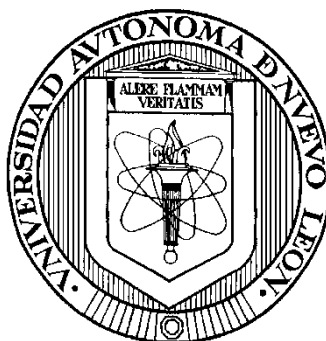


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



DISCRIMINACIÓN, PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL, BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAS MIGRANTES DE NUEVO LEÓN

Por

MCP. MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Agosto, 2025

DISCRIMINACIÓN, PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL, BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAS MIGRANTES DE NUEVO LEÓN

POR

MCP. MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Aprobación de la Tesis:

DRA. MED. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA
Directora de Tesis

PhD. DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA
Co-directora de Tesis

DR. MED. GUILLERMO JACOBO BACA
Miembro de la Comisión de Tesis

DRA. EN C. BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado

**DISCRIMINACIÓN, PERCEPCIÓN DE SALUD
GENERAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU
RELACIÓN CON ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MIGRANTES
DE NUEVO LEÓN**

Este trabajo fue realizado en la **Casa INDI AC Hogar y Comedor de los Pobres** en la ciudad de Monterrey Nuevo León, bajo la Dirección del Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha y la Co-dirección de la PhD. Dehisy Marisol Juárez García.

Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha

Directora

PhD. Dehisy Marisol Juárez García

Co-Directora

AGRADECIMIENTOS

La culminación de esta tesis ha sido posible por el apoyo y colaboración de diversas personas e instituciones, a quienes deseo expresar mi más sincera gratitud.

En primer lugar, agradezco profundamente a mi directora de tesis, la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha, por su invaluable orientación, paciencia y dedicación. Su experiencia y consejos fueron esenciales para la realización de este trabajo.

Extiendo mi agradecimiento a todos mis profesores de la maestría, quienes compartieron generosamente sus conocimientos y experiencias, enriqueciendo mi formación académica y personal.

A mis compañeros y amigos de la maestría, gracias por su camaradería, apoyo y por los momentos compartidos durante este proceso. Su amistad ha sido un sostén invaluable en los momentos de desafío.

A mi familia, les expreso mi más profundo agradecimiento por su amor incondicional, apoyo constante y confianza en mí a lo largo de este camino. Su presencia ha sido fundamental para alcanzar esta meta.

Asimismo, expreso mi agradecimiento a la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Salud Pública y Nutrición por brindarme el espacio y los recursos necesarios para desarrollar esta investigación. Mi reconocimiento especial a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), institución que me otorgó la beca que hizo posible llevar a cabo este proyecto.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo y culminación de esta tesis.

DEDICATORIA

A mi querida familia, amigos y profesores por su constante apoyo. Me han guiado en cada paso de este camino académico. Esta tesis es para ustedes, por creer siempre en mí y motivarme a alcanzar mis metas.

A Simona, mi querida coneja, por su compañía incondicional, sus travesuras que alegraron mis días y por recordarme siempre la importancia de disfrutar los pequeños momentos de la vida.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	v
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO 1	1
1. ANTECEDENTES	1
1.1. Introducción	1
1.2. Marco teórico	4
1.2.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff	4
1.2.2 Modelo transaccional por Lazarus y Folkman	8
1.2.2.1 Tipos de evaluación estresante.	9
1.2.2.2 Tipos de respuesta	10
1.3. Marco conceptual	11
1.3.1 Migración	11
1.3.2 Discriminación	15
1.3.2.1 Discriminación en personas migrantes	18
1.3.3 Percepción de salud general	20
1.3.3.1 Percepción de salud en personas migrantes	21
1.3.4 Bienestar psicológico	23
1.3.4.1 Bienestar psicológico en personas migrantes	26
1.3.5 Estrategias de afrontamiento	28
1.4. Estudios relacionados	32
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
3. JUSTIFICACIÓN	40
CAPÍTULO 2	41
HIPÓTESIS	41
CAPÍTULO 3	42
OBJETIVOS	42
3.1. OBJETIVO GENERAL	42
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42

CAPÍTULO 4	43
MATERIAL Y MÉTODOS	43
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	43
4.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	43
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	43
4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
4.4.1. Criterios de inclusión	43
4.4.2. Criterios de exclusión	43
4.4.3. Criterios de eliminación	43
4.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	44
4.6. TÉCNICA MUESTRAL	44
4.7. VARIABLES	45
4.7.1 Cuadro de operacionalización de variables	46
4.8. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	55
4.9. PROCEDIMIENTOS	58
4.10. PLAN DE ANÁLISIS	60
4.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
CAPÍTULO 5	62
RESULTADOS	62
5.1 Características sociodemográficas	62
5.2 Discriminación	65
5.3 Percepción de salud general	68
5.4 Bienestar psicológico	69
5.5 Estrategias de afrontamiento	72
5.6 Asociación de variables	73
CAPÍTULO 6	75
DISCUSIÓN	75
CAPÍTULO 7	80
CONCLUSIONES	80
CAPÍTULO 8	83
REFERENCIAS	83
ANEXO A. Cuestionario/Cédula de colección de datos	103
ANEXO B. Escala de discriminación personal percibida (EDPP)	104

ANEXO C. Cuestionario de salud general (GHQ-12)	107
ANEXO D. Escala de bienestar psicológico en adultos (BIEPS-A)	109
ANEXO E. Cuestionario de estrategias de afrontamiento (COPE-28)	111
ANEXO F. Carta de consentimiento informado	115

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR	Alto comisionado de las naciones unidas para los refugiados
BIEPS-A	Escala de Bienestar Psicológico en Adultos
BP	Bienestar Psicológico
CFA	Análisis Factorial Confirmatorio
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
COPE	Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento
DS	Desviación Estándar
EDPP	Escala de Discriminación Personal Percibida
EEH	Encuesta Europea de Salud
GHQ-12	Cuestionario de Salud General
LGBTQ+	Término general que se utiliza para describir que no se identifican con la heterosexualidad o la cisgeneridad.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización internacional para las migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PSM	Personas en Situación de Migración

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los Instrumentos de medición	57
2. Características sociodemográficas de las personas en situación de migración	62
3. Acompañamiento durante el trayecto de las PSM	64
4. Tiempo de residencia en días	64
5. Grado de discriminación percibida por las PSM	65
6. Grado de discriminación por sexo	66
7. Grado de discriminación por escolaridad	67
8. Grado de discriminación por país de origen	67
9. Percepción de salud general por país de origen	69
10. Nivel de bienestar psicológico de las personas migrantes	69
11. Nivel de bienestar psicológico por escolaridad	71
12. Nivel de bienestar psicológico por país de origen	71
13. Puntaje de las dimensiones de estrategias de afrontamiento	72
14. Puntaje de las estrategias de afrontamiento por sexo	73
15. Modelo de regresión lineal – Bienestar psicológico como variable dependiente	74

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Dimensiones fundamentales del bienestar psicológico y sus dimensiones teóricas.	7
2. Mapa de variables	45
3. Percepción de salud general por sexo	68
4. Bienestar psicológico por sexo en personas en situación de migración	70

RESUMEN

MCP. María Fernanda Martínez González
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Título del Estudio: Discriminación, percepción de salud general, bienestar psicológico y su relación con estrategias de afrontamiento en personas migrantes de Nuevo León

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública
Número de páginas: 116

Introducción: La migración tiene un impacto significativo en el mundo actual, y en México, particularmente en Nuevo León, donde es crucial entender cómo la discriminación, la percepción de la salud general y el bienestar psicológico afectan a la población migrante. Este estudio busca examinar estas relaciones con el objetivo de desarrollar intervenciones y políticas para mejorar la integración y el bienestar de las personas migrantes.

Objetivo: Analizar la relación entre discriminación, percepción de salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en migrantes de Nuevo León.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal con 392 migrantes en albergues de Monterrey, Nuevo León. Con previo consentimiento informado, se aplicaron la Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP), el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) y el cuestionario COPE-28. Se realizaron análisis descriptivos y regresión lineal simple para evaluar la relación entre las variables.

Resultados: Participaron 392 personas con una edad promedio de 31.9 ± 10.4 años, predominando los hombres (58.9%) y los migrantes de Honduras (41.6%). El 59.2% estaba desempleado, con una estancia promedio de 64.1 días en México. Se observó discriminación moderada o alta en el 49% de los casos, siendo más prevalente en mujeres ($p < .05$). Más del 90% de los participantes percibió su salud como desfavorable, y alrededor del 20% presentó bajo bienestar psicológico. Las estrategias de afrontamiento más comunes fueron aceptación, planificación y afrontamiento activo, mientras que el uso de sustancias fue la menos empleada. La regresión lineal mostró que una baja discriminación y el uso de estrategias de afrontamiento positivas predijeron un mayor bienestar psicológico ($\beta = 0.45$, $p < 0.01$), explicando el 58% de la variabilidad ($R^2 = 0.58$).

Conclusiones: La discriminación, la percepción de salud y las estrategias de afrontamiento están fuertemente relacionadas con el bienestar psicológico de los migrantes en Nuevo León. Es crucial implementar políticas que aborden estas áreas para mejorar su calidad de vida y bienestar.

Palabras clave: Migración, Discriminación, Percepción de Salud, Bienestar Psicológico, Estrategias de Afrontamiento, Nuevo León, México.

FIRMA DEL DIRECTORA DE TESIS _____

ABSTRACT

MCP. María Fernanda Martínez González
Autonomous University of Nuevo León
Master's Degree in Public Health Sciences
Interfaculty Program

Title of the Study: Discrimination, General Health Perception, Psychological Well-being, and Their Relationship with Coping Strategies in Migrants in Nuevo León

Candidate for the Degree of Master of Science in Public Health
Number of Pages: 116

Introduction: Migration has a significant impact on today's world, particularly in Mexico and specifically in Nuevo León, where understanding how discrimination, general health perception, and psychological well-being affect the migrant population is crucial. This study aims to examine these relationships to develop interventions and policies that enhance the integration and well-being of migrants.

Aim: To analyze the relationship between discrimination, general health perception, psychological well-being, and coping strategies among migrants in Nuevo León.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted with 392 migrants in shelters in Monterrey, Nuevo León. With prior informed consent, the Perceived Personal Discrimination Scale (EDPP), the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Psychological Well-being Scale for Adults (BIEPS-A), and the COPE-28 questionnaire were applied. Descriptive analyses and simple linear regression were performed to assess the relationship between variables.

Results: A total of 392 individuals participated, with an average age of 31.9 ± 10.4 years, predominantly men (58.9%) and migrants from Honduras (41.6%). 59.2% were unemployed, with an average stay of 64.1 days in Mexico. Moderate or high levels of discrimination were reported by 49% of participants, with higher prevalence among women ($p < .05$). More than 90% of participants perceived their health as unfavorable, and approximately 20% reported low psychological well-being. The most used coping strategies were acceptance, planning, and active coping, while substance use was the least employed strategy. Linear regression analysis showed that lower discrimination and the use of positive coping strategies predicted higher psychological well-being ($\beta = 0.45$, $p < 0.01$), explaining 58% of the variability ($R^2 = 0.58$).

Conclusions: Discrimination, health perception, and coping strategies are strongly related to the psychological well-being of migrants in Nuevo León. It is crucial to implement policies that address these areas to improve their quality of life and overall well-being.

Keywords: Migration, Discrimination, Health Perception, Psychological Well-being, Coping Strategies, Nuevo León, Mexico.

THESIS DIRECTOR'S SIGNATURE: _____

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El fenómeno social de la migración ha cobrado mayor relevancia en el mundo actual, debido a que con mayor frecuencia las personas se desplazan motivadas por factores políticos, económicos, de seguridad o cuestiones medio ambientales. Este suceso ha estado presente en la historia de México de una forma importante. Sin embargo, desde la década de 1990 empezó a conformarse como una región de tránsito constante de personas migrantes, principalmente provenientes de Centroamérica y Sudamérica (1).

Acorde al Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias del año 2024, durante el periodo de enero a marzo de este mismo año se contabilizaron 6.4 millones de eventos de ingreso de personas extranjeras al país, de los cuales el 14.5% fueron visitantes irregulares, lo que representa un incremento del 33.1% respecto al periodo de enero – marzo del año 2022 y 1.5% comparado con el año anterior (2). Lo cual reafirma la tendencia creciente y relevancia de este flujo migratorio.

Nuevo León se ha caracterizado por recibir constantemente personas migrantes internas y externas desde la década de los 60's, debido a su desarrollo económico, oferta laboral, su ubicación y dimensión geográfica (3). En la última década la recepción de personas en esta situación ha ido en acenso, a consecuencia de la necesidad de transitar por el estado por la violencia e inseguridad cometidos en su contra en las vías alternas, sobre todo en el estado de Tamaulipas y Coahuila (4–7).

Este acontecimiento trae consigo repercusiones y retos para el país en los ámbitos demográficos, económicos, políticos y sociales. Sobre todo, la acción institucional frente a los derechos humanos y necesidades de este grupo social, quienes enfrentan diversos factores que los hacen propensos a que se transgreda su integridad física y psicológica (8).

Uno de los problemas más evidentes que enfrentan las personas migrantes en su desplazamiento, es la discriminación, la cual puede manifestarse de diversas maneras. Esto puede ir desde la exclusión social y laboral hasta la violencia y el acoso por su origen, cultura o situación migratoria. Este fenómeno puede afectar su salud física y mental, el acceso a servicios de atención médica, entre otros problemas. Por lo que es importante, entender cómo las personas migrantes utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para lidiar con este suceso y otros factores estresantes asociados a la migración (9–11).

La discriminación, la percepción del estado de salud, el bienestar psicológico y la forma de afrontar las situaciones que les genera estrés, cobran relevancia investigativa, ya que sirven como indicadores diagnósticos de la situación actual que experimentan las personas en situación de migración en Nuevo León (12). Por este motivo, la investigación es relevante, pues aporta información valiosa que, de forma parcial, da respuesta a las necesidades que presenta esta comunidad vulnerable.

Esta investigación tuvo como objetivo aportar un estudio metodológico relevante sobre las variables que aborda, lo cual resulta de gran utilidad para el campo de acción del área de la salud pública. Al mismo tiempo, sentará un antecedente para futuros estudios sobre salud mental, emocional y física en población migrante en el estado.

La revisión de la literatura permitió identificar vacíos teóricos y carencias específicas en temas relacionados a la población de estudio, lo que sirve como base para la creación de nuevas investigaciones que proporcionen evidencia científica sobre los efectos de la discriminación y las condiciones de salud de las personas migrantes en nuestro país y Nuevo León.

Los conocimientos obtenidos a partir de este estudio pueden ser utilizados como contribución para el desarrollo, fortalecimiento o implementación de políticas públicas que benefician a este grupo poblacional. Además, el análisis constituirá un primer abordaje y proporcionará un panorama general sobre los

problemas de salud psicológica y física producto de la migración y sus estresores, así como datos para la realización de programas de intervención enfocados en la promoción del bienestar de la población en situación migratoria. Esto, a su vez, contribuirá a la disminución y prevención de la estigmatización y discriminación que experimentan en territorio mexicano.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

Carol Ryff es psicóloga e investigadora de nacionalidad estadounidense, que se ha enfocado en el estudio del bienestar y la resiliencia en el campo de la psicología positiva (13). Este modelo teórico lo desarrolló a partir ausencia de definición de características fundamentales del bienestar psicológico. Ryff alegaba que gran parte de la literatura de años anteriores se basaba en conceptos de bienestar con pocos principios teóricos y, por consiguiente, existía la exclusión de aspectos importantes del funcionamiento de la psicología positiva (14).

La disciplina de la psicología positiva se define como la investigación sistemática de las habilidades y virtudes humanas, que proporciona una visión más amplia de las capacidades, motivaciones y potencial humano. Además, incluye la evaluación de métodos que pueden mejorar la calidad de vida de las personas y, por ende, prevenir y reducir el riesgo de trastornos psicológicos (15).

La amplia cantidad de literatura que busca definir el funcionamiento psicológico positivo engloba distintas perspectivas teóricas, tales como la de Maslow, quien describe el concepto de autorrealización (16), la visión de Rogers acerca de la persona en su pleno funcionamiento (17), la formulación de Jung sobre el individualismo y la concepción de madurez de Allport (18).

Otro enfoque teórico para definir la psicología del bienestar proviene de las perspectivas de desarrollo a lo largo de la vida, las cuales se centran en los distintos desafíos que se enfrentan en cada fase del ciclo vital. Por ejemplo, el modelo psicosocial de Erikson sobre las etapas del desarrollo (19), las tendencias básicas de Buhler hacia la realización de la vida (20) las descripciones de la personalidad de Neugarten (21) o los criterios positivos de salud mental de Jahoda (22), los cuales surgieron a partir de querer la sustitución del término bienestar como la simple ausencia de enfermedad y ofrecer una descripción detallada de lo que significa tener una buena salud mental.

Sin embargo, estas perspectivas han tenido poco impacto práctico (23), en parte porque carecen de herramientas para su evaluación y porque los investigadores se han visto limitados por la falta de medidas válidas y de confianza. Además, los criterios de bienestar generados eran múltiples y amplios, asimismo llevaban a imponer ideas sobre cómo debería ser el comportamiento de las personas.

Ryff propuso que las perspectivas previas, pese a sus definiciones inconcretas, podían incorporarse para crear una base que respaldará su modelo teórico (24).

Estos puntos comunes entre las teorías anteriores conformaron las dimensiones clave de la formulación alterna de la psicología del bienestar, que se exploró en su investigación. A continuación, se describen brevemente las características principales de los dominios, aunque las descripciones precisas y su origen se encuentran en el artículo original (25,26).

- Autoaceptación: se considera esencial para el adecuado funcionamiento psicológico. Esta actitud se relaciona con una percepción positiva de uno mismo, incluso frente a aspectos negativos y experiencias difíciles del pasado, sin que esto cause malestar emocional.
- Relaciones positivas: son aquellas en las que se establecen conexiones basadas en el bienestar emocional, la cercanía y la confianza. Estas se caracterizan por la presencia de empatía, intimidad y amor, donde se cultiva la habilidad de dar y recibir de manera equilibrada y saludable.
- Propósito de vida: se refiere a la finalidad que una persona atribuye a su existencia y conlleva la habilidad para crear metas, objetivos y sueños para guiar sus acciones y otorgar significado tanto al presente como al pasado y futuro.

- Crecimiento personal: alude a la capacidad de aprovechar al máximo los talentos y habilidades propias. Esto implica hacer uso de todas las potencialidades y capacidades, lo que permite a las personas avanzar pese a las dificultades.
- Autonomía: se relaciona con la capacidad de tomar decisiones y elecciones por cuenta propia, sin depender del consentimiento o aprobación de otros. Esto afecta la regulación del comportamiento y la capacidad de resistir la influencia de la presión social.
- Dominio del entorno: Se entiende por la forma en que una persona responde a las demandas y posibilidades que su entorno le presenta. Esto incluye la capacidad de influir en los demás y adaptarse a las situaciones que surgen en su vida diaria.

