



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

ESTADO DE SALUD EN MIGRANTES
IRREGULARES CENTROAMERICANOS,
EN CASA DEL MIGRANTE
HUEHUETOCA, MÉXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

MILLÁN HERNÁNDEZ ERIKA GRIMALDI

No. DE CUENTA: 305257026

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA



CIUDAD DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi madre

Por el eterno apoyo e impulso continuo, por ser mi héroa de toda la vida, mi mayor ejemplo de fortaleza y de vida, por motivarme a siempre seguir creciendo y darme el espacio y los medios para hacerlo, somos un equipo madre mía y siempre lo seremos, seguiremos creciendo por nosotras y con ellos, con todos los que físicamente nos faltan o no están cerca pero que siempre serán parte de nosotras, ya termine este pacito más y ahora te toca seguirme aguantando con los que falten, te quiero, te amo y te adoro con todo mi corazón y siempre será así, gracias, gracias, gracias por todo pero más por ser mi mamase.

A mi hermano

Ese loco para el que la escuela nunca fue lo suyo porque “yo estudiaba por los dos”, entonces prometo seguir estudiando mucho para que puedas seguir quejándote de mí, porque sí gordo aunque ya por fin termine esta etapa, tenías razón estoy más loca que tú y seguiré buscando que estudiar y aprender siempre por los dos, para que valga más la pena.

A mis abuelos

A mi otra mamá, aunque ya no estás físicamente conmigo abue, sabes que este logro es por las dos, y aunque como una vez me lo dijiste no es el papel lo que te importaba si no que terminara lo que había iniciado y siguiera adelante en mi camino, aquí está la prueba de que lo logre, ya lo termine y sí, ahora a seguir adelante siempre caminando contigo en mi corazón

A mi papá, tú que si querías el papel, he aquí el trabajo terminado pá, pero más allá de eso gracias por siempre estar ahí, por trabajar tanto y tan arduo siempre, pues eso ha sido un gran ejemplo para mí, gracias por enseñarme el valor del esfuerzo para conseguir las metas que nos planteamos, espero hacerte sentir orgulloso también y prometo seguir esforzándome por hacerlo.

A mi tío Isra

Que de igual forma siempre has sido un ejemplo de esfuerzo pero también una figura de mucho cariño, que sabes confortarme con un abrazo en esos momentos justos, escucharme y corregirme cuando es necesario, y alentarme cuando voy bien, por apoyarme, por ayudarme también con tareas, trabajos y cosas escolares pero más por todas esas desmañadas, durante semestres enteros, para salir corriendo a llevarme a prácticas, exámenes, clases y demás, por ser mi otro papá.

A mi demás familia

A mis tíos Martín, Lety, Clau, Lucy, gracias por siempre ser un ejemplo para mí, porque todos y cada uno con su cariño, enseñanzas, palabras y demostraciones, han estado apoyándome y animándome a crecer, mis primos que son mis hermanos Neith, Sati, Martín, Pepe, Axel, Luis, Miranda, porque sean más grandes o más chicos que yo hemos crecido juntos, compartido de todo, lo bueno y lo malo y ahora quiero compartir este logro con ustedes también, porque son parte de él y de mí, por último a mis sobrinos y amores chiquitos Renata, Yunuen, Kendrik e Isabella, que me motivan a hacerlo bien cada día y esforzarme más cada vez, para no defraudarlos y ser un buen ejemplo para ustedes como mis tíos y primos lo han sido para mí, gracias a todos.

A mis amigos

Fernanda, Edgar, Miguel, David, que sin importar el orden en que aparezcan mencionados y que suene raro poner sus nombres, me ayudaron a completar este trabajo que va más allá de ser solo un papel, marca la culminación de mi carrera y también una gran etapa que junto con ustedes logre, y que son ustedes mismos quienes saben cuánto costo en tiempo, esfuerzo y sentimiento, porque todos han sido parte de mi vida por más años de los que nos convendría mencionar, pero eso implica que hemos estado juntos no solo para las cosas escolares si no en todos los aspectos de la vida y les agradezco no solo por la ayuda a este trabajo, si no por ser mis amigos y siempre estar ahí para mí animándome, esperando sepan que de mí tendrán lo mismo y más.

