.	1	2	3	4	5
11. Hay alguien con quien me puedo relajar.	1	2	3	4	5
12. Cuento con alguien que me prepare la comida si yo no puedo hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyos consejos realmente deseo escuchar.	1	2	3	4	5
14. Cuento con alguien con quien hacer cosas que me sirven para olvidar mis problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien me ayudaría con mis tareas domésticas si estoy enferma.	1	2	3	4	5

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
16. Hay alguien con quien compartir mis temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Hay alguien que me aconseje como resolver mis problemas personales (y con mi familiar).	1	2	3	4	5
18. Tengo a alguien con quien puedo divertirse.	1	2	3	4	5
19. Tengo alguien que comprenda mis problemas.	1	2	3	4	5
20. Tengo personas a quién amar y hacerle sentir que los quiero.	1	2	3	4	5

Apéndice F

Escala de Perspectiva Espiritual de Reed

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas y marque con una “X” la respuesta que represente su sentir.

Reactivos	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿Cuántas veces menciona Usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						

Reactivos	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria.						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

Apéndice G

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los enunciados y marque con una “X” en la cada una de las afirmaciones, considere la siguiente escala.

1	2	3
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo

4	5	6
Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Reactivos	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2. <i>A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.</i>						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4. <i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.</i>						
5. <i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga</i>						

Reactivos	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos.						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8. <i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.</i>						
9. <i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.</i>						
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13. <i>Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.</i>						
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						

Reactivos	1	2	3	4	5	6
<i>19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.</i>						
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
<i>22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.</i>						
<i>23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.</i>						
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
<i>26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</i>						
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

La letra en cursiva son reactivos inversos.

Apéndice H

Escala de Bienestar Social de Keyes

Instrucciones: Lea detenidamente los enunciados y marque con una “X” si está de acuerdo con las sentencias, considere la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Indeciso	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Reactivos	1	2	3	4	5
1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.					
2. Creo que la gente me valora como persona.					
3. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.					
4. Me siento cercano a otra gente.					
5. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.					
6. Creo que la gente no es de fiar.					
7. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.					
8. Creo que no se debe confiar en la gente.					
9. Creo que la gente es egoísta.					
10. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.					
11. Las personas no se preocupan de los problemas de los otros.					
12. Creo que puedo aportar algo al mundo.					
13. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.					

Reactivos	1	2	3	4	5
<i>14. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.</i>					
<i>15. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.</i>					
16. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.					
17. Para mí el progreso social es algo que no existe.					
<i>18. La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.</i>					
19. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.					
<i>20. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.</i>					
<i>21. La sociedad ya no progresa.</i>					
<i>22. No entiendo lo que está pasando en el mundo.</i>					
<i>23. El mundo es demasiado complejo para mí.</i>					
<i>24. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.</i>					
<i>25. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.</i>					

Los reactivos inversos se encuentran en letras en cursivas.

Apéndice I

Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: Lea detenidamente las siguientes preguntas y subraye la respuesta que mejor refleje su tipo de consumo de alcohol, en caso de que la pregunta número uno sea nunca, favor de pasar a la respuesta nueve y diez.

<p>1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Una o menos veces al mes.</p> <p>2) De 2 a 4 veces al mes.</p> <p>3) De 2 a 3 veces a la semana.</p> <p>4) 4 a más veces a la semana.</p>	<p>6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>
<p>2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2.</p> <p>1) 3 o 4.</p> <p>2) 5 o 6.</p> <p>3) 7 a 9.</p> <p>4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p>	<p>8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que</p>

<p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>
<p>4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No.</p> <p>2) Sí, pero no en el último año.</p> <p>4) Sí, en el último año.</p>
<p>5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) No.</p> <p>2) Sí, pero no en el último año.</p> <p>4) Sí, en el último año.</p>

Apéndice J**Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST V3.0)****ENTREVISTADOR****NOMBRE DE LA CASA DEL****MIGRANTE**

Instrucciones: Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u>? (SOLO PARA USO DE DROGAS QUE NO HAN SIDO INDICADAS POR EL MÉDICO)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Si contestó que No a todos las preguntas, la entrevista a terminado.

Si contestó Si a alguna de estas preguntas, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

<p>¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en la pregunta uno en los <u>últimos tres meses</u>, (CONTESTE EN LA PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS QUE HAYA SELECCIONADO EN LA PREGUNTA UNO)?</p>	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si contesto nunca a todas las preguntas pase a la pregunta 6.