En conclusión, la integración de los puntos más significativos de las teorías sobre la salud mental y desarrollo humano, previamente descritas, coinciden en múltiples aspectos sobre el funcionamiento psicológico positivo y esto dio origen a las dimensiones fundamentales sobre el bienestar psicológico propuestas por Carol Ryff (24)

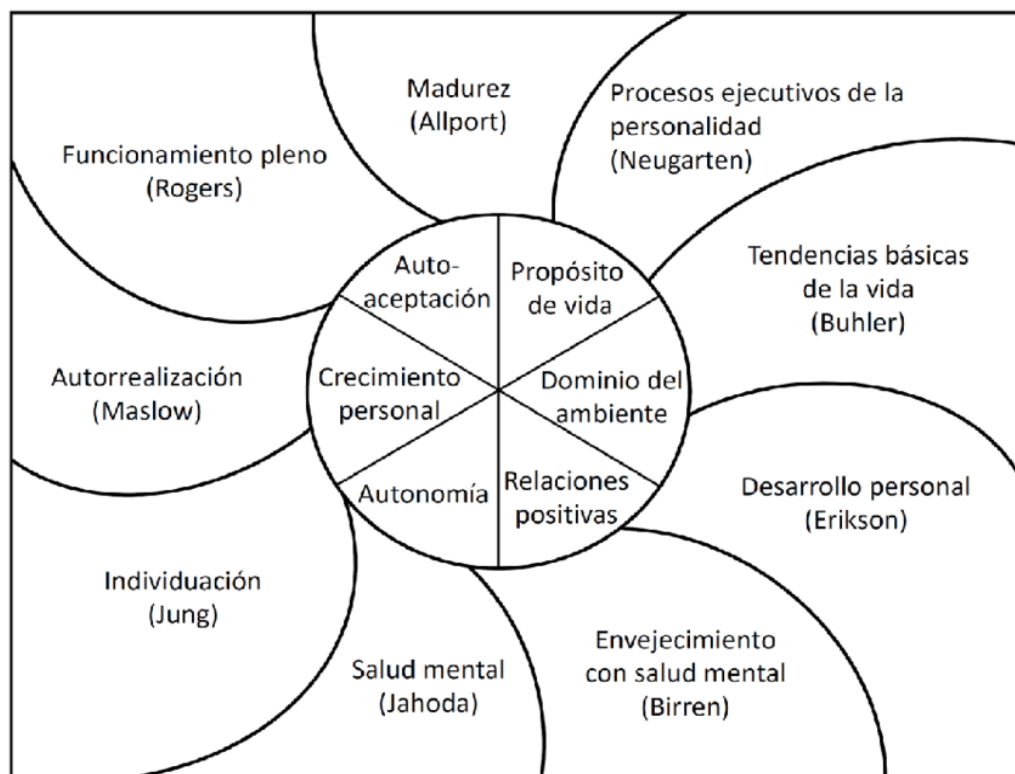


Figura 1. Dimensiones fundamentales del bienestar psicológico y sus dimensiones teóricas. (Tacca Huamán D., Huamán A., 2019) (27)

La percepción de cada una de estas dimensiones se evaluará en la población migrante a través de la versión abreviada de la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos, la cual es una herramienta que se basa en las seis dimensiones propuestas por Carol Ryff. Cuando los individuos pertenecientes a este grupo experimentan estresores como discriminación y falta de oportunidades, esto puede obstaculizar su acceso a condiciones básicas para la vida y el ejercicio de sus derechos en el país receptor, lo que amenaza el desarrollo de sus capacidades y proyectos. Esto puede tener un impacto negativo en su bienestar psicológico, que se refiere al desarrollo pleno de sus potencialidades y el cumplimiento de sus objetivos vitales según el modelo teórico de Ryff. La percepción de estas restricciones puede disminuir su sentido de dominio de la vida y autoestima, lo que a su vez afecta negativamente su funcionamiento individual y social (24).

1.2.2 Modelo transaccional por *Lazarus y Folkman*

Según la teoría de Lazarus y Folkman, el estrés surge cuando una persona percibe de forma subjetiva una falta de equilibrio entre las demandas que se le presentan y los recursos que tiene disponibles para enfrentarlas. La tolerancia a las demandas estresantes difiere entre cada persona debido a que cada uno posee distintas vulnerabilidades al estrés. Además, la misma persona puede tener más o menos sensibilidad al estrés en diferentes momentos de su vida o ante situaciones diversas que experimente (28,29).

Durante este proceso, la repercusión de una situación estresante es influenciada por las acciones que el individuo lleva a cabo en dos direcciones: en primer lugar, a través de los procesos cognitivos mediante los cuales el individuo evalúa y da sentido a la situación; y, en segundo lugar, a través de las estrategias que utiliza para hacer frente a dicha situación (30).

El centro de esta interrelación se basa en los procesos que lleva a cabo la persona para evaluar su relación con el entorno y determinar el nivel de equilibrio existente. Además, busca mantener o recuperar dicho equilibrio mediante acciones adaptativas. Según este modelo teórico, las personas enfrentan una situación y realizan una evaluación de cómo influye en su bienestar (appraisal), si llegan a la conclusión de que no tienen los medios necesarios para impedir daño, pérdida o dolencia, proceden a realizar una segunda valoración en la que se escogen los recursos y alternativas disponibles para afrontar esta circunstancia (31).

La evaluación cognitiva es un proceso mental que todos los individuos realizan de manera constante, en el que se valora el significado de lo que está sucediendo y se relaciona con el bienestar personal y los recursos disponibles para hacer frente a la situación. De acuerdo con esta teoría, no es el estresor en sí mismo el que causa el estrés, sino la percepción personal que tiene acerca de la situación estresante (32).

1.2.2.1 Tipos de evaluación estresante.

- Evaluación Primaria:

La valoración cognitiva es la primera respuesta que tiene una persona ante una situación, en la que se analiza y evalúa la relevancia de dicho acontecimiento respecto a su bienestar personal. Esta evaluación puede dar lugar a diferentes respuestas (33).

- ✓ Situación irrelevante: se refiere a un evento que no tiene relevancia o importancia para la vida personal del individuo, por lo que no le presta atención o no le da importancia.
- ✓ Situación positiva: es un acontecimiento que no genera reacciones de estrés, y la persona percibe como beneficioso o positivo, lo que la ayuda a lograr sus objetivos.
- ✓ Situación estresante: implica la necesidad de utilizar recursos confrontarla, con el fin de evitar una pérdida de equilibrio emocional y bienestar. Aunque no es intrínsecamente negativa, sí requiere un esfuerzo adaptativo por parte de la persona.

Una situación estresante puede implicar:

- ✓ Una amenaza para la persona: antepone un probable peligro o daño antes que pueda suceder.
- ✓ Una pérdida o daño: considerando experiencias previas respecto al autoestima, cuestiones de la salud, familiares, las relaciones interpersonales, etc.
- ✓ Un reto: implica valorar que, aunque existan complicaciones, también hay oportunidades para obtener un beneficio o cumplir un propósito. El sujeto considera que puede manejar el estresor adecuadamente si emplea los recursos necesarios. En la valoración primaria, es importante la preponderancia que el sujeto establece entre lo que está

en juego en la situación y el valor que otorga a lo que puede ganar o perder.

- Evaluación Secundaria

Se entiende por el proceso en el que la persona estima los recursos y opciones que tiene para hacer frente a la situación que genera estrés. Esta evaluación es crucial porque puede influir en la percepción de la situación, por ejemplo, una situación que se evaluó como amenazante en la evaluación primaria puede ser percibida como más peligrosa si el individuo cree que no tiene recursos suficientes para enfrentarla. Por otro lado, si el individuo considera que cuenta con medios para hacer frente a la situación, entonces la situación puede ser percibida como menos amenazante. Por tanto, la evaluación secundaria tiene un papel importante en la modulación de la evaluación primaria y en la determinación de las acciones que se llevarán a cabo para enfrentar el estresor actual (34).

La forma en que las dos evaluaciones cognitivas interactúan es lo que finalmente determina la cantidad y la intensidad del estrés, así como la naturaleza de la respuesta emocional que el sujeto mostrará. En resumen, el enfoque transaccional o fenomenológico cognitivo destaca que el estrés no depende únicamente de las características del estímulo ambiental o de la persona que lo enfrenta, sino de la interacción entre la evaluación que la persona hace del estímulo y las exigencias que este le impone (31,34).

1.2.2.1 Tipos de respuesta

Para Lazarus y Folkman la evaluación primaria y la secundaria dependen mutuamente una de la otra, originando a tres tipos de respuesta frente a ellas (35).

- ✓ Respuesta Fisiológica: reacción que se produce a nivel neuroendocrino o del sistema nervioso autónomo ante una determinada situación estresante.

- ✓ Respuesta Emocional: experiencia subjetiva de sentimientos negativos como malestar, temor, tristeza, ansiedad, entre otros.
- ✓ Respuesta Cognitiva: aparición de ciertas formas de pensamiento, tales como la preocupación, la sensación de pérdida de control, la negación, entre otras.

Dentro de esta teoría, el afrontamiento es un concepto fundamental junto con los tipos evaluación. El cual se refiere al conjunto de pensamientos y acciones que una persona utiliza para valorar los estresores, disminuir su impacto estresante y cambiar la respuesta emocional asociada a la experiencia del estrés. El cual se describirá en su apartado correspondiente. Para sobrellevar las situaciones adversas como el choque cultural, la discriminación, falta de apoyo social, barreras de idioma, entre otras, la población migrante debe hacer uso de estas estrategias de afrontamiento. Por lo cual el estudio y comprensión del origen de estas tácticas explicado por el Modelo transaccional de Lazarus y Folkman, es de gran relevancia, ya que nos permitirá conocer que recursos cognitivos y conductuales emplean para su adaptación al nuevo entorno (31).

1.3 Marco conceptual

1.3.1 Migración

El término "migrante" puede variar según el contexto y la perspectiva desde la que se aborde el tema. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define a un migrante como “cualquier persona que se desplaza, o se ha desplazado, a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia” (36).

La migración es un fenómeno global que implica el movimiento de individuos o colectivos de un lugar a otro con la intención de establecerse allí durante un tiempo prolongado o de forma permanente. Este concepto proviene del latín "migrare", que hace alusión al cambio de residencia o al traslado de una persona

o grupo de personas hacia un nuevo destino (37). Este fenómeno ha estado presente desde los inicios de la humanidad, y con el paso del tiempo, a causa de la globalización, avances en medios de transporte y comunicaciones, políticas migratorias y demás cambios que han suscitado, se ha tornado en un proceso de mayor complejidad que involucra mayores implicaciones y repercusiones (38) .

El proceso migratorio puede clasificarse según el tipo de desplazamiento, su escala geográfica, el grado de libertad, el periodo de tiempo de estancia y causas que motivaron el desplazamiento (39,40).

Tipo de desplazamiento:

- Emigrante: es alguien que abandona su lugar de origen y se traslada a otro lugar. La palabra "emigrare" proviene del latín y se refiere a "marcharse fuera de su localidad".
- Inmigrante: es una persona que llega y se establece en un nuevo territorio. El concepto "inmigrare" proviene igualmente del latín y significa "venir de un lugar para instaurarse en otro".
- Refugiado: es alguien que se ve obligado a dejar su lugar de origen debido a situaciones que ponen en peligro su vida. En este caso, el desplazamiento es forzado.

Escala geográfica:

- Migraciones internas: Se refieren al movimiento de personas dentro de una misma región, estado o país.
- Migraciones externas: Este tipo de migración implica que las personas se muden a un país diferente al de su origen. Se rigen por la legislación de ambos países, el de origen y el de destino.

Según el grado de libertad:

- Migraciones voluntarias: Este tipo de migración se produce por la libre elección del individuo, buscando una mejora en su calidad de vida.

- Migraciones espontáneas: Se refieren a la migración por una oportunidad laboral o académica, con el fin de adquirir una experiencia enriquecedora en su vida profesional.
- Migraciones forzadas: Estas migraciones se producen debido a motivos políticos, religiosos, guerras, condiciones medioambientales, entre otros, que son un riesgo a la vida de las personas migrantes.

Según el período de tiempo:

- Migraciones estacionales: En este tipo de migración, las personas cambian de locación durante un plazo determinado, desde una temporada hasta algunos años, para luego regresar a su lugar de origen.
- Migraciones definitivas: se realiza por un periodo indefinido de tiempo o permanente.

Causas de desplazamiento:

- El ser humano ha estado en constante movimiento debido a múltiples razones que van desde la búsqueda de oportunidades económicas o académicas, cuestiones que atenten contra sus derechos, terrorismo, persecuciones, conflictos políticos-sociales y condiciones ambientales o climatológicas que los orillen a dejar sus sitios de origen.

Actualmente, la cantidad de personas que residen en un país diferente a su país de origen es el más alto que se haya registrado. Según el Informe sobre las Migraciones del Mundo, en junio de 2019 se estimaba que el número de migrantes internacionales era de casi 272 millones a nivel mundial, lo que supone un aumento de 51 millones en comparación con 2010. La mayoría de estos migrantes, casi dos tercios, eran migrantes de tipo laboral. En 2019, los migrantes internacionales representaron el 3,5% de la población total mundial, comparado con el 2,8% en 2000 y el 2,3% en 1980 (41).

Si bien, muchas personas se desplazan por elección, otras lo hacen por necesidad. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), hacia finales de 2019, 79,5 millones de personas a nivel mundial habían sido desplazadas por la fuerza. Del total, 26 millones eran de tipo refugiados, 45,7 millones fueron desplazados dentro de su mismo país, 4,2 millones eran postulantes de asilo y 3,6 millones eran venezolanos desplazados en el extranjero (42).

México ha sido un país de destino migratorio constante, tanto para la migración interna como para la externa. Estos movimientos migratorios en su mayoría suelen ser motivados por la búsqueda de mejores condiciones económicas y sociales, zonas con mayores oportunidades laborales, especialmente en los sectores industriales y de servicios, ya sea dentro del país o utilizando el territorio mexicano como territorio de tránsito hacia Estados Unidos o Canadá. Según los últimos datos publicados por la ONU, México cuenta con 1.197.624 inmigrantes, lo que representa el 0,94% de su población. Entre 2000 y 2020, la población inmigrante en México incrementó en un 123%. En 2022, se registró el mayor número de eventos de personas en situación migratoria irregular jamás registrado en el país, superando las cifras récord de 2021 (43).

La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible reconoce por primera vez la contribución de la migración al desarrollo sostenible. Once de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contienen metas e indicadores concernientes a la migración o el desplazamiento. El principio básico de la Agenda es "no dejar a nadie atrás", lo que incluye a la población migrante (44).

La principal referencia a la migración en los ODS se menciona en la meta 10.7, la cual propone la búsqueda para facilitar la migración y la movilidad de forma ordenada, segura, regular y responsable de las personas mediante la aplicación de políticas migratorias con buena planificación y gestión. Otros objetivos también tratan distintos aspectos como la trata de personas, las remesas enviadas por los emigrantes a sus países de origen y la movilidad internacional de estudiantes, entre otros (45).

La gestión de la migración presenta desafíos en el ámbito de la salud pública tanto a nivel regional como internacional, y requiere de la cooperación en todos los niveles organizacionales. Es esencial seguir trabajando para establecer un marco de colaboración que reconozca la interconexión entre la migración y el desarrollo, y que enfatice la importancia de abordar las dificultades y obstáculos que enfrentan los migrantes como una forma clave de mejorar la salud y el bienestar en la región y a nivel nacional. De esta manera, se pueden superar los retos que impiden la consecución de la Salud Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (44)..

1.3.2 Discriminación

La discriminación en el ámbito social se refiere al trato desigual que se da a una persona o grupo por motivos como la raza, religión, apariencia física, política, edad, condición física o mental, orientación sexual, entre otros. En la filosofía moral, la discriminación se define como un trato desventajoso en comparación con otros, sin necesidad de causar perjuicio de forma directa. En otras palabras, una persona puede ser discriminada sin ser dañada directamente, simplemente por ser tratada "peor" que otros individuos por razones arbitrarias (46).

Esta práctica puede llevar a la exclusión de oportunidades o privilegios para una persona o grupo de personas que se encuentren disponibles para otros. Generalmente, las personas que sufren discriminación pertenecen a los grupos minoritarios dentro de una sociedad, aunque hay casos en los que estos grupos no son reducidos. En todo el mundo existen tradiciones, políticas, ideas, prácticas y leyes discriminatorias, incluso en aquellos países e instituciones donde la discriminación está mal vista. Aunque se han implementado políticas que regulen este trato para beneficiar a grupos tradicionalmente marginados, todavía hay muchas formas de desigualdad y distinción en todo el mundo (47).

Las etiquetas que se usan para señalar a un individuo fomentan y son parte de este problema. Sin embargo, solo los actos evidentes pueden validar la existencia de discriminación. Ya que se presenta con mayor facilidad señalar a alguien cuando hay un grupo que comparte el mismo ideal discriminatorio. Este fenómeno puede presentarse de forma individual, colectivo o institucional (48):

- Discriminación individual: es aquella que se produce entre dos personas de manera personal y directa, sin que exista una razón objetiva o justificada.
- Discriminación colectiva: se da cuando un grupo de personas es tratado de manera desfavorable en comparación con otro grupo, por las mismas razones. Esta forma de discriminación puede ser ejercida por una sola persona o por varias.
- Discriminación institucional: ocurre cuando las normas, políticas, prácticas y procedimientos de una institución dan lugar a un trato desigual y negativo hacia un grupo o individuo sin fundamentación.

La discriminación es una de las principales fuentes de desigualdad, como afirma César Rodríguez en su texto "Derecho a la igualdad". Factores como la clase social, ingresos económicos, cuestiones raciales, así como el género, nacionalidad, el origen étnico, pertenencia a una comunidad religiosa o la ideología política, pueden dar pie a tratos de inequidad. Lo que conlleva una clasificación por criterio (49):

- Discriminación por clase social: El clasismo es una forma de prejuicio y discriminación que se basa en la pertenencia o no a determinada clase social. Por lo general, las personas que practican este tipo de discriminación actúan en consecuencia para favorecer los intereses de aquellos que son de su misma clase, y perjudicar a aquellos que no pertenecen a ella.
- Discriminación por edad: se refiere a un conjunto de actitudes, valores y normas que respaldan la exclusión de personas basándose en su edad. Esta forma de discriminación implica la utilización de prejuicios y la supresión de las ideas de las personas y se basa en la creencia de que deben comportarse de cierta manera debido a los años de vida que tienen.
- Discriminación por sexo: El sexismo o discriminación de género es la actitud de prejuicio o discriminación basada en el sexo o género de una

persona. También se refiere a la existencia de actitudes y condiciones que promueven estereotipos de roles sociales establecidos según las diferencias sexuales. Este tipo de discriminación se fundamenta en creencias y patrones establecidos tradicionales que definen diferentes roles de género.

- Discriminación por origen étnico: se basa en la creencia de que existen razas humanas superiores a otras. Esta idea se utiliza para justificar la desigualdad, la exclusión y el trato desfavorable hacia ciertos grupos étnicos. El racismo puede presentarse de diversas maneras, desde actitudes y comportamientos discriminatorios hasta la violencia física y el genocidio. Es un problema social y cultural que afecta a muchas sociedades a nivel mundial.
- Discriminación por discapacidad: situación en la que las personas con discapacidad son tratadas de manera desigual o injusta en la sociedad debido a sus limitaciones físicas, mentales o sensoriales. Esta forma de discriminación puede manifestarse de diferentes maneras, como la falta de acceso a la educación, oportunidades, los servicios médicos, medios de transporte y otras formas de participación en la vida social. También puede incluir la exclusión social y la marginación, así como actitudes y estereotipos negativos hacia las personas que presentan esta condición.
- Discriminación por orientación sexual: se basa en la orientación sexual o identidad de género de una persona. Esto incluye actitudes y acciones discriminatorias hacia las personas de la comunidad LGBTQ+. Puede manifestarse desde actitudes y conductas de desigualdad hasta la violencia física y la exclusión social. Puede ser evidente en diferentes ámbitos, como en el trabajo, la educación, servicios de salud y la vida diaria.
- Discriminación por religión: es una forma de discriminación que se basa en la afiliación religiosa de una persona. Implica la exclusión o el trato desfavorable hacia individuos o grupos por su religión o creencias

relacionadas a la religión. Puede manifestarse como negación de oportunidades laborales, servicios públicos, la violencia o acoso.

Diariamente, grupos de personas son víctimas de este fenómeno debido a sus características físicas o estilo de vida. Los resultados de esta conducta son perjudiciales y conllevan a la privación de derechos y desigualdades para obtenerlos, lo que puede llevar al aislamiento, la violencia y en casos extremos, privación de la vida (50). Por lo que es fundamental el estudio de la discriminación en personas migrantes, debido a que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

1.3.2.1 Discriminación en personas migrantes

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha señalado que la discriminación y el racismo son una de las principales barreras para la integración de las personas migrantes en las sociedades de acogida. Según un informe de la OIM de 2019, el 33% de los migrantes encuestados dijeron haber experimentado discriminación en el último año en el país donde residían. Además, el 42% de los migrantes dijo que la discriminación había aumentado en los últimos cinco años. Por tanto, se asume que esta conducta es un problema generalizado y creciente para las personas migrantes en distintas partes del mundo (41).