A mis migrantes

A todos los migrantes, quienes tuve la fortuna de encontrar y que a pesar de conocerlos un breve tiempo, se volvieron parte de mí al confiarme sus sueños, vivencias, pensamientos, sentimientos, angustias y travesías, que me marcaron con cada contacto y que al confiar en mí e integrarse a las entrevistas realizadas hicieron posible éste trabajo, porque sin ellos no habría tal, que con la frase que una vez me dijeron: “al intentar alcanzar el sueño americano, tenemos que enfrentarnos al infierno mexicano”, me motivaron a continuar este trabajo y con él intentar desencadenar un efecto que repercuta a favor de todos ellos y todos los demás individuos que son parte de la misma población migrante irregular y son tan habitantes del mundo como cualquiera de nosotros, y por lo tanto merecen ser reconocidos y tratados como iguales.

A mis profesores

Por incentivar el presente trabajo, por sus enseñanzas, apoyo y paciencia para conmigo en la realización esta tesis y con ello el término de mi carrera, extensivamente a mí amada Universidad Nacional Autónoma de México, con sus instancias ENEO, CAPV y DGECI, por brindar los recursos y situaciones que desencadenaron y posteriormente ayudaron a dar termino a la presente investigación, así como todo personal y compañeros involucrados en el planteamiento y desarrollo de la misma.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	13
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	17
I. PROBLEMATIZACIÓN.....	19
Planteamiento del Problema.....	21
Pregunta de Investigación.....	22
Objetivos.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Justificación.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	25
1. Conceptos Migratorios Fundamentales.....	27
2. Contexto de la Migración Centroamericana.....	28
2.1 Panorama Centroamericano.....	29
2.2 Migración Centroamericana.....	30
3. México en la Migración con Respecto a los Movimientos Centroamericanos.....	33
4. Rutas Migratorias y las Fronteras Mexicanas.....	36
4.1 Rutas Migratorias.....	36
4.2 Fronteras Mexicanas.....	39
Primera Frontera.....	39
Segunda Frontera.....	42
5. Casas de Migrantes.....	44
6. Salud y Migración.....	45
6.1 Alimentación.....	45
6.2 Riesgos Epidemiológicos.....	46
7. Enfermería Transcultural.....	52
III. METODOLOGÍA.....	59
Tipo de Estudio.....	61
Muestra.....	61
Tipo de Muestreo.....	61
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	61
Aspectos Éticos y Legales.....	61
Apoyos y Recursos.....	62
Aspectos Financieros.....	62
Ejecución.....	62

IV. DESCRIPCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	65
Primer Apartado: Descripción de la Población de Estudio.....	67
Segundo Apartado: Predisposiciones del Estado de Salud Actual de la Población en Estudio.....	68
Tercer Apartado: Estado de Salud Actual de la Población En Estudio.....	69
Cuarto apartado: Datos De Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población en Estudio.....	71
Quinto Apartado: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio.....	71
V. APOYOS GRÁFICOS Y TABULARES A RESULTADOS.....	75
Primer Apartado de Resultados: Descripción de la Población en Estudio.....	77
Segundo Apartado de Resultados: Predisponentes del Estado de Salud de la Población en Estudio.....	87
Tercer Apartado de Resultados: Estado de Salud Actual de la Población en Estudio.....	95
Cuarto Apartado de Resultados: Datos de Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población en Estudio.....	104
Quinto Apartado de Resultados: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio.....	110
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	117
Primer apartado: Descripción de la Población en Estudio.....	119
Segundo Apartado: Predisponentes del Estado de Salud Actual de la Población en Estudio.....	121
Tercer Apartado: Estado de Salud Actual de la Población en Estudio.....	123
Cuarto Apartado de Resultados: Datos de Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población en Estudio.....	125
Quinto Apartado: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio.....	127
VII. CONCLUSIONES.....	131
VIII. REFERENCIAS.....	137
IX. ANEXOS.....	143
Anexo 1: Instrumento de investigación.....	145
Anexo 2: Definición de Variable Originales.....	148
Anexo 3: Presentación de Búsqueda.....	151

INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la humanidad y mucho antes del establecimiento de las fronteras geográficas, la movilidad ha sido una característica inherente de las personas, el nomadismo ancestral se basaba en la constante búsqueda de mejores lugares y las oportunidades de cubrir las necesidades básicas, que los mismos representaban para los individuos y pueblos, siendo la continua movilización de las masas una forma característica de vida; en la actualidad y desde que existen las delimitaciones por países y fronteras gubernamentales, los movimientos ahora migratorios, son detonados por la existencia de limitaciones dadas por factores como el ambiente social, económico, gubernamental, cultural, ambiental, de trabajo y religioso, entre otros, incitando a las personas a aventurarse, en ocasiones sin garantía alguna, a lo largo y ancho del mundo, cruzando esas fronteras, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, crecimiento y desarrollo.

A pesar de que en tiempos presentes las movilizaciones podrían ser más libres debido a la gran diversidad de medios de transporte y comunicación que se han desarrollado, se vuelven más limitadas al convertirse en un asunto gubernamental y de agenda política, por lo tanto los tipos de migración se vuelven más variados, las formas se hacen más complejas y sin embargo los flujos migratorios no se reducen, lo que en últimas décadas ha desencadenado un mayor interés internacional por el estudio y análisis de las características bajo las que se realizan estas migraciones.

La investigación en migraciones suele enfocarse en la naturaleza de los movimientos, la forma, las cantidades de personas que los realizan, las condiciones y motivos porque migran, los lugares de procedencia y destino, los factores de riesgo a los que se enfrentan los migrantes entre muchos otros factores sociales y políticos como las reformas o leyes establecidas, bajo las que se espera se realicen estos movimientos, pero pocos estudios consideran o tratan sobre la salud que las personas en migración presentan.

En el tema de migraciones, México presenta una situación geopolítica especial de conexión entre los países centroamericanos y los norteamericanos, lo que se suma a la importancia del análisis migratorio, para lo cual cuenta con las Encuestas sobre Migración en la Frontera Sur y Norte que aportan datos sobre la dinámica, la magnitud y características de los flujos migratorios, contando con la participación de diferentes entidades gubernamentales y sociales, enfocándose mayoritariamente en las migraciones que se realizan dentro de las normas, leyes y legislaciones gubernamentales definidas, no tanto en aquellos flujos que realizan su movimiento migratorio por fuera de estos mismos lineamientos legales, aunado a esto, del mismo modo que en la investigación internacional, se da prioridad a las condiciones sociopolíticas y escasa o nula a la salud del migrante.

Con esos antecedentes generales, en el presente trabajo y desde la perspectiva de enfermería, se pretende demostrar la importancia de estudiar éste aspecto de las migraciones de alguna forma tan descuidado; el estado de salud de los migrantes es relevante tanto para el aspecto político como para el social, ya que al ser tan grandes estos flujos migratorios pueden tomar papel en la transmisión y diseminación de enfermedades y por lo tanto en las formas en que la salud necesitaría brindarse para dar

un tratamiento adecuado, por otro lado cubrir el principio básico de tratar a cualquier individuo de una manera holística y transcultural apropiada.

El desarrollo del presente trabajo cuenta con nueve capítulos, en el primero se muestra la problematización, el planteamiento del problema y la justificación de la investigación se centra en la falta de antecedentes documentados sobre la valoración del estado de salud de los migrantes, para este específico estudio abordaremos a una población migrando de Centroamérica hacia EEUA, en un tránsito realizado fuera de la normas legales generales planteadas por México y la perspectiva internacional.