Si ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses, contesta las preguntas 3, 4 y 5 dependiendo de la sustancia que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (CONTESTE EN LA PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	3	4	5	6

j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6
-------------------------	---	---	---	---	---

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (CONTESTE EN LA PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 2) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	4	5	6	7

j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>CONTESTE EN LA PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 2</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Responda la pregunta 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (Drogas seleccionadas en la pregunta 1).

Pregunta 6

<p>¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (CONTESTE EN LA PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1)?</p>	<p>No, Nunca</p>	<p>Si, en los últimos 3 meses</p>	<p>Si, pero no en los últimos 3 meses</p>
<p>a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)</p>	0	6	3
<p>b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)</p>	0	6	3
<p>c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)</p>	0	6	3
<p>d. Cocaína (coca, farlopa, crack)</p>	0	6	3
<p>e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)</p>	0	6	3
<p>f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)</p>	0	6	3
<p>g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)</p>	0	6	3
<p>h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)</p>	0	6	3

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA SELECCIONADA, SEGUNDA DROGA SELECCIONADA Y TODAS LAS DEMÁS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1</i>) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	0	6	3

j. Otros - especifique:	0	6	3
-------------------------	---	---	---

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USO DE DROGAS QUE NO HAN SIDO RECETADAS POR UN MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

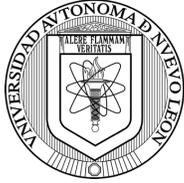
A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo.

Instrucción: Ahora le quiero preguntar cada cuanto usa drogas inyectables. De las siguientes opciones de respuesta, favor de indicar en todas las opciones Si o No con una "X".

Patrón de inyección	Si	No
Una vez a la semana o menos ó menos de 3 días seguidos		
Más de una vez a la semana, ó 3 o más días seguidos		

Apéndice K

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Características de la migración, intolerancia hacia la incertidumbre, estrés migratorio, afrontamiento, bienestar y consumo de drogas en migrantes de la frontera norte de México.

Autor del estudio: MSP. Anzony Arturo Cruz Gonzalez.

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo:

El presente estudio pretende conocer los aspectos que usted ha vivido durante la migración, y si esto le ha causado incertidumbre, si se ha sentido con estrés durante la migración, y si usted ha sentido apoyo de la sociedad y de personas durante la migración y su estadía en este lugar y si usted se considera espiritual. También deseamos conocer si se siente con bienestar físico, psicológico y social y finalmente deseamos saber si usted consume alcohol y/o algunas otras drogas. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener mi grado de doctorado. Si usted decide participar, deberá firmar el presente consentimiento informado.

Propósito del Estudio:

Es poder conocer cómo se siente usted desde que salió de su hogar hasta llegar a esta frontera, para esto le hare algunas preguntas si usted acepta. Le reitero que la información que proporcione será confidencial y anónima. Este trabajo es parte de mis

estudios de doctorado que realizo en la Universidad Autónoma de Nuevo León y yo soy un estudiante que reside en este Estado pero no tengo ninguna relación con instituciones y oficinas de migración.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le aplicarán diez cuestionarios, en la casa del migrantes, atendiendo no interrumpir sus actividades, cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.
- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuerto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas enfocados en la prevención del consumo de drogas en el beneficio de las personas migrantes.

Costos: No existe ningún costo para el participante.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a ninguna persona o institución. Los resultados encontrados serán únicamente publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial. Los

cuestionarios serán resguardas por mi persona por un lapso de 12 meses y posteriormente serán destruidos.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], a quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

_____	_____
Nombre y firma del participante	Fecha
_____	_____
Firma del testigo (1)	Fecha
_____	_____
Firma del testigo (2)	Fecha
_____	_____
Firma del investigador principal	Fecha

Resumen Autobiográfico

MSP. Anzony Arturo Cruz González.

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: Modelo explicativo de incertidumbre, estrés migratorio, afrontamiento, bienestar y consumo de drogas en migrantes de la frontera norte de México.

LGLC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacido en Mexicali, Baja California, el 14 de Diciembre de 1983, hijo de la Sra. Teresa María Cruz González.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, en el 2009. Egresado de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Xochicalco, en el 2015. Becario del Programa de Reconocimiento al Desempeño del Personal Académico (PREDEPA) y Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau, Capítulo Tau Alpha desde 2018.

Experiencia Profesional: Subdirector de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana del 19 de Abril del 2021 a la fecha. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana del 08 de Agosto del 2012 a la fecha. Enfermero Especialista en el Hospital General Tecate de la Secretaria de Salud del 16 de Mayo del 2010 a la fecha.

Correo electrónico: anzony.cruz@uabc.edu.mx