En México, según una encuesta realizada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en 2017, el 68% de los migrantes centroamericanos informaron haber sufrido discriminación durante su tránsito por México hacia Estados Unidos. El informe del CONAPRED también reveló que el 25% de los mexicanos encuestados dijo que no rentaría una habitación en su casa a una persona migrante debido a su nacionalidad, y el 30% dijo que no permitiría que un migrante trabajara en su casa (51)

Uno de los principales factores reportados que impacta tanto en la salud como el bienestar de la población migrante es la discriminación (52). Las revisiones sobre discriminación y salud han documentado asociaciones consistentes entre

las experiencias auto informadas de discriminación y una variedad de indicadores de salud mental y bienestar (52–56).

La discriminación ha sido conceptualizada como un estresor que consiste en el trato diferenciado o la negación de oportunidades basado en la pertenencia a un grupo, y puede llegar a constituir una amenaza para el desarrollo de las capacidades y proyectos de los inmigrantes, cuando las acciones discriminatorias obstaculizan el acceso a condiciones mínimas para la vida (57).

Algunas áreas que se ven afectadas por esta práctica son:

- Salud mental: Las personas migrantes que sufren discriminación presentar mayor riesgo de experimentar altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos.
- La discriminación puede dificultar el acceso de las personas migrantes a la atención médica y otros servicios de salud.
- Integración social: la integración de las personas migrantes puede verse afectada en la sociedad de acogida, lo que puede llevar al aislamiento y la exclusión social.
- La discriminación influir en el acceso a las oportunidades de trabajo, desarrollo profesional y educativo de esta población. (58–61)

Es importante destacar que las personas migrantes y refugiadas tienen una mayor probabilidad de ser objeto de discriminación debido a la presencia de creencias erróneas relacionadas con el miedo o el rechazo hacia las diferencias culturales, religiosas, físicas y sociales, así como estereotipos y prejuicios previamente establecidos sobre este grupo de población. La relevancia de estudiar este fenómeno específicamente en población en situación de migración es crucial para analizar y comprender sus causas, consecuencias y poder implementar políticas y medidas para prevenirla y erradicarla. Además, es fundamental promover una cultura de respeto y tolerancia hacia la diversidad y los derechos humanos, y fomentar la inclusión de todas las personas sin importar su origen o condición migratoria.

1.3.3 Percepción de salud general

El concepto de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (62). El término no sólo da cuenta de la falta de un padecimiento o afección, sino que se refiere a un estado integral del individuo. Además, destaca que el derecho a disfrutar del mejor estado de salud posible es un derecho fundamental para todas las personas, independientemente de su raza, religión, ideología política, situación económica o social (63).

El concepto de salud general abarca cuatro áreas distintas: la física, que se relaciona con el adecuado funcionamiento del cuerpo a nivel fisiológico; la mental, que se refiere a la forma en que interactuamos en nuestra vida diaria y gestionamos nuestras relaciones interpersonales en distintos entornos; la emocional, que se enfoca en el manejo consciente de nuestros sentimientos, pensamientos y acciones; y la espiritual, que incluye la reflexión en torno a nuestras creencias (64).

Se puede afirmar que la percepción de una persona es subjetiva, temporal y selectiva. Es subjetiva, porque cada individuo tiene una reacción diferente ante un mismo estímulo; selectiva ya que no es posible percibir todo a la vez y se enfoca en lo que se siente o se desea en ese momento, y temporal porque es un fenómeno a corto término (65). De esta manera, la percepción de la salud es un indicador importante en la evaluación de la salud de la población, ya que proporciona una primera aproximación de la calidad de vida percibida de cada individuo. Los parámetros sociales para evaluar la salud hacen alusión a como se relaciona un ser humano con otras personas y con las instituciones sociales. Los apoyos y las redes sociales son criterios clave para disminuir los niveles de estrés y la aparición de enfermedades tanto físicas como mentales. La medición del estado de salud no sólo nos orienta a la forma de apreciación de su salud, sino que también ofrece un primer acercamiento hacia las razones por las cuales

los individuos perciben su salud de la manera en que lo hacen. Según Antonio Abellán, la autopercepción del estado de salud es un indicador sencillo y efectivo de la satisfacción con la vida, incluso más que el número de enfermedades diagnosticadas. Las personas con compromiso de su salud con una mala percepción suelen estar menos satisfechas con sus vidas que las que tienen una percepción más positiva (66).

Un estudio del Dr. Shervin Assari de la Universidad de Michigan indica que la autopercepción de la salud no es uniforme. En la mayoría de los países, las personas de bajos ingresos, personas sin pareja y mujeres tienen una percepción menos positiva de su salud en comparación con otros grupos. El investigador sugiere que esto puede estar influenciado por factores culturales de cada país. El estudio analizó información de más de 44,000 individuos de 15 países de América del Norte, América del Sur, Asia y África, explorando la compleja relación entre datos sociodemográficos, económicos, padecimientos médicos y percepción de la salud. Los resultados sugieren que la autopercepción de la salud puede verse afectada por factores como la condición financiera, el género, el estado civil, y deterioro de salud, lo que es importante ya que la percepción de la salud puede influir en la calidad de vida y la mortalidad de un individuo (67).

1.3.3.1 Percepción de salud en migrantes

La percepción de salud se define como la evaluación subjetiva que una persona hace de su estado de salud. Es decir, es la forma en que una persona se siente respecto a su propia salud. Esta percepción puede estar influenciada por diversos factores, como el contexto social, económico y cultural en el que se encuentra la persona (68). En el caso de las personas migrantes, la percepción de su salud estar influenciada por el proceso migratorio y la adaptación a un nuevo entorno.

La salud de las personas migrantes se ha convertido en un tema de gran interés para la salud pública, ya que este grupo poblacional puede estar expuesto a diversos determinantes de riesgo que afectan su bienestar, como la

discriminación, la pobreza, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de apoyo social (69) Estudios han demostrado que las personas migrantes tienen peor salud que la población autóctona del país de destino (70,71).

En el caso de Europa, la Encuesta Europea de Salud (EEH) realizada en 2019 reveló que el 68% de las personas migrantes reportaron una buena salud, mientras que el porcentaje para la población autóctona fue del 75% (72). Además, el estudio también encontró que las personas en situación migratoria tenían una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, en comparación con la población originaria del lugar.

Es importante destacar que el estado de salud percibido en las personas migrantes puede variar según su estatus migratorio. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que las personas inmigrantes indocumentadas tenían una percepción de su salud más baja que las personas migrantes con estatus legal (73). Esto puede estar relacionado con el miedo a la deportación, la falta de acceso a servicios de salud y la inseguridad económica que enfrentan las personas sin documentación válida.

Además, la percepción de salud puede estar influenciada por el contexto migratorio. Un estudio realizado en España encontró que las personas migrantes que habían llegado recientemente al país tenían una peor percepción de su salud que las personas migrantes que llevaban más tiempo residiendo en España (74). Lo cual se puede atribuir a la adaptación al nuevo entorno, la falta de apoyo social y la barrera del idioma.

Los migrantes también enfrentan barreras para acceder a servicios de salud de calidad debido a su situación económica, su situación migratoria irregular y la falta de conocimiento del sistema de salud del país de destino. Según un informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la mayoría de los migrantes no tienen seguro de salud y, en algunos casos, incluso si tienen seguro, no comprenden completamente cómo funciona el sistema del país de llegada. Esto puede llevar a una falta de acceso a la atención médica necesaria

y una percepción negativa de su salud. Otro obstáculo que encaran es la discriminación en el sistema de salud. Pueden enfrentar discriminación por motivos de raza, etnia, idioma o situación migratoria irregular, lo que puede afectar su confianza en los proveedores de salud y su percepción de la calidad de la asistencia sanitaria (41).

La falta de apoyo social también puede afectar la percepción de salud de las personas migrantes. Muchos experimentan una sensación de aislamiento debido a la separación de sus familias y comunidades de origen, y la falta de redes de apoyo social en el país de destino. Esta deficiencia ha sido vinculada a problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, lo que puede afectar la percepción de su salud general (75,76). Esto sugiere que la integración en la sociedad de acogida y la obtención de acceso a servicios de salud de calidad son importantes para mejorar este aspecto.

En conclusión, la percepción de salud de los migrantes puede estar influenciada por una serie de factores, incluyendo su situación económica, su situación migratoria, la discriminación en el sistema de salud y la falta de apoyo social. Es importante que se aborden estas barreras para mejorar la percepción de salud de los migrantes y garantizar que tengan acceso a servicios médicos. Así mismo, se deben tomar medidas para garantizar que los migrantes comprendan completamente cómo funciona el sistema de salud del país de destino y que se les brinde el apoyo social necesario para adaptarse a su nueva vida. Es primordial que los migrantes sean tratados con respeto y dignidad en el sistema de salud, independientemente de su situación migratoria, raza, etnia o idioma. La percepción de salud de los migrantes es importante, no solo para su calidad de vida, sino también para la salud pública en general.

1.3.4 Bienestar psicológico

El concepto de bienestar encuentra sus bases en dos corrientes filosóficas: la hedónica, que se define como la felicidad subjetiva basada en la experiencia (77), o la "evaluación que una persona hace de su propia vida en términos de la

prevalencia de sentimientos positivos sobre los negativos" (78) y la corriente eudaimónica, que se refiere a un sentido de expresión personal (79). Estos estados están asociados con las actividades que una persona lleva a cabo para lograr un sentimiento de bienestar y autorrealización.

Carol Ryff, una destacada investigadora en el campo del bienestar psicológico (BP), ha desarrollado un modelo multidimensional del BP basado en la corriente eudaimónica (80). Este modelo se compone de seis factores o dimensiones que son fundamentales para el bienestar (81): 1) autoaceptación, 2) relaciones positivas, 3) dominio del entorno, 4) autonomía, 5) propósito en la vida y 6) crecimiento personal (previamente descritas en el marco teórico). Ryff estableció estas dimensiones como elementos clave para comprender y promover el bienestar psicológico. Las cuales interactúan entre sí y contribuyen a un estado de bienestar global. En términos generales el bienestar psicológico se refiere al estado en el que una persona exhibe un funcionamiento óptimo, progresando en sus habilidades y experimentando un desarrollo personal que indica un ajuste psicológico. Este estado se caracteriza por la generación de emociones agradables, saludables y positivas. Se han identificado múltiples factores asociados al bienestar psicológico (82–88) :

- Se destacan los factores cognitivos, que implican el proceso de valoración como el pensamiento, la percepción, la memoria, la atención y la resolución de problemas, en el que se consideran no solo aspectos específicos de la vida, sino también los que integran la vida general del individuo.
- Factores afectivos, los cuales se refieren a la experiencia de las diferentes emociones que experimenta una persona a lo largo de su vida y la interacción entre ellas.
- Factores biológicos, que se refieren a las características heredadas genéticamente que pueden predisponer a una persona a padecer enfermedades de salud mental.

- Factores de la personalidad, que abarcan los rasgos conductuales y psicológicos de un individuo, los cuales influirán en su capacidad para enfrentar situaciones concretas.
- Otro factor relevante son las creencias personales, que constituyen la estructura mental en la cual una persona se reconoce a sí misma. Estas creencias proporcionan un sentido de bienestar frente a eventos específicos.
- Factores socioculturales, que se refieren al entorno social en el que una persona se encuentra, incluyendo su género, raza, nivel socioeconómico y su identificación con determinados grupos.

Así mismo se reconocen determinantes que influyen de forma negativa en el bienestar psicológico de las personas (82,89–92):

- Resaltan la importancia de la salud como un componente significativo en el BP, ya que los impactos físicos, como el estrés postraumático, pueden generar insatisfacción en el individuo.
- La falta de estrategias de afrontamiento y una evaluación inadecuada del desarrollo personal. Esto puede desencadenar una mínima aceptación de situaciones adversas, lo cual desequilibra el bienestar psicológico de la persona.
- Los estilos y hábitos de vida inadecuados, las creencias religiosas, la falta de habilidades sociales, la influencia de las relaciones interpersonales y la personalidad pueden generar cambios tanto psicológicos como sociales y físicos.

- El sedentarismo, lo cual puede llevar a pensamientos depresivos y preocupaciones diarias, perjudicando la salud y la calidad de vida de las personas.
- Asimismo, las personas que experimentan ansiedad y depresión a menudo tienen dificultades para reconocer sus propias habilidades y destrezas, lo que les impide realizar sus actividades diarias de manera satisfactoria.

El bienestar psicológico es un aspecto crucial de la vida de las personas y ha ganado mayor atención en los últimos años. Comprender sus dimensiones, factores influyentes y prácticas promotoras nos permite tomar medidas para mejorar la salud mental, la plenitud y satisfacción vital. La manera en que se perciben estas dimensiones puede tener un efecto significativo en el bienestar psicológico de los individuos que son inmigrantes, influyendo en su capacidad para desarrollar todo su potencial personal y alcanzar sus metas vitales. La discriminación, puede influir en una disminución en el sentido de control sobre sus propias vidas y en la autoestima, lo cual puede resultar en un deterioro en el funcionamiento tanto a nivel individual como social (93).

1.3.4.1 Bienestar psicológico en personas migrantes

La experiencia de la migración puede generar diversos desafíos y tensiones emocionales para los individuos involucrados en ella. El bienestar psicológico de las personas migrantes se convierte así en un aspecto crucial a considerar en el estudio de esta población.

El bienestar psicológico, la salud mental y emocional de personas en situación de migración se ve influenciado por una serie de factores que pueden variar según las circunstancias individuales y contextuales. Algunos de los principales elementos que pueden afectar son (94–97):

- Factores migratorios: La experiencia misma de la migración, incluyendo el proceso de dejar el hogar, enfrentar desafíos de adaptación en el país de destino, la separación de la familia y la pérdida de redes de apoyo puede generar estrés y ansiedad significativos. Además, los factores relacionados con el estatus migratorio, como la inseguridad legal o la discriminación, también pueden tener un impacto negativo.
- Factores socioeconómicos: la falta de empleo, la precariedad laboral, la pobreza o la desigualdad, pueden generar preocupaciones y tensiones adicionales para los migrantes. La falta de recursos económicos y sociales adecuados puede limitar su capacidad para satisfacer sus necesidades básicas y acceder a servicios de salud mental.
- Factores culturales y sociales: Los migrantes a menudo se enfrentan a desafíos relacionados con la adaptación a nuevas culturas, normas y valores. La discriminación, el racismo y la xenofobia pueden afectar negativamente la identidad y autoestima de los migrantes, así como su sentido de pertenencia y conexión social. Además, el apoyo social y las redes de apoyo pueden desempeñar un papel fundamental en el bienestar psicológico de los migrantes, brindando un sentido de comunidad y ayudando a mitigar el impacto de las dificultades.
- Factores familiares y de relaciones interpersonales: La separación de la familia, el distanciamiento de seres queridos y la pérdida de soporte familiar pueden generar sentimientos de soledad y aislamiento en los migrantes. Las dinámicas familiares y las relaciones interpersonales desempeñan un papel crucial, ya que pueden actuar como fuente de apoyo emocional o, por el contrario, generar conflictos y tensiones adicionales.

Los factores migratorios, socioeconómicos, culturales y familiares pueden tener un impacto significativo en su bienestar mental y emocional. Es fundamental adoptar enfoques comprensivos, sensibles y basados en evidencias que aborden las necesidades específicas de esta población. Garantizar el acceso a servicios de salud mental, fomentar el apoyo intercultural y la integración social, y luchar contra la discriminación son acciones clave para promover una mejora en su bienestar psicológico.

1.3.5 Estrategias de afrontamiento

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa tuvo sus inicios con Freud y posteriormente fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, se consideraba que el afrontamiento estaba subordinado a la defensa y que los estresores tenían principalmente un origen intrapsíquico (98).

En los años 60, los investigadores comenzaron a centrarse en el estudio del afrontamiento del estrés, lo cual generó una amplia literatura al respecto. Se reconoció la importancia de comprender cómo las personas marginadas enfrentan los desafíos del crecimiento, que incluyen cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos roles en las relaciones y el desafío de la inclusión social, académica y laboral, entre otros (99).

Los aportes de Lazarus son los más destacados en el estudio del afrontamiento y marcaron un importante avance teórico en la Psicología (35). Su modelo transaccional del afrontamiento ha sido ampliamente aceptado y ha generado numerosos trabajos y estudios que analizan cómo las personas enfrentan las dificultades y situaciones estresantes en sus vidas (29) .

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el individuo hace de dichas situaciones. El modelo de valoración cognitiva ha sido especialmente relevante en este sentido (100).

Según Lazarus y Folkman, el afrontamiento está mediado por el proceso de valoración cognitiva que realiza la persona. Esta valoración implica considerar las consecuencias de la situación (valoración primaria) y evaluar si la situación representa una amenaza o un desafío, así como los recursos disponibles para hacer frente a ella (valoración secundaria). El afrontamiento se activa cuando la situación se percibe como amenazante. Estos mismos autores definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que una persona realiza para hacer frente a demandas específicas que se perciben como superiores a sus recursos individuales. El afrontamiento es un proceso adaptativo en el que la interacción entre el individuo y su entorno es fundamental, y las estrategias de afrontamiento varían según el tipo de problema que se deba resolver (28).

El afrontamiento se entiende como el esfuerzo para reducir o mitigar los efectos negativos del estrés, ya sea a través de estrategias psicológicas o conductuales. Existen estilos de afrontamiento que reflejan las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, así como estrategias de afrontamiento concretas que se utilizan en cada contexto y que pueden variar dependiendo de las condiciones (101).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las inadaptativas solo alivian el estrés a corto plazo, pero pueden tener efectos negativos en la salud a largo plazo (102).

Es importante distinguir entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Los estilos se refieren a las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son relativamente estables, mientras que las estrategias son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según las condiciones. Los estilos de afrontamiento influyen en las preferencias individuales en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento (103,104).

En relación con las estrategias de afrontamiento, su definición conceptual ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera. (105,106).

Se podría decir que las estrategias utilizadas dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Existen diversas medidas de afrontamiento utilizadas en la investigación, como el Ways of Coping de Lazarus y Folkman (107), el Multidimensional Coping Inventory de Endler y Parker (108) y el Inventario COPE de Carver, Scheier y Weintraub, (109), entre otros.

Siguiendo el modelo teórico del estrés de Lazarus, el COPE se propuso como una alternativa más precisa y amplia en la evaluación de las estrategias de afrontamiento, incluyendo áreas que no estaban presentes en instrumentos anteriores. En su forma final, el instrumento consta de 60 ítems y 15 escalas. Estas escalas se basan en discusiones teóricas específicas sobre la funcionalidad, o potencialmente menos funcionalidad, de las estrategias de afrontamiento.

Posteriormente, Carver (1997) presenta una versión abreviada del COPE anterior, conocida como Brief COPE, que se utiliza en investigaciones relacionadas con la salud. El cual consta de 14 subescalas, cada una con dos ítems:

1. Afrontamiento activo: Tomar medidas directas y aumentar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el factor estresante.
2. Planificación: Reflexionar sobre cómo afrontar el factor estresante, desarrollar estrategias de acción, determinar los pasos a seguir y la dirección de los esfuerzos.
3. Apoyo instrumental: Buscar ayuda, consejo o información de personas competentes en el tema para enfrentar el factor estresante.
4. Uso de apoyo emocional: Obtener apoyo emocional en forma de comprensión y simpatía.
5. Auto distracción: Centrarse en otros proyectos o actividades para distraerse del factor estresante.
6. Desahogo: Aumentar la conciencia del malestar emocional y expresar o liberar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para lidiar con el factor estresante, incluso renunciando a alcanzar metas que se ven afectadas por este.
8. Reinterpretación positiva: Buscar aspectos positivos del problema y tratar de mejorar o crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Reconocer y aceptar la realidad de lo que está sucediendo.
11. Religión: Recurrir a la religión en momentos de estrés y aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Recurrir al consumo de alcohol u otras sustancias para sentirse mejor o sobrellevar el factor estresante.
13. Humor: Utilizar el humor para bromear sobre el factor estresante o reírse de las situaciones estresantes.
14. Autoinculpación: Criticarse y culparse a uno mismo por lo ocurrido.

El afrontamiento efectivo no se basa únicamente en el éxito en la resolución de una situación, sino en la capacidad del individuo para tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no puede controlar. El afrontamiento implica

acciones cognitivas y afectivas que buscan restaurar el equilibrio o suprimir la perturbación causada por una preocupación específica (110,111).

Las estrategias de afrontamiento son herramientas importantes para que las personas migrantes superen los desafíos y dificultades asociados con la migración. Al utilizar estas estrategias, las personas migrantes pueden fortalecer su resiliencia, mejorar su bienestar emocional y adaptarse de manera más efectiva a su nuevo entorno.

Cada individuo migrante tendrá necesidades y circunstancias únicas, por lo que es importante adaptar estas estrategias a sus situaciones específicas. Al buscar apoyo y utilizar estrategias de afrontamiento efectivas, las personas migrantes pueden enfrentar los desafíos de forma más positiva y disminuir el impacto negativo en su bienestar integral.

1.4 Estudios relacionados

Un estudio llevado a cabo en Santiago de Chile investigó la discriminación experimentada por los migrantes peruanos establecidos en la ciudad, tanto a nivel grupal como personal, y su vínculo con las estrategias de afrontamiento y la salud mental. Mediante un método de muestreo en bola de nieve, participaron 355 inmigrantes peruanos de edades comprendidas entre los 18 y los 58 años, residentes en Santiago, quienes respondieron a una serie de pruebas sobre la discriminación percibida a nivel personal y grupal, las respuestas de afrontamiento y la sintomatología clínica. Los resultados revelaron una mayor percepción de discriminación a nivel grupal en comparación con la personal. Se encontró que la percepción de discriminación personal se asociaba con mayores índices de depresión ($r = .15$; $p < .01$), especialmente en las mujeres ($r = .18$; $p < .01$). En cuanto a los indicadores, los resultados indicaron que la experiencia de comportamientos hostiles se relacionaba con sensibilidad ($r = .15$; $p < .01$) y depresión ($r = .20$; $p < .01$). La relación entre hostilidad y sensibilidad se observó principalmente en las mujeres ($r = .22$; $p < .01$), mientras que la relación entre

hostilidad y depresión se presentó en ambos sexos por igual ($r = .19$; $p = .03$ para hombres y $r = .24$; $p < .01$ para mujeres). Aquellas personas que se sienten discriminadas tienden a utilizar estrategias de evitación cognitiva en mayor medida, las cuales no mostraron relación con la sintomatología. Se observó una relación positiva entre la evitación cognitiva y la sensibilidad ($r = .42$; $p = .03$) y la depresión ($r = .45$; $p = .01$), así como entre la evitación conductual y la ansiedad ($r = .37$; $p = .04$). En conclusión, se determinó que el uso de estas estrategias podría desempeñar un papel protector frente a los efectos de la discriminación personal percibida (112).

En el año 2020 se realizó una investigación que examinó el papel del sentido de comunidad (SOC) como factor protector frente a la percepción de discriminación y sus efectos negativos. Se verificó un modelo teórico que planteaba que la discriminación predice tres indicadores de bienestar psicosocial: malestar psicológico, satisfacción con la vida y sentimientos de exclusión social. Además, el modelo teórico también consideró la hipótesis de que el SOC tiene un papel moderador en el efecto de la discriminación percibida en relación con los indicadores mencionados. La muestra del estudio estuvo compuesta por 1714 inmigrantes de Europa del Este, África y América Latina que residían en Málaga, España. Los datos se recopilaron utilizando un método de muestreo de ruta aleatoria y una encuesta como herramienta metodológica. Mediante análisis de regresión múltiple, se confirmó el modelo teórico propuesto: el SOC reduce los efectos negativos de la discriminación percibida en términos de malestar psicológico, satisfacción con la vida y sentimientos de exclusión social. En consecuencia, los migrantes con un mayor SOC experimentaron menos consecuencias negativas en comparación con aquellos con un SOC más bajo, quienes experimentaron mayores efectos negativos en estas variables. Estos resultados resaltan la importancia de que los migrantes reconstruyan sus redes sociales en el país de acogida y desarrollen un sólido sentido de comunidad. Además, se concluyó que es fundamental implementar intervenciones que fomenten interacciones positivas entre la población autóctona y los migrantes (113).

En Charleston, Carolina del Sur se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre las causas del estrés percibido y los mecanismos de afrontamiento utilizados por adultos latinos con estrés percibido. El cuestionario se aplicó de forma transversal, en una muestra por conveniencia de 200 adultos latinos (edad ≥ 18 años). Fueron reclutados de clínicas, campamentos de migrantes, eventos comunitarios e iglesias ubicadas en Esta encuesta incluía preguntas sobre las causas del estrés percibido, el estrés percibido (Escala de estrés percibido 10), los mecanismos de afrontamiento (COPE breve) y la depresión (Perceived Health Scale 10). La mayoría (92%) de la muestra nació fuera de los Estados Unidos, y el 66% reportó estrés percibido alto. Los factores estresantes asociados con un alto nivel de estrés percibido incluyeron discriminación ($p = 0,0010$), falta de seguro ($p = 0,0193$), problemas de salud ($p = 0,0058$) y falta de dinero ($p = 0,0015$). Los mecanismos de afrontamiento más utilizados fueron la autodistracción (54,77 %), el afrontamiento activo (69,85 %), la Reinterpretación positiva (56,78 %), la planificación (63,82 %), la aceptación (57,87 %) y la religión (57,79 %). Los latinos con mayor estrés percibido fueron más propensos a reportar discriminación (OR: 3.401; IC 95% 1.285-9.004) y problemas de salud (OR: 2.782; IC 95% 1.088-7.111) como factores estresantes, y usar la negación como mecanismo de afrontamiento (OR: 2,904; IC 95% 1,280-6,589). Se concluyó que una mayor prevalencia de estrés percibido entre los latinos evaluados en este estudio se asoció con el uso de la negación como mecanismo de afrontamiento y la discriminación y los problemas de salud como fuentes de estrés percibido. La mayoría de las personas respondieron a los factores estresantes utilizando una variedad de mecanismos de afrontamiento tanto adaptativos como desadaptativos (114).

Una investigación realizada en 211 estudiantes universitarias latinas en colegios de Estados Unidos, examinó los vínculos entre la discriminación percibida, las creencias sobre el rol de género en el marianismo, la socialización racial y étnica, las estrategias de afrontamiento (compromiso versus evitación) y los resultados de salud mental. Los resultados de los análisis mostraron que la discriminación percibida se relacionó positivamente con los pilares del familismo

y el marianismo espiritual y las estrategias de afrontamiento del compromiso. La discriminación percibida, las estrategias de afrontamiento de evitación y las actitudes de marianismo de autosilenciamiento se vincularon negativamente con la salud mental. En general, estos hallazgos resaltan las formas complejas en que las estrategias de afrontamiento se vinculan con la socialización étnica y de género y se relacionan con la discriminación percibida y los resultados de salud mental (115).

Una investigación realizada en colegios pertenecientes a Estados Unidos analizó el vínculo entre las microagresiones raciales y étnicas y la angustia psicológica en 308 estudiantes universitarios asiático-americanos ($n = 164$) y latinoamericanos ($n = 144$) (54% mujeres). Además, se examinaron las estrategias de afrontamiento (compromiso y desvinculación) como mediadores potenciales en este vínculo. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) de la Escala de Microagresiones Racial-Étnicas (REMS) para probar la estructura factorial con una población adulta emergente asiático-estadounidense y latinoamericana (de 18 a 26 años). Luego se realizó un análisis de ruta multigrupo del modelo analítico para examinar las relaciones hipotéticas entre las microagresiones raciales y étnicas, las estrategias de afrontamiento y la angustia psicológica entre los participantes asiático-americanos y latinoamericanos. Los hallazgos del análisis indicaron que, entre la muestra total, las microagresiones raciales y étnicas estaban directamente relacionadas con una mayor angustia psicológica. Además, las estrategias de afrontamiento de compromiso mediaron parcialmente esta relación y se vincularon con menos angustia psicológica (116).

Un artículo científico describe una investigación transversal que tuvo como objetivo evaluar si la discriminación étnica autoinformada en el lugar de trabajo estaba asociada con el bienestar entre los brasileños con ascendencia japonesa que habían migrado a Japón. Además, se estudiaron las interacciones entre la discriminación y la educación sobre el bienestar. Se obtuvieron datos de una encuesta de trabajadores brasileños-japoneses ($n = 313$) realizada en 2000 y 2001. Los resultados fueron síntomas psicológicos y de salud autoevaluados

medidos por el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) puntuación y una lista de verificación de síntomas somáticos. Los principales resultados fueron que la discriminación étnica se asoció con un mayor riesgo de síntomas psicológicos y de salud autoevaluados deficientes (puntuación GHQ-12), después de controlar la carga de trabajo autoevaluada, las relaciones de apoyo en el trabajo, las condiciones de trabajo físicamente peligrosas, los peligros ambientales en el lugar de trabajo, trabajo por turnos, número de horas de trabajo, edad, sexo, estado civil, ingresos, educación, linaje japonés, duración de la residencia y dominio del idioma japonés. Además, la relación entre la discriminación y la salud autoevaluada y los síntomas somáticos fue más sólida para aquellos con menos educación. La discriminación étnica parece tener asociación con la morbilidad entre los inmigrantes brasileños japoneses (117).

Se publicó un estudio en el 2016 hecho en las mujeres latinas en familias de trabajadores agrícolas que viven en el sur de los Estados Unidos, donde los inmigrantes latinos son recién llegados. Este estudio examinó los correlatos interpersonales (conflicto familiar, orientación hacia el exterior de la familia y discriminación percibida) y los correlatos sociales (movilidad residencial e inseguridad económica) de los síntomas depresivos y de alcanzar un umbral de síntomas depresivos que podrían ser clínicamente significativos (un punto de corte de 10 o superior en una escala corta del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión). Los datos se recopilaron del 19 de abril de 2011 al 20 de abril de 2012 como parte de Niños Sanos, un estudio prospectivo de mujeres y niños latinos (N = 248). Los modelos de regresión mostraron que la exposición al conflicto familiar, la discriminación percibida y la inseguridad económica se asociaron con más síntomas depresivos. Asimismo, la discriminación percibida y la inseguridad económica se asociaron con un umbral de síntomas depresivos que podrían ser clínicamente significativos, más allá del conflicto familiar. Los hallazgos sugirieron que las políticas que disminuyen la discriminación de los trabajadores agrícolas y sus familias y reducen la inseguridad económica, así como las intervenciones que apoyan el funcionamiento familiar positivo, podrían ser beneficiosas para la salud mental de

las latinas en familias de trabajadores agrícolas que viven en nuevos destinos de inmigrantes (118).

Se realizó un estudio transversal basado en la comunidad en seis distritos de Nepal entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Se entrevistó a un total de 751 participantes que habían trabajado al menos seis meses en India y regresaron a Nepal de 24 grupos seleccionados al azar. Se utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ)-12 para medir la morbilidad psicológica. Los datos se analizaron mediante el análisis de regresión de Poisson. El objetivo fue evaluar la prevalencia y los factores asociados con la morbilidad psicológica entre los migrantes nepalíes a su regreso de la India. La mayoría era menor de 35 años (64,1 %), del sexo masculino (96,7 %), casado (81,8 %), tenía al menos educación primaria (66,6 %) y pertenecía a dalit, janajati y minorías religiosas (53,7 %). La prevalencia de morbilidad psicológica fue del 13,5% (IC: 11,2-16,1%). Participantes de 45 años o más (razón de prevalencia ajustada (aPR) = 2,74), de Terai (aPR = 3,29), una minoría religiosa (aPR = 3,64), que no recibió licencia por enfermedad (aPR = 2,4), con problemas de salud existentes (aPR = 2,0) y que tenían dificultades para acceder a la atención médica (aPR = 1,88) tenían más probabilidades que otros de presentar una morbilidad psicológica. Este estudio demostró que la morbilidad psicológica fue prevalente en los participantes del estudio y varió significativamente con las características individuales, las condiciones de trabajo y la salud. Y se recomendaron enfoques multifacéticos que incluyan el asesoramiento psicológico para los retornados y la protección de los derechos laborales y de salud en el lugar de trabajo para ayudar a reducir la morbilidad psicológica (119).

Una investigación realizada entre 2015-2016 tuvo como propósito determinar cómo el estado civil y ciertas estructuras familiares posteriores a la migración se asocian con el riesgo de enfermedad mental entre los refugiados de habla árabe recién llegados a Suecia. Se realizó un estudio transversal durante 2015 y 2016. La población de estudio se reclutó invitando a todos los refugiados adultos que participaron en el programa público obligatorio de apoyo a la integración. Todos

los refugiados que participaron habían recibido el estatus de refugiado. Un total de 681 de los participantes invitados devolvieron los cuestionarios GHQ-12, a través de los cuales se midió el riesgo de enfermedad mental y solo los refugiados de habla árabe ($N = 638$) se incluyeron en los análisis. Concluyeron que el estado civil per se no se asoció con riesgo de enfermedad mental. Sin embargo, para toda la muestra del estudio hubo un odds ratio estadísticamente significativo de 1,72 (IC del 95%: 1,03 a 2,86). Para los refugiados varones de habla árabe con un cónyuge o un hijo que se quedaron en el país de origen, hubo un aumento significativo en el límite del riesgo de enfermedad mental, razón de probabilidad = 1,87 (IC del 95 %: 0,99-3,56). El riesgo para las mujeres refugiadas de habla árabe no fue significativo, razón de probabilidad = 1,35 (IC del 95 %: 0,55-3,33). Los refugiados de habla árabe que fueron separados de sus familiares informaron un mayor riesgo de enfermedad mental después de llegar al país de acogida. Las acciones para facilitar la reunificación familiar después de llegar como refugiado (en Suecia) parecen ser un factor importante para promover la salud mental entre los refugiados (120).

En base a los resultados de los artículos previos se sustenta nuestra hipótesis de que existe una relación entre la discriminación percibida, percepción de salud general, bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en personas migrantes del estado de Nuevo León. La discriminación vivida puede tener un impacto negativo en la salud general y el bienestar psicológico de las personas que experimentan el fenómeno migratorio. Además, se plantea que las estrategias de afrontamiento ya sean adaptativas o no adaptativas, utilizadas por estas personas, pueden influir o mediar en la forma en que perciben el trato desigual e injusto y cómo repercute en su condición física y mental.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuevo León se ha convertido en una región de tránsito constante de personas migrantes. Este grupo social se enfrenta a diversos factores que lo hacen propenso a que se transgreda su integridad física y psicológica.

La discriminación, la percepción del estado de salud general, el bienestar psicológico y como enfrentan estas situaciones surgen como temas de interés en este contexto.

La evidencia científica respecto a estas variables en México y Nuevo León es limitada. Por lo que, es pertinente realizar un análisis crítico sobre esta población en el estado.

El promedio anual del flujo migratorio en el periodo 2014-2017 fue de 335, 000 eventos en el país (121). Nuevo León representa el 12% de la atención a migrantes de toda la frontera Norte (122), pues muchos han abandonado el deseo de ir a Estados Unidos y han optado por quedarse en la Zona Metropolitana.

Nuestro estado, es la séptima entidad con mayor número de detenciones y la tercera en la frontera norte después de Tamaulipas y Coahuila. 95 % de las personas detenidas provienen de Centroamérica. De cada cien personas, 47 proceden de Honduras, 36 de Guatemala y 13 de El Salvador (123)

Según la Encuesta Salud y Migración OIM/FLACSO del año 2014, el 59.1% de las personas migrantes de origen centroamericano experimentaron estrés, tristeza, sentimientos de desesperanza, soledad, ansiedad o incluso depresión en su tránsito migratorio (124).

Los refugiados y los migrantes pueden presentar un mayor riesgo de afección a su salud debido a la falta de acceso a la atención sanitaria, la interrupción de la atención y las malas condiciones de vida durante el proceso de migración.

Los estudios sobre salud mental y migración sugieren una alta prevalencia de trastornos mentales en la población migrante, relacionado a los factores adversos a los que se enfrentan en su desplazamiento.

Toda esta situación implica repercusiones y retos para el país y el estado en los ámbitos demográficos, económicos, políticos y sociales. Sobre todo, la acción institucional frente a los derechos humanos y necesidades de salud de esta población. Por lo que nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es la relación que existe entre la discriminación, percepción de salud general y el bienestar psicológico con estrategias de afrontamiento de las personas migrantes de Nuevo León?

3. JUSTIFICACIÓN

La población migrante vive situaciones de riesgo y se encuentra expuesta a repercusiones importantes en la percepción de su salud física y bienestar psicológico (125–127). Dichas situaciones tienen una relación directa con la vulnerabilidad, transgresión a sus derechos humanos, discriminación, estrés, falta de protección y poco acceso a los servicios de salud, y también se ven influenciadas de forma considerable de su estatus legal y las leyes del país al que arriban (128) .

Algunos de los aspectos que no han sido abordados de forma suficiente en los estudios de personas migrantes en tránsito en el estado, es el impacto que tiene la discriminación y condiciones de riesgo en la percepción de salud, el bienestar psicológico y las estrategias que utilizan para afrontarlas y adaptarse a una sociedad. Por lo cual la presente investigación se centrará en el análisis de estos aspectos experimentados por personas migrantes en tránsito por Nuevo León, en relación con su salud psicofísica y de esta forma identificar las áreas de oportunidad para mejorar las condiciones de vida de este grupo social a través de programas enfocados a sus necesidades específicas.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

El 55% o más de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León han percibido al menos discriminación moderada.

El 40% o menos de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León presenta una buena percepción de salud general.

El 50% o menos de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León tienen un nivel de bienestar psicológico satisfecho.

Existe relación entre la discriminación percibida, percepción de salud general, bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre discriminación, percepción de salud general y bienestar psicológico con estrategias de afrontamiento en personas migrantes de Nuevo León.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar las experiencias de discriminación mediante la Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP).

Determinar la percepción de salud general a través del cuestionario de salud general GHQ-12.

Establecer el nivel de bienestar psicológico con la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A).

Determinar las estrategias de afrontamiento con el instrumento COPE-28.

Relacionar las experiencias subjetivas de discriminación, percepción de salud general y bienestar psicológico con las estrategias de afrontamiento.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio: Estudio transversal

4.2 Universo de estudio: Personas en situación de migración.

4.3 Población de estudio: Personas en situación de migración pertenecientes a albergues de Nuevo León.

4.4 Criterios de selección:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Personas en situación de migración de 18 años o más que se encuentren en el momento de la intervención y que haya firmado el consentimiento informado de manera voluntaria.
- Personas en situación de migración que sepan leer y escribir.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Personas en situación de migración que se encuentren bajo el efecto del alcohol o estupefacientes.
- Personas en situación de migración que tengan alteración en el estado de conciencia o déficit cognitivo.
- Personas en situación de migración que no sean hispanohablantes.

4.4.3 Criterios de Eliminación

- Personas en situación de migración que una vez firmado el consentimiento informado decidan no participar en la investigación.
- Personas en situación de migración que hayan dejado encuestas incompletas o incorrectamente contestadas.

4.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo con la hipótesis: El 50% o menos de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León tiene un nivel de bienestar psicológico alto. Se utilizó la fórmula para estimar una proporción en una población infinita, con un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%.

Tamaño de muestra mínima: $n=384$

$$n = \frac{(Z^2) P \times Q}{d^2}$$

$Z= 1.96$

$P= 0.50$

$Q= 0.50$

$D = 0.05$

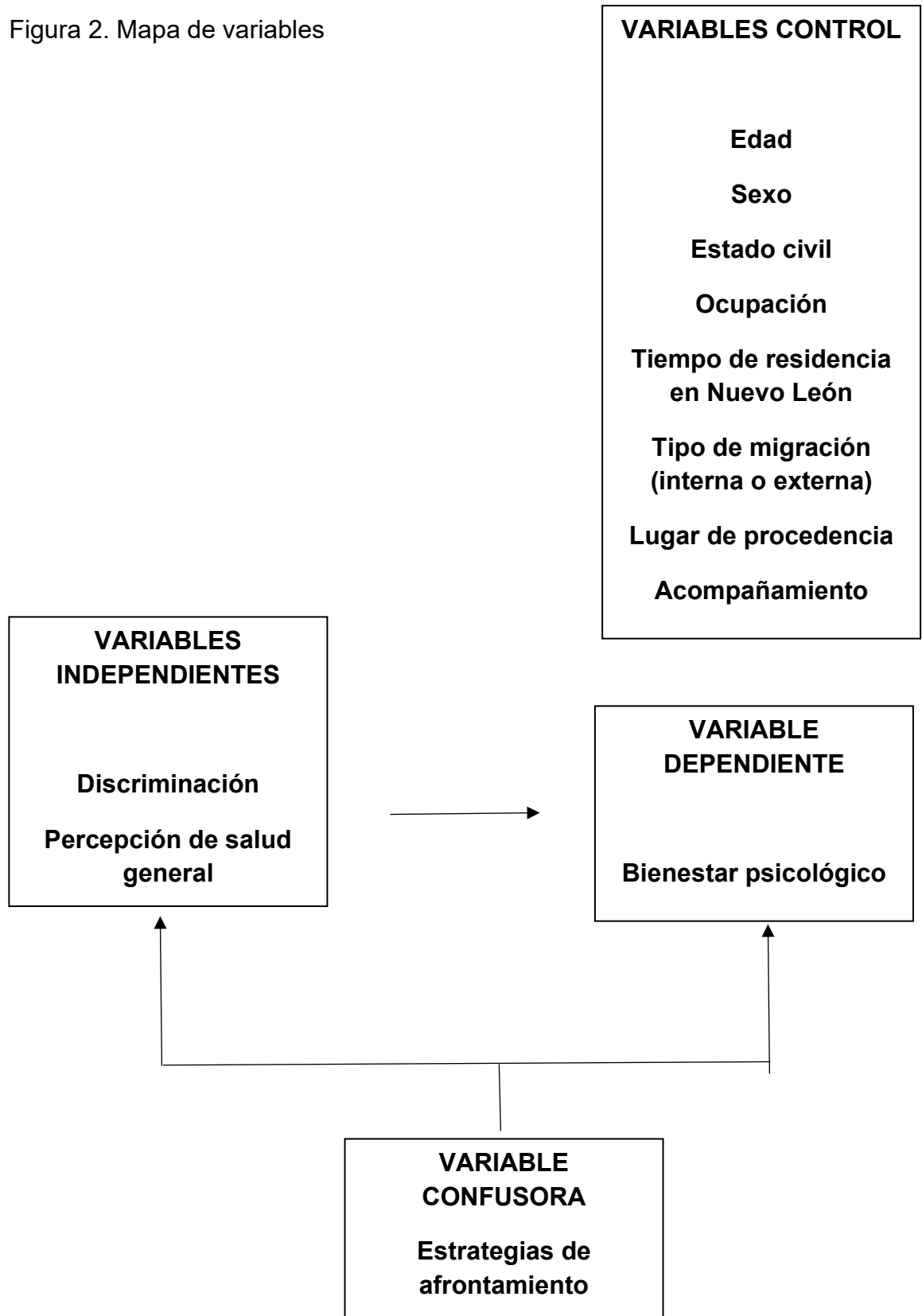
4.6. TÉCNICA MUESTRAL

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Se seleccionaron todas las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León, que cumplieron los criterios de selección al momento de la recolecta de datos.

4.7 VARIABLES

Figura 2. Mapa de variables



4.7.1 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Discriminación	Independiente	Trato desigual, desfavorable o de desprecio inmerecido hacia una persona o colectividad en función de características como la raza, la religión, la apariencia física, las creencias políticas, la edad, la discapacidad o la orientación sexual.	La Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP) mide la percepción de discriminación personal en individuos en función de su etnia, religión o nacionalidad. La escala consta de 12 ítems que evalúan diferentes situaciones que pueden generar sentimientos de discriminación. Cada ítem se puntúa en una escala de Likert de 4 puntos. 0. Nunca 1. Casi nunca 2. A veces 3. Siempre La puntuación total se calcula sumando los puntos de cada ítem, y puede oscilar entre 0 y 36 puntos, siendo un puntaje	Continua Ordinal

			mayor indicativo de una mayor percepción de discriminación. • Percepción baja: 0-12 puntos. • Percepción moderada: 13-24 puntos. • Percepción alta: 25-36 puntos.	
Percepción de salud general	Independiente	Evaluación subjetiva que hace una persona sobre su propio bienestar físico, mental, emocional y social.	El cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-12) está conformado por doce ítems. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de puntuación dicotómica. Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta: 0. Mucho más de los habitual 0. Bastante más de lo habitual 1. No más de lo habitual 1. No en lo absoluto.	Nominal

			Se invierten los ítems negativos (2,5,6,9,10 y 11) y se obtiene una puntuación entre 0 y 12 puntos, Un resultado de tres o más sugieren una percepción negativa de salud general.	
Bienestar psicológico	Dependiente	Percepción individual sobre la vida en términos de propósito y realización personal, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio ambiental y autoaceptación.	La versión abreviada de la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) consta de 13 ítems que evalúan las siguientes dimensiones del bienestar psicológico: Autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Los ítems se puntúan de 0 a 2 puntos: 0. Nunca o casi nunca 1. A veces	Continua Ordinal

			2. Frecuentemente o siempre La puntuación obtenida oscila entre los 0 y los 26 puntos. La suma de los ítems refleja el bienestar psicológico del individuo en un sentido directo; a mayor puntuación, mayor bienestar psicológico. A partir del puntaje total, el nivel de BP se interpreta: • Bienestar psicológico bajo: < percentil 50 • Bienestar psicológico medio: ≥ percentil 50 - 94 • Bienestar psicológico alto: ≥ percentil 95	
Estrategias de afrontamiento	Confusora	Métodos y técnicas que se utilizan para hacer frente a situaciones	El cuestionario COPE-28 consta de 28 ítems, dividido en 14 subescalas (dos ítems para cada una de ellas):	Nominal

		difíciles o que generen estrés.	1. Afrontamiento activo (2 y 10). 2. Planificación (6 y 26). 3. Apoyo instrumental (1 y 28). 4. Apoyo emocional (9 y 17). 5. Auto distracción (4 y 22). 6. Desahogo (14 y 23). 7.Desconexión conductual (11 y 25). 8.Reinterpretación positiva (14 y 18). 9. Negación (5 y 13). 10.Aceptación (3 y 21). 11.Religión (16 y 20). 12.Uso de sustancias (15 y 24). 13.Humor (7 y 19). 14.Autoinculpación (8 y 27).	
--	--	---------------------------------	--	--

			Se evalúa en una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta. 0. Nunca hago esto 1. De vez en cuando lo hago 2. Frecuentemente lo hago 3. Siempre lo hago La puntuación total de cada estrategia de afrontamiento se calcula sumando las puntuaciones de los dos ítems correspondientes. A mayor puntuación en cada modo de afrontamiento mayor utilización de esa estrategia. Se considera que las estrategias de afrontamiento más efectivas son las que se asocian con una mayor adaptación a situaciones	
--	--	--	---	--

			estresantes, como el afrontamiento activo, la planificación, la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y el autodistanciamiento. Por el contrario, se considera que las estrategias de afrontamiento menos efectivas son las que se asocian con una menor adaptación a situaciones estresantes, como la negación, la resignación, la autocrítica y la retirada social.	
Edad	Control	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos	Continua
Sexo	Control	Características biológicas, genéticas, hormonales y	1. Femenino 2. Masculino	Nominal

		físicas que definen al ser humano como hombre y mujer.		
Estado civil	Control	Estado o condición en que se encuentra una persona en cuanto a su relación conyugal o marital.	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) 5. Viudo (a)	Nominal
Ocupación	Control	Tipo de actividad laboral que realiza una persona.	1. Vendedor 2. Obrero 3. Empleo formal 4. Lavacoches 5. Otro 6. No trabajo actualmente 7. No aplica	Nominal
Tiempo de residencia	Control	Cantidad de tiempo que una persona ha vivido en un lugar específico.	Cantidad de días que ha vivido en: México, Nuevo León y en el albergue.	Continua
Tipo de migración	Control	Distancia que se recorre durante el proceso migratorio. Se distingue entre:	1. Migración interna 2. Migración externa	Nominal

		-Migración interna: movimiento de personas dentro de una misma región, estado o país. -Migración externa: implica que las personas se muden a un país diferente al de su origen.		
Lugar de origen	Control	Estado o país de procedencia de una persona.	1. Guatemala 2. Honduras 3. El Salvador 4. Haití 5. Nicaragua 6. Belice 7. Venezuela 8. México (especificar el estado) 9. Otro.	Nominal
Acompañamiento	Control	Presencia de acompañantes durante el trayecto migratorio.	1. Viaja solo 2. Pareja 3. Hijos 4. Padres 5. Hermanos 6. Amigos 7. Otro	Nominal

4.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En el Anexo A se encuentra el cuestionario conformado por los instrumentos de medición, el cuál fue hetero aplicado y diseñado para ser contestado tanto de manera presencial como en línea, estructurado en 5 secciones: datos sociodemográficos, discriminación, salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento

Las escalas que se utilizaron en este estudio fueron: La Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP), el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-12), la versión abreviada de la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) y el Cuestionario Breve de Afrontamiento al Estrés (COPE-28).

La Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP) fue desarrollada por Basabe, Zoblina y Páez en 2004 (129) como un instrumento para medir la percepción de discriminación personal en personas que pertenecen a grupos minoritarios. La escala consta de 12 ítems que miden la percepción de discriminación en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como el trabajo, el trato personal y servicios. Los participantes indicaron en qué medida han experimentado diferentes formas de discriminación en una escala de Likert de cuatro puntos que va desde "nunca" hasta "siempre". La puntuación total oscila entre 0 y 36, siendo una puntuación más alta indicativa de una mayor percepción de discriminación personal Alpha de Cronbach .80.

La EDPP ha sido utilizada en diversos estudios sobre la percepción de discriminación en diferentes grupos minoritarios, como inmigrantes, personas LGBT+ y personas pertenecientes a minorías étnicas. También se ha utilizado ampliamente en estudios de salud y bienestar, para examinar la relación entre la discriminación percibida y la salud mental y física, el acceso a servicios de atención médica y la calidad de vida en poblaciones diversas. La escala ha demostrado una buena fiabilidad y validez en estos contextos, lo que sugiere que

es una herramienta útil para la medición de la discriminación personal percibida en diferentes poblaciones.

El Cuestionario de Salud General GHQ-12 es una herramienta diseñada por Goldberg y Williams (1988) que busca evaluar la salud auto percibida y el estado de bienestar general de un individuo, incluyendo la presencia de estados emocionales y su capacidad para establecer y alcanzar metas y enfrentar dificultades en la vida. Este cuestionario consta de 12 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta, que van desde “mucho más de lo habitual” hasta “no en lo absoluto”. Las dos primeras opciones de respuesta se codifican como 0 y las dos siguientes como 1, se puede obtener una puntuación entre 0 y 12 puntos. Una puntuación mayor indica una mayor probabilidad de problemas de salud. Además, sugiere que una puntuación de tres o más se considera una percepción negativa de salud. Alpha de Cronbach .70 . (130,131).

La Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) es un instrumento de evaluación psicológica que consta de 13 ítems que miden distintas dimensiones del bienestar psicológico. Fue desarrollada por Díaz et al. en el año 2006 (132) como una adaptación al español de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff y está dirigida a adultos. La escala incluye ítems que evalúan aspectos como la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno, la realización personal y la búsqueda de significado en la vida. Cada ítem presenta una afirmación y el evaluado debe indicar el grado en que esa afirmación se aplica a él o ella, utilizando una escala tipo Likert de tres puntos que va desde "nunca o casi nunca" hasta "frecuentemente o siempre ". La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 26, siendo una puntuación más alta indicativa de un mayor bienestar psicológico. Además, la escala incluye una subescala de seis ítems que mide la satisfacción con la vida en general basados en el Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff. La BIEPS-A ha sido utilizada en diversos estudios para evaluar el bienestar psicológico en poblaciones adultas y ha demostrado tener una buena fiabilidad y validez psicométrica con Alpha de Cronbach de .69.

El cuestionario COPE-28 es una escala multidimensional que evalúa diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas ante situaciones estresantes. Fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub en 1989 y posteriormente revisado y ampliado por otros autores. La escala consta de 28 ítems que se dividen en 14 subescalas, cada una de ellas evaluando una estrategia de afrontamiento específica, tales como la planificación, la aceptación, la religiosidad, el apoyo social, entre otras. Los ítems se califican en una escala de cuatro puntos, desde "nunca lo hago" hasta "siempre lo hago". La escala total del COPE-28 es una medida global del afrontamiento, y se calcula sumando las puntuaciones de todas las subescalas. El cuestionario COPE-28 es ampliamente utilizado en investigación y práctica clínica para evaluar el afrontamiento de las personas ante situaciones estresantes en diferentes contextos, como el trabajo, la salud, la familia, entre otros. Es una herramienta útil para la identificación de estrategias de afrontamiento inadecuadas y para el diseño de intervenciones para mejorar el afrontamiento en personas que enfrentan situaciones estresantes, el Alpha de Cronbach es de .81 (133,134).

Tabla 1. Consistencia interna de los Instrumentos de medición

Escala	No. de ítems	Rango	Alpha de Cronbach
Escala de Discriminación Personal Percibida	12	0-12	0.808
Cuestionario de Salud General 12	12	0-12	0.708
Escala de Bienestar Psicológico en Adultos	13	0-26	0.691
Cuestionario COPE-28	28	0-6 en cada dimensión	0.813

4.9 PROCEDIMIENTOS

Para dar inicio al estudio, se solicitó la autorización para la aplicación de los cuestionarios (ANEXO A) con los directivos de los albergues seleccionados. Se presentó el proyecto de investigación, detallando sus objetivos, metodología y beneficios potenciales.

Tras obtener la aprobación y el apoyo de los directivos, se inició la recolecta de datos con la población migrante perteneciente a estas dependencias.

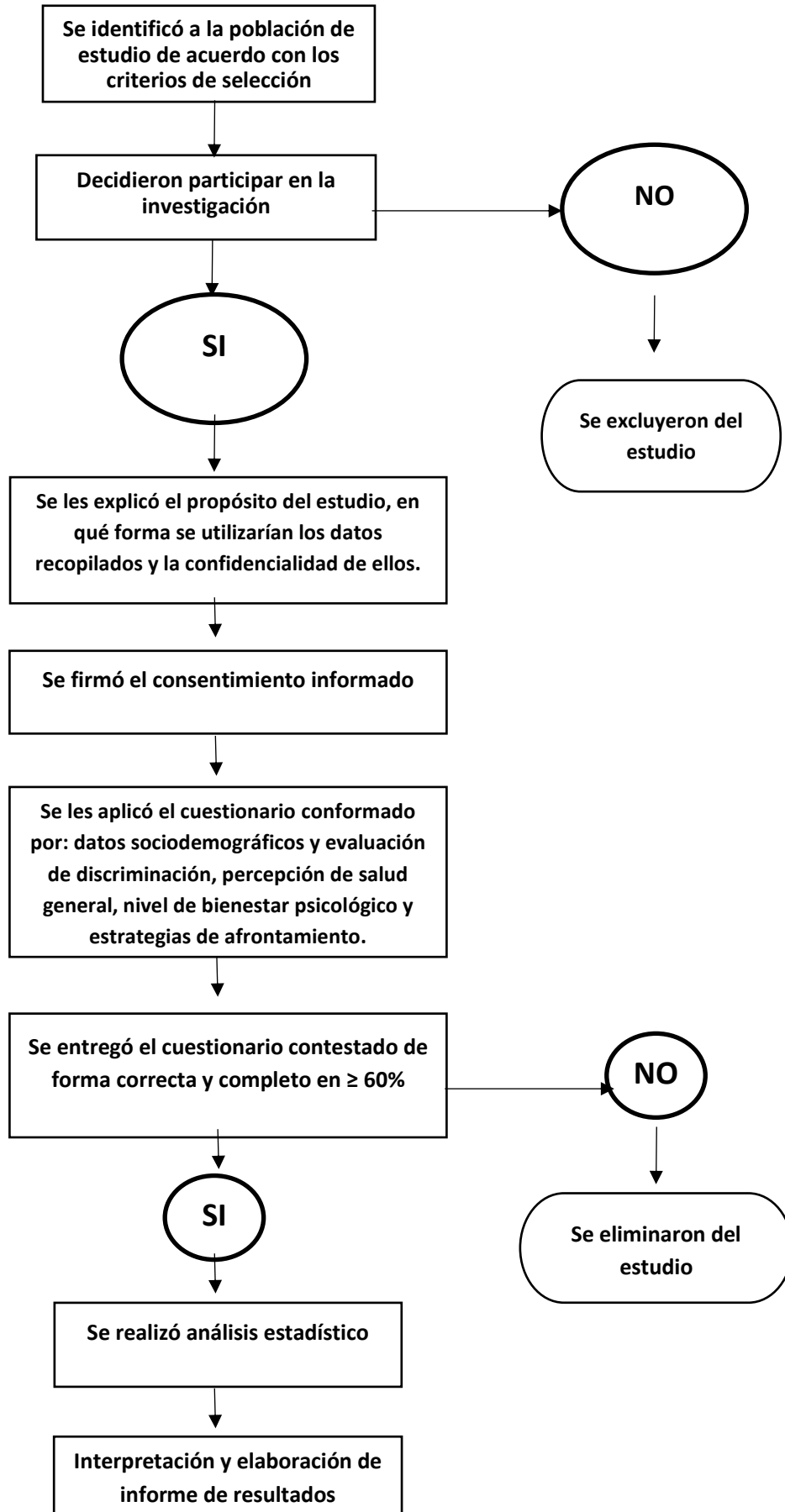
Para recopilar la información, se diseñó un cuestionario específico que abarcaba las siguientes áreas:

- Discriminación: Se indagó sobre las experiencias de discriminación percibida por los migrantes en diferentes contextos.
- Percepción de salud general: Se evaluó la autopercepción de los participantes sobre su estado de salud física y mental.
- Bienestar psicológico: Se midió el nivel de satisfacción con la vida y el funcionamiento mental positivo de los migrantes.
- Estrategias de afrontamiento: Se exploraron los mecanismos que utilizan los migrantes para enfrentar las dificultades y el estrés asociados al proceso migratorio.

Para garantizar la participación voluntaria e informada de los migrantes, se les entregó un consentimiento informado (ANEXO B). Este documento incluía información clara y comprensible sobre: los objetivos del estudio, los procedimientos de la investigación, riesgos y beneficios de la participación y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación del cuestionario a las personas migrantes en las instalaciones del albergue, y a su vez como retribución por su participación se les brindó asesoría médica y donaciones en especie de artículos higiene personal, ropa y alimentos.

4.9.1 Flujograma de procedimientos para la recolección de datos



4.10. PLAN DE ANÁLISIS

Se aplicó estadística descriptiva, frecuencias y proporciones de las variables categóricas, promedios y desviación estándar de las variables numéricas e intervalos de confianza de 95%. Además, chi cuadrada para establecer asociación entre variables de discriminación, percepción de salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento, se llevó a cabo una regresión lineal simple. Para el procesamiento de datos, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V.26.

4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (135) específicamente en su segundo título, en este estudio se priorizó la dignidad de los sujetos y protección de sus derechos y bienestar. Para garantizar esto, se obtuvo un consentimiento informado por escrito de los sujetos participantes, que aseguraba su anonimato, la libertad de retirar su consentimiento y la participación voluntaria en el estudio (Capítulo I, Artículo 14, fracción V; Artículo 20 y Artículo 21). Dado a que solo se utilizó un cuestionario para la recolección de datos, la investigación se considera de riesgo mínimo (Capítulo I, Artículo 17, fracción II).

Además, al tratarse de personas que se encuentran en situación de migración, se siguieron las normas establecidas en el capítulo V, Artículo 57 y Artículo 58 fracciones I y II, que garantizan que los resultados de la investigación no serían utilizados en contra de los individuos participantes.

Los resultados se compartieron con los responsables y administradores de los albergues dónde se realizó el estudio perteneciente a Nuevo León, sin posibilidad de identificación individual. En caso de encontrar alguna anomalía en la salud de los sujetos, se les brindó una asesoría médica y canalizó al servicio correspondiente en caso de ser necesario.

Esta investigación contribuirá a la generación conocimientos que permitan mejorar la salud y bienestar de la población, prevenir enfermedades y optimizar los sistemas y servicios de salud, el cual es un propósito descrito en el capítulo V, Artículo 3 fracciones II y III.

Bioseguridad:

No hubo uso de dispositivos generadores de radiación ionizante o electromagnética, isotopos radiactivos, microorganismos patógenos o material biológico que pudiera representar un riesgo para la salud de los participantes.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

El capítulo de resultados se presenta de acuerdo con las variables de estudio investigadas sobre la discriminación, percepción de salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento. Primeramente, se presenta el apartado sociodemográfico de las personas en situación de migración y después se especifica cada una de las variables.

Características sociodemográficas de la población estudiada

Participaron N=392 personas migrantes con un promedio de edad de 31.9 ± 10.4 años. El sexo predominante fue el masculino (58.9%), la mayoría era soltero (63.8%) y escolaridad primaria (35.0%). Se encontraban desempleados el 59.2 % y Honduras fue el país de origen de mayor prevalencia con 41.6% (tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de las personas en situación de migración

N=392			
Características		F	%
Sexo	Masculino	231	58.9
	Femenino	161	41.1
Estado civil	Soltero	250	63.8
	Casado	51	13.0
	Unión libre	77	19.6

	Divorciado	13	3.3
	Viudo	1	0.3
Escolaridad	Sin escolaridad	46	11.7
	Primaria	137	35.0
	Secundaria	132	33.7
	Preparatoria	60	15.3
	Licenciatura	17	4.3
Ocupación	Vendedor	62	15.8
	Obrero	49	12.5
	Empleo formal	13	3.3
	Lavacoches	12	3.1
	Desempleado	232	59.2
	Otro	24	6.1
País de origen	Guatemala	26	6.6
	Honduras	163	41.6
	El Salvador	81	20.7
	Nicaragua	13	3.3
	Venezuela	85	21.7
	México	24	6.1

Fuente: Encuesta directa.

Del total de las personas encuestadas el 6.1% eran personas en situación de migración (PSM) de origen interno y el resto (93.9%) provenían de otros países.

La tabla 3 presenta los datos sobre el acompañamiento durante el trayecto migratorio. Se observa que la mayoría de los participantes viajaba solo (34.7%) y un porcentaje considerable (21.7%) viajaban con sus hijos.

Tabla 3. Acompañamiento durante el trayecto de las PSM

N=392

Acompañamiento	F	%
Solo	136	34.7
Pareja	40	10.2
Hijo(s)	85	21.7
Padre(s)	14	3.6
Amigo(s)	14	3.6
Otro(s)	24	6.1
Dos o más acompañantes	79	20.1

Fuente: Encuesta directa.

Se observa que el promedio de tiempo de residencia en México fue de 64.1±62.0 días, con una gran variabilidad entre los participantes. La tabla 4 muestra otros datos sobre el tiempo de residencia.

Tabla 4. Tiempo de residencia en días

N=392

Lugar de residencia	Min.	Máx.	Media	DS
México	5	240	64.1	62.0
Nuevo León	1	150	22.7	30.9
Albergue	1	120	14.5	21.1

Fuente: Encuesta directa.

Discriminación

En la presente investigación se planteó la primera hipótesis que es *“El 55% o más de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León han percibido al menos discriminación moderada”* y esta va enlazada al primer objetivo, que fue identificar las experiencias de discriminación mediante la Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP). El estadístico $Z = 129.3$ $p < .00001$, por tanto, se acepta la hipótesis establecida.

Tabla 5. Grado de discriminación percibida por las PSM

N=392

Grado de discriminación	F	%
Bajo	200	51
Moderado	178	45.4
Alto	14	3.6

Fuente: Encuesta directa.

Al determinar el nivel de discriminación por sexo se encontró diferencia significativa ($p > .05$) como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Grado de discriminación por sexo

N=392

Sexo	Grado de discriminación							
	Bajo		Moderado		Alto		X ²	p
	F	%	F	%	F	%		
Masculino	118	51.1	110	47.6	3	1.3		
Femenino	82	50.9	68	42.2	11	6.8	8.74	.013

Fuente: Encuesta directa.

Se realizó una prueba de chi cuadrada para determinar la asociación entre la escolaridad y el grado de discriminación encontrándose un valor significativo. Las personas sin escolaridad tienen el mayor porcentaje de discriminación moderada-alta, con un 73.9% (tabla 7).

Tabla 7. Grado de discriminación por escolaridad

N=392

Escolaridad	Grado de discriminación					
	Bajo		Moderado-alto		X ²	p
	F	%	F	%		
Sin escolaridad	12	21.6	34	73.9		
Primaria	61	44.5	76	55.5		
Secundaria	93	70.5	39	29.5	37.05	.0001
Preparatoria	29	48.3	31	51.7		
Licenciatura	5	29.4	12	70.6		

Fuente: Encuesta directa.

Los datos de la tabla 8 muestran una diferencia significativa entre el país de origen y el grado de discriminación.

Tabla 8. Grado de discriminación por país de origen

N=392

País de origen	Grado de discriminación					
	Bajo		Moderado-alto		X ²	p
	F	%	F	%		
Guatemala	13	50	13	50		
Honduras	77	47.2	86	52.8		
El Salvador	37	45.7	44	54.3	15.37	.009
Nicaragua	13	100	0	0		
Venezuela	48	56.5	37	43.5		
México	12	50	12	50		

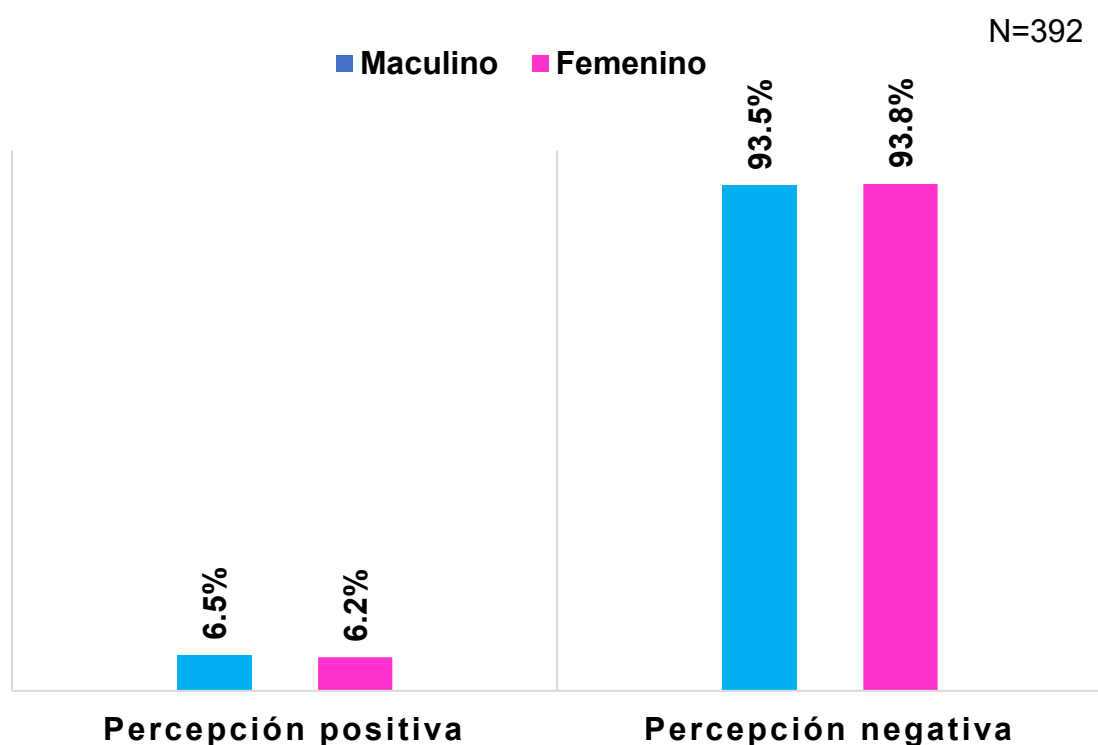
Fuente: Encuesta directa.

Percepción de salud general

De igual forma para cumplir con el segundo objetivo que fue: Determinar la percepción de salud general a través del cuestionario de salud general GHQ-12, se encontró que solo 6.4% de las personas migrantes presentó una buena percepción de salud general, el cual está en relación con la hipótesis “El 40% o menos de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León presenta una buena percepción de salud general”, se acepta la hipótesis al aplicar el estadístico Z: 18.3 $p < .00001$.

En cuanto al sexo, se observó una mayor prevalencia de percepción positiva en hombres que en mujeres, como se muestra en la Figura 3. Sin embargo, no se observó diferencia significativa entre ambos sexos ($p < .05$).

Figura 3. Percepción de salud general por sexo



Fuente: Encuesta directa.

La tabla 9 revela que el 100% de las PSM procedentes de Guatemala, Nicaragua y México reportan una percepción negativa de su salud general.

Tabla 9. Percepción de salud general por país de origen

N=392

Escolaridad	Percepción de salud general			
	Positiva		Negativa	
	F	%	F	%
Guatemala	0	0	26	100.0
Honduras	12	7.4	151	92.6
El Salvador	12	14.8	69	85.2
Nicaragua	0	0	13	100.0
Venezuela	1	1.2	84	98.8
México	0	0	24	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Bienestar psicológico

Los resultados para responder al objetivo tres del presente estudio el cuál es establecer el nivel de bienestar psicológico con la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) arrojaron que un 22.7% de la población presentó un nivel bajo (Tabla 10).

Tabla 10. Nivel de bienestar psicológico de las personas migrantes

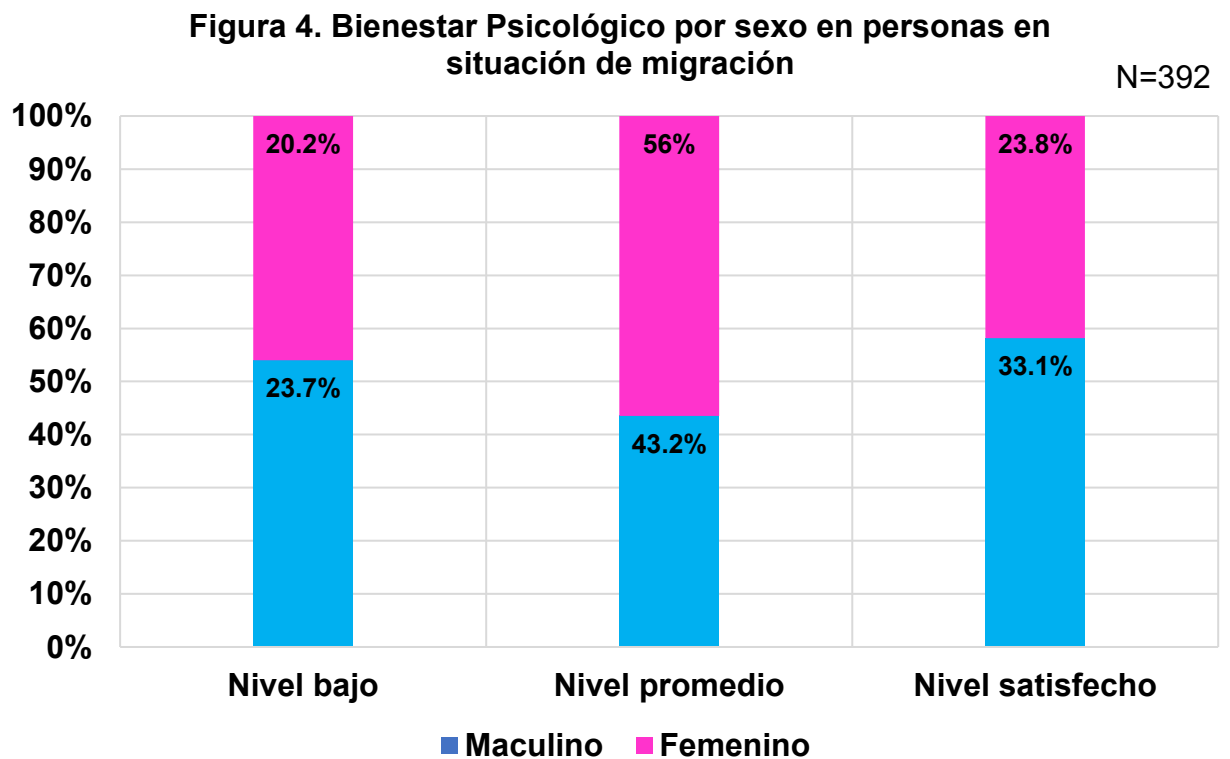
N=392

Nivel de bienestar psicológico	F	%
Bajo	89	22.7
Promedio	189	48.2
Satisfecho	114	29.1

Fuente: Encuesta directa.

De acuerdo con los resultados, la hipótesis H3: “El 50% o menos de las personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León tiene nivel de bienestar psicológico satisfecho” se acepta al aplicar el estadístico Z: 29.1 $p < .00001$.

A su vez, se encontró que el sexo masculino presentó una mayor prevalencia bienestar psicológico satisfecho, con un 33.1%, como se muestra en la Figura 4. No obstante, la prueba de chi cuadrada no encontró una diferencia significativa entre ambos sexos en los diferentes niveles ($p = 0.403$, $\chi^2 = 1.82$).



La tabla 11 muestra que hay una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de los niveles de bienestar psicológico entre los diferentes grupos de escolaridad ($X^2 = 55.03$, $p < 0.000$).

Tabla 11. Nivel de bienestar psicológico por escolaridad

N=392

Escolaridad	Nivel de bienestar psicológico						X2	p
	Bajo		Promedio		Satisfecho			
	F	%	F	%	F	%		
Hasta primaria	49	26.8	111	60.7	23	12.6		
Secundaria	17	12.9	51	38.6	64	48.5	55.03	.0001
Preparatoria o más	23	29.9	27	35.1	27	35.1		

Fuente: Encuesta directa.

La distribución del nivel de bienestar psicológico presenta una variabilidad entre los distintos países de origen. En la mayoría de las PSM, el nivel promedio de bienestar psicológico es el más prevalente según la nacionalidad de los participantes (Tabla 12).

Tabla 12. Nivel de bienestar psicológico por país de origen

N=392

País de origen	Nivel de bienestar psicológico					
	Bajo		Promedio		Satisfecho	
	F	%	F	%	F	%
Guatemala	0	0	26	100	0	0
Honduras	42	25.8	75	46	46	28.2
El Salvador	29	35.8	34	42	18	22.2
Nicaragua	0	0	13	100	0	0
Venezuela	6	7.1	29	34.1	50	58.8
México	12	50	12	50	0	0

Fuente: Encuesta directa.

Estrategias de afrontamiento

Se determinaron las estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes utilizadas por las personas en situación de migración, por medio del cuestionario COPE-28 y los resultados arrojaron que las estrategias mayormente utilizadas fueron aceptación, planificación y afrontamiento activo. Y las estrategias menos empleadas fueron uso de sustancias y desahogo (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Puntaje de las dimensiones de estrategias de afrontamiento

N=392

Dimensión	Media	DS
Afrontamiento activo	4.2806	1.3
Planificación	4.5026	1.2
Apoyo instrumental	3.2704	2.0
Apoyo emocional	2.8469	1.7
Auto distracción	3.7526	1.6
Desahogo	2.3393	1.3
Desconexión conductual	1.8546	1.5
Reinterpretación positiva	4.2500	1.5
Negación	2.4923	1.7
Aceptación	4.5204	1.5
Religión	3.5740	1.8
Uso de sustancias	0.5944	1.3
Humor	2.3214	2.0
Autoinculpación	2.3954	1.6

Fuente: Encuesta directa.

La tabla 14 muestra el puntaje promedio y la desviación estándar (DS) de las estrategias de afrontamiento para hombres y mujeres. También incluye la prueba U de Mann-Whitney (p) para comparar las diferencias entre los puntajes demostrando diferencias significativas en algunas dimensiones.

Tabla 14. Puntaje de las estrategias de afrontamiento por sexo

N=392

Dimensión	Media $\pm$ DS		p
	Hombre	Mujer	
Afrontamiento activo	4.5 $\pm$ 1.4	4 $\pm$ 1.3	0.001
Planificación	4.6 $\pm$ 1.4	4.4 $\pm$ 1.2	0.046
Apoyo instrumental	3.5 $\pm$ 2.0	2.9 $\pm$ 2	0.002
Apoyo emocional	2.8 $\pm$ 1.7	2.9 $\pm$ 1.8	0.913
Auto distracción	4.2 $\pm$ 1.6	3.1 $\pm$ 1.6	0.0001
Desahogo	2.4 $\pm$ 1.4	2.3 $\pm$ 1.5	0.257
Desconexión conductual	1.8 $\pm$ 1.6	2 $\pm$ 1.6	0.322
Reinterpretación positiva	4.3 $\pm$ 1.5	4.2 $\pm$ 1.7	0.523
Negación	2.6 $\pm$ 1.8	2.4 $\pm$ 1.7	0.239
Aceptación	4.7 $\pm$ 1.6	4.3 $\pm$ 1.5	0.001
Religión	3.5 $\pm$ 2.0	3.7 $\pm$ 1.8	0.264
Uso de sustancias	0.5 $\pm$ 1.1	0.8 $\pm$ 1.6	0.446
Humor	2.5 $\pm$ 2.	2.1 $\pm$ 2.2	0.057
Autoinculpación	2.4 $\pm$ 1.7	2.4 $\pm$ 1.7	0.858

Fuente: Encuesta directa.

Asociación de variables

Para finalizar con los objetivos planteados, se realizó una regresión lineal para relacionar los puntajes de discriminación, percepción de salud general, bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento.

La Tabla 15 muestra que existe una relación significativa entre estas variables, por lo tanto, la H5: *“Existe relación entre la discriminación percibida, percepción de salud general, bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en personas migrantes pertenecientes a albergues de Nuevo León”* se acepta.

Los resultados de la regresión lineal mostraron que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y la baja discriminación se asociaron positivamente con un mayor bienestar psicológico ($\beta = 0.19.1$, $p < 0.01$). El modelo explicó el 59% de la variabilidad en el bienestar ($R^2 = 0.59$), siendo significativo a nivel global ($F=34,229$), $p < 0.001$).

Tabla 15. Modelo de regresión lineal – Bienestar psicológico como variable dependiente

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
(Constante)	19.136	1.050		18.218	0.0001
Discriminación	-0.093	0.033	-0.165	-2.815	0.005
Percepción de salud general	-0.476	0.073	-0.328	-6.534	0.0001
Afrontamiento activo	0.126	0.192	0.043	0.655	0.513
Planificación	0.353	0.227	0.114	1.554	0.121
Apoyo instrumental	-0.345	0.101	-0.172	-3.406	0.001
Apoyo emocional	0.124	0.167	0.053	0.746	0.456
Auto distracción	0.647	0.129	0.271	5.020	0.0001
Desahogo	-1.040	0.143	-0.359	-7.266	0.0001
Desconexión conductual	0.382	0.135	0.151	2.817	0.005
Reinterpretación positiva	-0.467	0.136	-0.182	-3.425	0.001
Negación	0.037	0.120	0.016	0.305	0.760
Aceptación	0.290	0.300	0.114	0.967	0.334
Religión	0.713	0.197	0.332	3.628	0.0001
Uso de sustancias	0.006	0.168	0.002	0.033	0.974
Humor	-0.104	0.139	-0.054	-0.749	0.454
Autoinculpación	-0.274	0.123	-0.115	-2.225	0.027

Fuente: Encuesta directa.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la relación entre discriminación percibida, percepción de salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en personas migrantes alojadas en albergues del estado de Nuevo León. Los resultados obtenidos confirman las hipótesis planteadas, aportando evidencia empírica valiosa a un tema poco explorado en México y Latinoamérica. A través de estos hallazgos, se contribuye a comprender las interacciones complejas entre factores psicosociales que afectan a la población migrante y se identifican áreas prioritarias para la intervención social, comunitaria e institucional.

Uno de los hallazgos centrales fue que más del 50% de los participantes reportaron discriminación de forma moderada o alta. Este hallazgo coincide con estudios internacionales que documentan que las personas migrantes, especialmente aquellas en situación irregular o en tránsito, son altamente vulnerables a discriminación interpersonal e institucional (136,137). La discriminación se manifiesta en diversas formas, como rechazo social, exclusión laboral, barreras de acceso a servicios básicos y estigmatización cultural (138). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones en Europa y América Latina, donde se ha documentado que el contexto sociopolítico de los países de acogida influye significativamente en las oportunidades de integración social y en la salud de los migrantes (139).

La discriminación percibida no solo constituye una vulneración de derechos humanos, sino que actúa como un estresor crónico que impacta negativamente en la salud física y mental (140). Estudios previos han mostrado que la discriminación está asociada a mayores niveles de estrés, depresión, ansiedad, síntomas somáticos, hipertensión arterial e incluso mortalidad prematura (141,142). En este estudio, la discriminación se relacionó significativamente con la percepción negativa de salud y niveles bajos de bienestar psicológico, destacando el papel central de las experiencias sociales en la salud integral.

Respecto a la percepción de salud general, se encontró que menos del 40% de los participantes reportaron una percepción positiva. Este resultado coincide con investigaciones previas que muestran que las personas migrantes suelen tener una percepción de salud inferior en comparación con la población local, especialmente cuando enfrentan barreras estructurales como acceso limitado a servicios de salud, precariedad laboral y discriminación (143,144). La autopercepción de salud es un predictor robusto de morbilidad, incluso superior a indicadores clínicos objetivos, ya que captura no solo la presencia de enfermedades, sino también la calidad de vida y el bienestar subjetivo (145).

El conocido “efecto del inmigrante saludable” (healthy immigrant effect) postula que los migrantes tienden a tener mejor salud al momento de migrar en comparación con la población nativa; sin embargo, este efecto se deteriora progresivamente debido a la acumulación de desventajas sociales, económicas y ambientales en los países de destino (146,147). En México, la falta de políticas de salud inclusivas y la ausencia de protocolos específicos para atender a la población migrante agravan esta situación, contribuyendo a que la percepción de salud de las personas migrantes se deteriore rápidamente.

En relación con el bienestar psicológico, se encontró que menos del 50% de los participantes mostraron niveles satisfactorios, destacando puntuaciones bajas en las dimensiones de propósito de vida y dominio del entorno. Estos resultados son congruentes con la literatura que señala que la experiencia migratoria suele asociarse con altos niveles de estrés psicosocial, ansiedad, depresión y estrés postraumático, especialmente en contextos de migración forzada o irregular (148,149). La pérdida de propósito vital y de control sobre el entorno se relaciona con un riesgo incrementado de afectación emocional y física (150). Estudios recientes han mostrado que las personas migrantes expuestas a discriminación crónica presentan un riesgo hasta tres veces mayor de desarrollar trastornos afectivos (151).

El análisis de estrategias de afrontamiento mostró un patrón mixto de estrategias adaptativas y desadaptativas. Si bien la planificación y el

afrontamiento activo fueron utilizados por una parte importante de los participantes, también se observó un uso significativo de estrategias como la negación, autodistracción y consumo de sustancias. Este patrón es consistente con investigaciones previas que documentan que las personas migrantes recurren a una combinación de estrategias para manejar el estrés crónico asociado con la discriminación, el desarraigo, la pobreza y la inseguridad (152,153). Lazarus y Folkman argumentan que el afrontamiento efectivo no se limita a resolver problemas externos, sino que implica la regulación emocional para mitigar el impacto del estrés (136,139).

Un aspecto poco abordado previamente, pero de alta relevancia, es el impacto del género. Estudios internacionales muestran que las mujeres migrantes enfrentan una doble vulnerabilidad: por su condición migratoria y por ser mujeres. Esta doble carga las expone a mayores riesgos de explotación sexual, violencia de género, abuso laboral y discriminación institucional (149,150). Las mujeres migrantes presentan niveles significativamente más altos de ansiedad, depresión y síntomas somáticos en comparación con los hombres migrantes, especialmente cuando viajan con hijos dependientes (151). Además, suelen tener menos acceso a redes de apoyo y recursos económicos, lo que amplifica su vulnerabilidad (152).

La edad es otro factor relevante. En este estudio, los migrantes jóvenes reportaron mejor percepción de salud y bienestar psicológico que los mayores, un hallazgo consistente con investigaciones previas que destacan la mayor resiliencia física y emocional de los jóvenes (153). Sin embargo, es importante señalar que los jóvenes no están exentos de riesgos específicos: enfrentan mayores probabilidades de explotación laboral, reclutamiento forzado, violencia y tráfico de personas, especialmente en contextos de migración irregular (154).

El estatus migratorio constituye otra variable crítica. Investigaciones realizadas en Estados Unidos y Europa han mostrado que los migrantes en situación irregular presentan peor salud física y mental que aquellos con documentos regulares, debido al miedo constante a la deportación, la explotación

laboral y la exclusión social (155). En México, la falta de un marco legal claro y la ausencia de mecanismos efectivos de regularización agravan esta situación, generando un entorno de vulnerabilidad extrema para los migrantes.

El contexto institucional en México y en particular en Nuevo León desempeña un papel clave en la perpetuación de estas desigualdades. La falta de políticas públicas dirigidas a la salud mental y física de la población migrante, la ausencia de programas de integración social, la precariedad de los albergues y la discriminación institucional generan un círculo vicioso que deteriora progresivamente el bienestar de esta población (143,144). En contraste, estudios recientes muestran que la implementación de programas comunitarios de salud mental, el acceso a mediadores interculturales y las intervenciones grupales pueden tener un impacto positivo significativo en la salud y bienestar psicológico de los migrantes (145,146).

Desde una perspectiva práctica, estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones multisectoriales. Es urgente capacitar al personal de salud, servicios sociales y educación en atención intercultural, garantizar el acceso a servicios básicos independientemente del estatus migratorio, fortalecer los programas comunitarios de integración social y diseñar políticas públicas inclusivas (147-149). Asimismo, se recomienda implementar programas de psicoeducación para enseñar estrategias de afrontamiento adaptativo, promover la resiliencia emocional, fortalecer el sentido de comunidad y prevenir el uso de mecanismos desadaptativos como el consumo de sustancias (150,151).

Además, es fundamental involucrar a las organizaciones de la sociedad civil, las agencias internacionales y los gobiernos locales para garantizar la protección de los derechos humanos de las personas migrantes. Esto incluye no solo la atención a necesidades básicas como alimentación, refugio y atención médica, sino también el acceso a educación, capacitación laboral, asistencia legal y programas de integración cultural (152,153).

Este estudio presenta varias limitaciones. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, por lo que no es

posible determinar si la discriminación causa directamente problemas de salud y bajo bienestar, o si estos factores predisponen a percibir mayores niveles de discriminación. Además, el uso de un muestreo por conveniencia limita la generalización de los hallazgos, ya que la muestra puede no ser representativa de toda la población migrante en Nuevo León. También es relevante señalar que las medidas utilizadas fueron auto informadas, lo que puede haber introducido sesgos de deseabilidad social o errores de recuerdo (154,155).

A pesar de estas limitaciones, el estudio constituye una contribución importante al conocimiento sobre salud y migración en México. Futuros estudios deberían utilizar diseños longitudinales para examinar los cambios a lo largo del tiempo, incluir muestras más amplias y diversas, y explorar variables mediadoras y moderadoras como el apoyo social, el estatus legal, el tiempo de residencia y la integración comunitaria. Además, sería valioso incorporar metodologías cualitativas, como entrevistas en profundidad y grupos focales, para captar las experiencias subjetivas de los migrantes y comprender mejor los matices culturales, emocionales y sociales que atraviesan su proceso de adaptación.

En conclusión, este estudio respalda la hipótesis de que existe una relación significativa entre discriminación percibida, percepción de salud general, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en personas migrantes en Nuevo León. La discriminación actúa como un estresor central que deteriora la salud integral, mientras que el afrontamiento adaptativo funciona como un recurso protector que puede mitigar parcialmente estos efectos. Abordar estas dimensiones mediante políticas públicas inclusivas, programas comunitarios de salud mental, intervenciones psicosociales basadas en evidencia y el fortalecimiento del compromiso ético de las instituciones y la sociedad civil es esencial para garantizar el respeto a los derechos humanos y mejorar la calidad de vida de las personas migrantes.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

En conclusión, esta investigación proporciona evidencia valiosa sobre la relación entre la discriminación, la percepción de salud general, el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en personas migrantes que residen en albergues de Nuevo León.

Los resultados destacan la necesidad de implementar intervenciones y políticas que aborden estos temas de manera integral, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de esta población vulnerable.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes para la práctica y la investigación.

En primer lugar, resaltan la necesidad de desarrollar programas de intervención que aborden la discriminación y promuevan la inclusión social de los migrantes. Estos programas podrían incluir talleres de sensibilización cultural, capacitación en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, y apoyo para la búsqueda de empleo y vivienda. En segundo lugar, los resultados sugieren que es importante mejorar el acceso de los migrantes a servicios de salud mental y apoyo psicológico. Esto podría lograrse mediante la creación de clínicas de salud mental especializadas en la atención a migrantes, la capacitación de profesionales de la salud en temas de migración y salud mental, y la promoción de la salud mental en la comunidad migrante.

En tercer lugar, los hallazgos de este estudio pueden informar el desarrollo de políticas públicas que protejan los derechos de los migrantes y promuevan su bienestar. Estas políticas podrían incluir medidas para combatir la discriminación,

facilitar el acceso a servicios de salud y educación, y promover la integración social y económica de los migrantes.

En resumen, este estudio contribuye a la comprensión de los desafíos y las experiencias a las que se enfrentan las personas migrantes en Nuevo León, y proporciona información valiosa para el desarrollo de intervenciones y políticas que mejoren su bienestar integral. Es fundamental que las instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general trabajen en conjunto para crear un entorno más inclusivo y equitativo para los migrantes, donde se promueva el respeto a sus derechos humanos y se les brinde el apoyo necesario para integrarse plenamente a la sociedad.

Propuestas de Investigación

1. Estudio Longitudinal sobre Estrategias de Afrontamiento: Realizar un estudio longitudinal para observar cómo las estrategias de afrontamiento de los migrantes evolucionan con el tiempo y cómo estas afectan su salud y bienestar a largo plazo.
2. Investigación Comparativa por Grupos Demográficos: Investigar si existen diferencias en la relación entre discriminación, percepción de salud y bienestar psicológico entre diferentes grupos demográficos de migrantes (por ejemplo, por edad, género, nivel educativo, país de origen).
3. Intervenciones Psicosociales: Desarrollar e implementar intervenciones psicosociales que fortalezcan las estrategias de afrontamiento adaptativas entre los migrantes, y evaluar su efectividad en mejorar la percepción de salud y el bienestar psicológico en este grupo.

4. Relación entre Apoyo Social y Bienestar: Explorar más a fondo la relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico de los migrantes, identificando qué tipos de apoyo son más efectivos para mitigar los efectos negativos de la discriminación.

5. Impacto de Políticas Públicas: Investigar el impacto de políticas públicas y programas de integración en la percepción de discriminación, salud general y bienestar psicológico de los migrantes, con el fin de proponer mejoras basadas en evidencia.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

1. Unidad de Política Migratoria - Gobierno de México. Panorama de la Migración en México [Internet]. [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Panorama_de_la_migracion_en_Mexico
2. Secretaría de Gobernación - Gobierno de México. Durante enero – febrero de 2023 se registraron 7.4 millones de eventos de entrada a México [Internet]. 2023 [citado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/durante-enero-febrero-de-2023-se-registraron-7-4-millones-de-eventos-de-entrada-a-mexico>
3. Rodríguez Palacios E. Plantea migración reto demográfico para NL [Internet]. 2022 [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://vidauniversitaria.uanl.mx/expertos/plantea-migracion-reto-demografico-para-nl/>
4. El Colegio de la Frontera Norte. Caravanas de migrantes en Tamaulipas: entre la violencia y la agencia. [Internet]. 2019 [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.colef.mx/evento/caravanas-de-migrantes-en-tamaulipas-entre-la-violencia-y-la-agencia/>
5. Comisión Nacional de los Derechos Humanos - México. Masacre de San Fernando, Tamaulipas - Masacre de los 72 migrantes. 2016 [citado el 31 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/noticia/masacre-de-san-fernando-tamaulipas-masacre-de-los-72-migrantes>
6. Tello A. México tumba de migrantes: de la masacre en Tamaulipas al incendio en Ciudad Juárez. el 28 de marzo de 2023 [citado el 4 de mayo de 2023]; Disponible en: infobae.com/mexico/2023/03/28/mexico-tumba-de-migrantes-de-la-masacre-en-tamaulipas-al-incendio-en-ciudad-juarez/

7. Ríos A. Coahuila: registran alzas de quejas contra el INM por violencia contra los migrantes. el 5 de julio de 2022 [citado el 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://vanguardia.com.mx/coahuila/coahuila-registran-alzas-de-quejas-contra-el-inm-por-violencia-contra-los-migrantes-HF3070191>
8. Ramírez García T, Castillo MÁ, Consejo Nacional de Población. El estado de la migración. México ante los recientes desafíos de la migración internacional. México, D.F.; 2012.
9. Mera-Lemp MJ, Bilbao M, Martínez-Zelaya G. Discriminación, aculturación y bienestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos en Chile. *Rev Psicol.* 2020; 29(1):65-79.
10. Urzúa A, Ferrer R, Olivares E, Rojas J, Ramírez R. El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo autoreportado en migrantes colombianos en Chile. *Ter Psicol.* 2019; 37(3):225–40.
11. Cabrerizo P, Villaceros I. Estrés por aculturación y estrategias de afrontamiento en una muestra de refugiados y solicitantes de asilo en Lima (Perú). *Migraciones.* 2019 46:151–77.
12. Rubio León DC. Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019. *Gerenc Polít Salud.* 2020;19:1–18.
13. Department of Psychology - University of Wisconsin–Madison. Carol Ryff [Internet]. [Citado El 20 De Noviembre De 2022]. Disponible En: <https://psych.wisc.edu/staff/ryff-carol/>
14. Disabato DJ, Goodman FR, Kashdan TB, Short JL, Jarden A. Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychol Assess.* 2016; 28(5):471–82.

15. Nakamura J, Csikszentmihalyi M. The motivational sources of creativity as viewed from the paradigm of positive psychology. A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology. 2004;27;257–69.
16. Bernal Guerrero A. El concepto de "Autorrealización" como identidad personal: una revisión crítica. Cuest Pedagog. 2009; 16: 11-24.
17. Rogers TJ, Alderman BL, Landers DM. Effects of Life-Event Stress and Hardiness on Peripheral Vision in a Real-Life Stress Situation. Behav Med. 2003;29(1):21–6.
18. Fierro Bardají A. El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2000;76:35–47.
19. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Rev Lasallista Investig [Internet]. 2005;2(2):50-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
20. Díaz Hernández EL. Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave. 2021. Univ. Lagu. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/26866>
21. Caprara M, Steca P. Personality and aging. Interv Psicosoc. 2003;12:85–98.
22. Lluch MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental [Internet]. 2002; 25(4):42–55. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/914
23. Devon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh. 2007;39(2):155–64.

24. Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq.* 1998; 9(1):1–28.
25. Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Lillo S, Contreras D, Díaz-Pardo N, Torres J, et al. Towards a model of psychological well-being. The role of socioeconomic status and satisfaction with income in Chile. *Univ Psychol.* 2015;14(3):1039–50.
26. Sheldon KM, Jose PE, Kashdan TB, Jarden A. Personality, Effective Goal-Striving, and Enhanced Well-Being: Comparing 10 Candidate Personality Strengths. *Pers Soc Psychol Bull.* 2015;41(4):575–85.
27. Tacca Huamán DR, Huamán A. Coping styles and psychological wellbeing in postgraduate students / Estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en estudiantes de postgrado. *Rev Psicol.* 2019;37–56.
28. Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis.* New York, NY, US: Springer Publishing Co; 1999. 342, xiv, 342–xiv p.
29. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(1):150–70.
30. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Rev Psicol Saúde.* 2019; 11 (2): 55–66.
31. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers.* 1987;1(3):141–69.
32. Cooper C, Campbell Quick J. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice.* John Wiley & Sons; 2017.
33. Dewe P. The Transactional Model of Stress: Some Implications for Stress Management Programs. *Asia Pac J Hum Resour.* 1997;35(2):41–51.

34. Goh YW, Sawang S, Oei TPS. The Revised Transactional Model (RTM) of Occupational Stress and Coping: An Improved Process Approach. *Aust N Z J Organ Psychol*. 2010;3:13–20. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/article/revised-transactional-model-rtm-of-occupational-stress-and-coping-an-improved-process-approach/CEED5867BAB5AA033CAE3CB7A16600F7>
35. Quine L, Pahl J. Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' transactional model of coping. *J Community Appl Soc Psychol*. 1991;1(1):57–70.
36. Organización Internacional para las Migraciones. Sobre la migración [Internet]. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/migration/sobre-la-migracion>
37. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Migración [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/subtemas/migracion#>
38. Castles S. The Factors that Make and Unmake Migration Policies. *Int Migr Rev*. 2004;38(3):852–84.
39. Arvanitoyannis IS, Kotsanopoulos KV. Migration Phenomenon in Food Packaging. Food–Package Interactions, Mechanisms, Types of Migrants, Testing and Relative Legislation—A Review. *Food Bioprocess Technol*. 2014;7(1):21–36.
40. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Orientación sobre migración y salud [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>
41. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las Migraciones del Mundo 2020 [Internet]. 2019 [citado el 2 de octubre de 2022].

Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>

42. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Datos básicos - Población desplazada por la fuerza [Internet]. 2022 [citado el 14 de octubre de 2022]. Disponible en: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

43. Organización Internacional para las Migraciones, Organización de las Naciones Unidas. PANORAMA MIGRATORIO EN MÉXICO 22-23 [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://mexico.iom.int/es/panorama-migratorio-en-mexico-22-23>

44. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

45. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países [Internet]. [citado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>

46. Rodríguez Zepeda J, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Un marco teórico para la discriminación [Internet]. 2006 [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/marco%20teorico%20para%20la%20discriminacion-Ax.pdf

47. Martínez FR. La discriminación múltiple, una realidad antigua, Un concepto nuevo. Rev Esp Dcho Constituc. 2008; 84:251–83. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/24885957>

48. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Organización de las Naciones Unidas. Los tipos de discriminación alrededor del mundo [Internet]. 2019 [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en:

https://eacnur.org/blog/tipos-de-discriminacion-mundo-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

49. Rannauro Melgarejo E. El derecho a la igualdad y el principio de no discriminación: la obligación del gobierno de México para realizar la armonización legislativa con perspectiva de género. *Rev IUS*. 2011;5(28):204-224.

50. Urzúa A, Ferrer R, Olivares E, Rojas J, Ramírez R, Urzúa A, et al. El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo autoreportado en migrantes colombianos en Chile. *Ter Psicol*. 2019;37(3):225-240. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082019000300225&lng=es&nrm=iso&tlng=en

51. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Comisión Estatal De Derechos Humanos México, Universidad Nacional Autónoma de México. ENCUESTA NACIONAL SOBRE DISCRIMINACIÓN 2017 [Internet]. 2017 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_resultados.pdf

52. Branscombe NR, Schmitt MT, Harvey RD. Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1999 Jul;77(1):135-149.

53. Kong F, Zhao J, You X. Self-Esteem as Mediator and Moderator of the Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Among Chinese University Students. *Soc Indic Res*. 2013;112(1):151-161.

54. Huang WY, Chen SP, Pakpour AH, Lin CY. The Mediation Role of Self-Esteem for Self-Stigma on Quality of Life for People With Schizophrenia: A

Retrospectively Longitudinal Study. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2018 Enero 1;12:e10. Disponible en:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1017/prp.2017.18>

55. Ellemers N, Wilke H, Knippenberg A van. Effects of the Legitimacy of Low Group or Individual Status on Individual and Collective Status-Enhancement Strategies. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(5):766–78.

56. Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Jaakkola M, Reuter A. Perceived discrimination, social support networks, and psychological well-being among three immigrant groups. *J Cross Cult Psychol*. mayo de 2006;37(3):293–311.

57. Urzúa A, Cabrera C, Carvajal CC, Caqueo-Urizar A. The mediating role of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and mental health in South American immigrants in Chile. *Psychiatry Res*. enero de 2019;271:187–94.

58. Llacer A, Amo JD, Garcia-Fulgueiras A, Ibanez-Rojo V, Garcia-Pino R, Jarrin I, et al. Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *J Epidemiol Community Health* (1978). el 1 de septiembre de 2009;63(9):766–72.

59. Devillanova C, Fasani F, Frattini T. Empleo de inmigrantes indocumentados y la perspectiva de estatus legal: evidencia de un programa de amnistía. *ILR Review*. 2018;71(4):853–881. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0019793917743246>.

60. Becerra D, Castillo J, Silva Arciniega MR, Bou Ghosn Naddy M, Nguyen V. Increased immigration enforcement and perceived discrimination among Latino immigrants. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 2018 Jun;45(2):39-65.

61. Parrado EA, Flippen CA. Migration and Gender among Mexican Women. *Am Sociol Rev*. 2005;70(4):606–32.

62. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
63. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
64. Moreno X, Huerta M, Albala C. Global self-rated health and mortality in older people. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 [citado el 2 de noviembre de 2022];28(3):246–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.07.006>
65. Magalhães BC, Vieira PM, Aramaki AL, Kososki E, Martins Silva e Dutra FC. Percepción de la salud, estilo de vida y el comportamiento ocupacional de los estudiantes universitarios. *Rev. Chil. Ter. Ocup.* 2018;18(1):17-26. Disponible en: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/50364>.
66. Abellán BA. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol.* 2003;13(5):340-342.
67. Assari S, Lankarani M. Does multi-morbidity mediate the effect of socioeconomics on self-rated health? cross-country differences. *Int J Prev Med.* 2015;6(1):85.
68. Bustos-Vázquez Eduardo, Fernández-Niño Julián Alfredo, Astudillo-García Claudia Iveth. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica.* 2017 Abril; 37(Suppl 1): 92-103. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-415720170005000092&lng=en. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>.

69. Riza E, Kalkman S, Coritsidis A, Koubardas S, Vassiliu S, Lazarou D, et al. Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices. *Healthcare*. 2020;8(2):115.
70. Squires A, Thompson R, Sadarangani T, Amburg P, Sliwinski K, Curtis C, et al. International migration and its influence on health. *Res Nurs Health*. 2022;45(5):503–11.
71. Setia MS, Quesnel-Vallee A, Abrahamowicz M, Tousignant P, Lynch J. Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health Soc Care Community*. 2011;19(1):70–79.
72. Eurostat. European Health Interview Survey [Internet]. 2019 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
73. Cheong AR, Massey DS. Undocumented and Unwell: Legal Status and Health among Mexican Migrants. *Int Migr Rev*. 2019;53(2):571–601.
74. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Publica*. diciembre de 2014;88(6):687–701.
75. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Carreño Calderon A, McIntyre AM. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev Inst Salud Publica Chile*. 2019;3(1): 21-31.
76. Astorga-Pinto SM. Salud mental de migrantes internacionales en América Latina: insuficiencia de fuentes de información poblacional. *Rev Inst Salud Publica Chile*. 2019;3(1): 15-18.

77. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68–78.
78. Iturrieta Olivares S. Masificación, segmentación y fragmentación de la educación superior chilena: Bienestar subjetivo de profesionales. *Rev Cienc Soc*. el 1 de octubre de 2018;24(3):83–96.
79. Waterman AS. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *J Pers Soc Psychol*. abril de 1993;64(4):678–91.
80. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18(3):572–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
81. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(6):1069–81.
82. Lucas-Mangas S, Valdivieso-León L, Espinoza-Díaz IM, Tous-Pallarés J. Emotional Intelligence, Psychological Well-Being and Burnout of Active and In-Training Teachers. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3514.
83. Fernández-García O, Gil-Llario MD, Castro-Calvo J, Morell-Mengual V, Ballester-Arnal R, Estruch-García V. Academic Perfectionism, Psychological Well-Being, and Suicidal Ideation in College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):85.
84. Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK. Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychol Bull*. abril de 2020;146(4):279–323.

85. Redondo Elvira T, Ibáñez del Prado C, Cruzado JA. Psychological well-being in palliative care: A systematic review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2021;003022282110192.
86. Boylan JM, Tompkins JL, Krueger PM. Psychological well-being, education, and mortality. *Health Psychology*. 2022;41(3):225–34.
87. Matud MP, López-Curbelo M, Fortes D. Gender and Psychological Well-Being. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3531.
88. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*. julio de 2012;30(2):23–9.
89. Lattie EG, Adkins EC, Winquist N, Stiles-Shields C, Wafford QE, Graham AK. Digital Mental Health Interventions for Depression, Anxiety, and Enhancement of Psychological Well-Being Among College Students: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2019;21(7):e12869.
90. Qi X, Zhang W, Wang K, Pei Y, Wu B. Social isolation and psychological well-being among older Chinese Americans: Does resilience mediate the association? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022;37(8).
91. Dumciene A, Pozeriene J. The Emotions, Coping, and Psychological Well-Being in Time of COVID-19: Case of Master's Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10):6014.
92. García-Estela A, Angarita-Osorio N, Alonso S, Polo M, Roldán-Berengué M, Messaggi-Sartor M, et al. Improving Depressive Symptoms through Personalised Exercise and Activation (IDEA): Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6306.

93. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkänen T, et al. The Association between Discrimination and Psychological and Social Well-being. *Psychol Dev Soc J*. 2015;27(2):270–92.
94. Henríquez D, Urzúa A, López-López W. Indicators of Identity and Psychological Well-Being in Immigrant Population. *Front Psychol*. 2021;12.
95. Martynowska K, Korulczyk T, Mamcarz PJ. Perceived stress and well-being of Polish migrants in the UK after Brexit vote. *PLoS One*. 2020;15(7):e0236168.
96. Chen R, Zhou L. Parental Migration and Psychological Well-Being of Children in Rural China. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8085.
97. Li Y, Chen J, Xie S, Huang X. Acculturation, urban identity, and psychological well-being of rural–urban migrants in China. *Appl Psychol Health Well Being*. 2022;14(4):1129–50.
98. Álava Alcívar MA, Álava Alcívar JL. Los Mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud. *Rev Perspectivas*. 2019;4.
99. Vazquez C, Crespo M. Estrategias de Afrontamiento. 2000 [citado el 18 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/257032587>
100. Cheng C, Lau HPB obo, Chan MPS ally. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1582–607.
101. González Barrón R, Montoya Castilla I, M. Casullo M, Bernabéu Verdú J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. el 31 de diciembre de 2002;14(Número

2):363–8. Disponible en:

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8028>

102. Paris L, Omar A. Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud* [Internet]. 2009 [citado el 18 de diciembre de 2022];19(2):167–75. Disponible en:

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/626>

103. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2013 [citado el 18 de diciembre de 2022];30(1):123–45. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

104. Guerra C, Pereda N, Guilera G, Abad J. Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse Negl.* 2016;54:57–65.

105. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 2013;347:f6276.

106. Veloso-Besio C, Caqueo-Arancibia W, Caqueo-Urizar A, Muñoz-Sánchez Z, Villegas-Abarzúa F. Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal (Niterói).* 2010;22(1):23–34.

107. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. En: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1913–5.

108. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(5):844–54.

109. Carver CS. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100.
110. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull.* 2001;127(1):87–127.
111. Hosseinkhanzadeh AA, Taher M. The Relationship between Personality Traits with Life Satisfaction. *Sociology Mind.* 2013;03(01):99–105.
112. Ubach LIS, Santacana FIM. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2016 [citado el 11 de mayo de 2023];15(1):157–68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
113. García-Cid A, Gómez-Jacinto L, Hombrados-Mendieta I, Millán-Franco M, Moscato G. Discrimination and Psychosocial Well-Being of Migrants in Spain: The Moderating Role of Sense of Community. *Front Psychol.* 2020;11.
114. Perez SM, Gavin JK, Diaz VA. Stressors and coping mechanisms associated with perceived stress in Latinos. *Ethn Dis.* 2015;25:78–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25812256/>
115. Sanchez D, Smith L v., Adams W. The relationships among perceived discrimination, marianismo gender role attitudes, racial-ethnic socialization, coping styles, and mental health outcomes in Latina college students. *J Lat Psychol.* 2018;6(1):1–15.
116. Sanchez D, Adams WN, Arango SC, Flannigan AE. Racial-ethnic microaggressions, coping strategies, and mental health in Asian American and Latinx American college students: A mediation model. *J Couns Psychol.* 2018;65(2):214–25.

117. Asakura T, Gee GC, Nakayama K, Niwa S. Returning to the “Homeland”: Work-Related Ethnic Discrimination and the Health of Japanese Brazilians In Japan. *Am J Public Health*. 2008;98(4):743–50.
118. Zapata Roblyer MI, Grzywacz JG, Suerken CK, Trejo G, Ip EH, Arcury TA, et al. Interpersonal and social correlates of depressive symptoms among Latinas in farmworker families living in North Carolina. *Women Health*. 2016;56(2):177–93.
119. Dhungana RR, Aryal N, Adhikary P, KC RK, Regmi PR, Devkota B, et al. Psychological morbidity in Nepali cross-border migrants in India: a community based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1534.
120. Mangrio E, Sjöström K, Grahn M, Zdravkovic S. Risk for mental illness and family composition after migration to Sweden. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251254.
121. Unidad de Política Migratoria - Gobierno de México. Panorama de la Migración en México [Internet]. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en:
http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Panorama_de_la_migracion_en_Mexico
122. H. Congreso del Estado de Nuevo León. Solicitan estrategia para apoyar a migrantes [Internet]. [citado el 2 de diciembre de 2022]. Disponible en:
https://www.hcnl.gob.mx/sala_de_prensa/2022/01/solicitan_estrategia_para_apoyar_a_migrantes.php#:~:text=Monterrey%2C%2019%20de%20Enero%202022&text=Nuevo%20Le%C3%B3n%20representa%20el%2012,la%20Zona%20Metropolitana%20de%20Monterrey.
123. Canales Cerón A, Rojas Wiesner ML, Organización Internacional para las Migraciones. Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica. Población y Desarrollo. 2017;

124. Organización Internacional sobre las Migraciones. Hablemos sobre depresión en personas migrantes [Internet]. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://rosanjose.iom.int/es/blogs/hablemos-sobre-depresion-en-personas-migrantes>
125. Yañez S, Cárdenas M. Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud Soc.* 2010;1(1):51–70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742462006>
126. Urzúa M A, Heredia B O, Caqueo-Urizar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Med Chil.* 2016;144(5):563–70.
127. Cleary SD, Snead R, Dietz-Chavez D, Rivera I, Edberg MC. Immigrant Trauma and Mental Health Outcomes Among Latino Youth. *J Immigr Minor Health.* 2018;20(5):1053–9.
128. París Pombo MD, Ley Cervantes M, Peña Muñoz J. Migrantes en México - Vulnerabilidad y Riesgos. Organización Internacional para las Migraciones. 2016;
129. Basabe N, Páez D, Zlobina A. Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004. 141 p.
130. Solís Cámara P, Meda Lara RM, Moreno Jiménez B, Juárez Rodríguez P. Estructura factorial del cuestionario de salud general GHQ-12 en población general de México. *Salud & Sociedad* [Internet]. abril de 2016 [citado el 29 de marzo de 2023];7(1):62–76. Disponible en: <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/981>

131. Moreta-Herrera R, López-Calle C, Ramos-Ramírez M, López-Castro J. Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Rev Argent Cienc Comport*. 2018;10(3):35-42.. Disponible en: <https://revistaatemus.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>
132. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* [Internet]. 2006 [citado el 16 de abril de 2023];18:572–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
133. Cassaretto Bardales M, Chau Perez-Aranibar C. Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2016;42(2):95–109.
134. Reich M, Costa Ball CD, Remor E. Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE . *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2016;34(3):615.
135. Cámara de Diputados del H. Congreso de La Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigacion para la Salud [Internet]. 1987 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
136. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
137. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-83.
138. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100.

139. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(3):466-75.
140. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(5):844-54.
141. Ingleby D. Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons. New York: Springer; 2005.
142. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ.* 2011;183(12):E959-67.
143. World Health Organization. Promoting the health of refugees and migrants: WHO global report. Geneva: WHO; 2018.
144. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
145. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry.* 2011;10(1):2-10.
146. Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. *Int J Intercult Relat.* 2005;29(6):697-712.
147. Schmitt MT, Spears R, Branscombe NR. Constructing a minority group identity out of shared rejection: The case of international students. *Eur J Soc Psychol.* 2003;33(1):1-12.
148. Yoon E, Hacker J, Hewitt A, Abrams M, Cleary SE. Social connectedness, discrimination, and social status as mediators of acculturative stress and psychological well-being among Korean immigrants. *J Couns Psychol.* 2012;59(1):86-96.
149. Ayón C, Becerra D. Mexican immigrant families under siege: The impact of anti-immigrant policies, discrimination, and the economic crisis. *Adv Soc Work.* 2013;14(1):206-28.

150. Sabina C, Cuevas CA. Predictors of aggression in Latino women. *Violence Against Women*. 2013;19(1):81-102.
151. Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries. *Soc Econ Dimens Aging Popul Res Pap*. 2006;164:1-35.
152. Mehta NK, Elo IT, Cagney KA, Kubzansky LD. Do declines in health with age differ by nativity status and country of origin? *J Aging Health*. 2017;29(5):830-50.
153. Assari S. Health disparities due to diminished return among Black Americans: public policy solutions. *Soc Issues Policy Rev*. 2018;12(1):112-45.
154. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not." A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge, and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:75.
155. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1271-83.

ANEXO A

CUESTIONARIO/ CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Maestría en Ciencias en Salud Pública Programa Interfacultades

Fecha: _____ No. Folio: _____

Instrucciones: Complete la siguiente información de acuerdo con sus datos personales.

1. (EDAD) Edad (años cumplidos): _____

2. (SEXO) Sexo:

1. Femenino ☐

2. Masculino ☐

3. Prefiero no responder ☐

3. (EDOCIVIL) Estado civil:

1. Soltero (a) ☐

2. Casado (a) ☐

3. Unión libre ☐

4. Divorciado (a) ☐

5. Viudo (a) ☐

4. (OCUP) Ocupación:

1. Vendedor ☐

2. Obrero ☐

3. Empleo formal ☐

4. Lavacoches ☐

5. No trabajo actualmente ☐

6. Otro ☐ ¿cuál? _____

7. No aplica ☐

5. (ESCOL) Escolaridad:

1. Sin escolaridad ☐

2. Primaria ☐

3. Secundaria ☐

4. Preparatoria ☐

5. Licenciatura ☐

6. Posgrado ☐

Tiempo de residencia en (especificar en meses):

6. (TMX) México _____

7. (TNL) Nuevo León _____

8. (TAL) Albergue _____

9. (ORIGEN) País de origen:

1. Guatemala ☐

2. Honduras ☐

3. El Salvador ☐

4. Haití ☐

5. Nicaragua ☐

6. Belice ☐

7. Venezuela ☐

8. México ☐ ¿de qué estado? _____

9. Otro ☐ _____

10. (ACOMP) ¿Con quién viaja?

8. Solo ☐

9. Pareja ☐

10. Hijos ☐

11. Padres ☐

12. Hermanos ☐

13. Amigos ☐

14. Otro ☐ ¿quién? _____

ANEXO B.

Escala de Discriminación Personal Percibida (EDPP)

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada enunciado y evalúa si lo has experimentado alguna vez en tu vida. Responde todas las preguntas con honestidad y basándote en tu experiencia personal. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente expresa lo que sientes que ha sido tu experiencia en cuanto a discriminación.

	0. Nunca	1. Casi nunca	2. A veces	3. Siempre
1. Me han tratado peor que a otras personas por mi raza/religión/nacionalidad.				
2. Me han hecho comentarios despectivos por mi raza/religión/nacionalidad.				
3. Me han negado un empleo por mi raza/religión/nacionalidad.				
4. Me han negado servicios por mi raza/religión/nacionalidad.				

5. Me han ignorado en una tienda o restaurante por mi raza/religión/nacionalidad.				
6. Me han excluido de actividades sociales por mi raza/religión/nacionalidad.				
7. Me han insultado por mi raza/religión/nacionalidad.				
8. Me han agredido físicamente por mi raza/religión/nacionalidad.				
9. Me han intimidado o amenazado por mi raza/religión/nacionalidad.				
10. Me han mostrado una actitud hostil				

por mi raza/religión/ nacionalidad.				
11. Me han negado una vivienda por mi raza/religión/ nacionalidad.				
12. Me han acusado injustamente por mi raza/religión/ nacionalidad.				

ANEXO C.

Cuestionario de Salud General GHQ-12

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que piensas sobre tu salud. Tus respuestas permitirán saber cómo te encuentras de salud y aspectos emocionales. Por favor, contesta cada pregunta marcando una casilla. Si no estás seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, contesta lo que le parezca más cierto.

	0. Mucho más de lo habitual	0.Bastante más de lo habitual	1. No más de lo habitual	1.No en lo absoluto
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?				
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? *				
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión? *				
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades? *				
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido? *				
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? *				
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? *				
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?				

***Ítems invertidos.**

ANEXO D.

Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)

Instrucciones: Lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas en base a lo que pensó y sintió durante el último mes.

	0. Nunca o casi nunca	1. A veces	2. Frecuentemente o siempre
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
3. Me importa pensar qué haré en el futuro.			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5. Generalmente le caigo bien a la gente.			
6. Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			

8.Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable.			
10.Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12.Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13.Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			

ANEXO E.

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE-28

Instrucciones: Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. La forma de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque su respuesta que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a algún problema.

	0. Nunca hago esto	1.De vez en cuando lo hago	2.Frecuentemente lo hago	3.Siempre lo hago
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2.Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar				

las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
6. Intento proponerme una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me crítico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para expresar mis sentimientos desagradables.				

13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito				
21. Aprendo a vivir con ello.				

22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

ANEXO F



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en un estudio que lleva por título: **“DISCRIMINACIÓN, PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MIGRANTES DE NUEVO LEÓN”**, el cual tiene como objetivo: Analizar la relación entre discriminación, percepción de salud general y bienestar psicológico con estrategias de afrontamiento en personas migrantes de Nuevo León. Se me informó que participarán todas las personas en situación de migración mayores de edad que acuden a la Casa INDI Hogar y Comedor de los Pobres Padre.

Mi participación consistirá en contestar un cuestionario que contiene preguntas de información general como; edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia, entre otras y preguntas relacionadas con mi percepción de discriminación, salud general, bienestar psicológico y las estrategias que utilizó en situaciones de estrés.

Se me explicó detalladamente el procedimiento del llenado del cuestionario y que mi participación tendrá una duración de 15-20 minutos contestando las preguntas.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento puedo decidir no seguir contestando la encuesta, aunque sé que mi colaboración es importante, ya que la información recaba con el cuestionario puede proporcionar información valiosa para el diseño de intervenciones que me ayuden a mejorar aspectos de salud o me canalicen directamente con personal correspondiente en caso de necesitar apoyo de un área específica. La información que proporcionaré se usará exclusivamente para fines de investigación. Los resultados del estudio serán integrados en un informe general que se dará a conocer a los directivos de la Casa INDI Hogar y Comedor de los Pobres Padre, sin que se pueda identificar mi participación personal.

Para mayores informes referentes al tema o alguna aclaración al respecto me puedo comunicar a la Coordinación de investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha, al teléfono 8116352981, o al correo electrónico: mayela6591@hotmail.com.

**Nombre y firma del o la
participante**

**Nombre y firma de la
investigadora**

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

María Fernanda Martínez González
Candidata al Grado de
Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: DISCRIMINACIÓN, PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MIGRANTES DE NUEVO LEÓN

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Santiago de Querétaro, Querétaro. México el 4 de noviembre de 1996, hija de Héctor Hugo Martínez Vilchis y Ma. del Rosario González Presas.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en el año 2021.

Experiencia Profesional: Investigadora en el Centro Universitario de Salud (CUS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde el año 2023 a la fecha.