Lo que nos lleva a la pregunta de investigación ¿Cuál es el estado de salud actual de los migrantes irregulares provenientes de la frontera sur y América Central, en su camino hacia la frontera norte, abordados en un comedor para migrantes de la zona centro de México, durante el periodo de Abril a Junio de 2013?, por lo tanto el objetivo principal es dar resolución a la misma, y como objetivos secundarios definir algunos de los factores específicos que rodean este tipo de migraciones con respecto al estado de salud y tratar de correlacionarlos, por medio de la aplicación directa de un instrumento de investigación al mismo tiempo de la realización de una consulta-valoración de salud y el posterior análisis de resultados

En el segundo capítulo, el marco teórico, se detalla en base a la literatura consultada, la definición de términos y conceptos clave que para este trabajo se requiere comprender como primer subcapítulo, de aquí surge el llamar migrante irregular a los individuos que conforman la población en estudio dentro de un marco ético y de respeto, a continuación se presenta un segundo subcapítulo donde se brinda un panorama del contexto histórico para las migraciones y en específico las migraciones centroamericanas, en el tercer subcapítulo se señala el rol que tiene México en las migraciones presentando un triple papel como país de origen migratorio, país destino y por último y el que más nos concierne, país de tránsito para los flujos migratorios, en un cuarto subcapítulo se mencionan las principales rutas migratorias y el panorama general que se tiene en las dos fronteras mexicanas para la realización del mismo tránsito migratorio irregular, encontrando aquí gran parte de los factores de riesgo que para el migrante supone el cruce de estas fronteras y su camino por el territorio mexicano.

En un quinto subcapítulo se describe otro factor, en este caso de protección al migrante, que son las casas de migrantes, centros de acogida, comedores comunitarios y o grupos de ayuda sin lugares físicos, conformados principalmente por organizaciones civiles e individuos solidarios, nacidos de la presencia constante de estos flujos migratorios irregulares y la observación de sus necesidades; como continuidad y entrando al tema específico que concierne al presente estudio, se describe en un sexto subcapítulo, la salud y la injerencia de la misma en las migraciones, señalando definiciones, principios y factores epidemiológicos a considerar para el tema migratorio irregular; en el último subcapítulo se aborda la teoría de enfermería transcultural de Madeleine Leininger, la cual nos llevara a entender la importancia de enfermería en la valoración y atención a la salud de los migrantes irregulares, así como la necesidad e importancia de esta misma enfermería transcultural, misma que se utilizó como base y principio para la forma en que fueron conducidas las entrevistas-valoración con los migrantes, con la mayor asertividad y forma de aproximación cultural posible.

En el tercer capítulo encontramos la metodología desarrollada para el presente estudio, donde se define el tipo de estudio y muestra, los criterios de inclusión, aspectos éticos y legales, los apoyos y recursos utilizados así como el planteamiento de ejecución para el presente estudio.

En los siguientes capítulos se desarrolla la interpretación, exposición y análisis de resultados específicos, sobre las variables desarrolladas a partir del instrumento de valoración, divididos en apartados con la finalidad de darle una línea interpretativa, comenzando por la descripción general de la población, luego los predisponentes al estado de salud de los migrantes, la valoración y datos demostrativos del estado de salud que los migrantes presentaban al momento de la intervención, así como la presencia de enfermedades infecciosas en los mimos y por último un análisis breve del movimiento migratorio específico de la población en estudio, los cuales son la base para desarrollar el capítulo siete, las conclusiones, como cierre del trabajo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

(Por Aparición en el Texto)

EEUUA-hace referencia a Estados Unidos de Norte América

México-hace referencia a Estados Unidos Mexicanos

Oxímoron-m. Ret. Combinación en una misma estructura sintáctica de dos palabras o expresiones de significado opuesto, que originan un nuevo sentido; p. ej., un silencio atronador.

OIM-hace referencia a la Organización Internacional para las Migraciones

INM: hace referencia al Instituto Nacional de Migración

Plataformas-zonas de concentración, donde los flujos migratorios pueden arribar, reagruparse, resguardarse o son aquellos puntos de donde parten.

Nodos-lugares provistos de rutas alternas donde el migrante se puede redireccionar.

Sitios de Paso-lugares por donde el migrante irregular transita pero que no se detiene o hace solo una breve escala.

OMS hace referencia a la Organización Mundial de la Salud.

snm-hace referencia a la medición sobre nivel del mar.

ITS-abreviatura general para infecciones de transmisión sexual.

AHA-hace referencia a la American Heart Association

Media-Valor obtenido al sumar todos los datos y dividir el resultado entre el número total de datos.

Moda-Valor que tiene mayor frecuencia absoluta.

Mediana-Valor que ocupa el lugar central de todos los datos cuando éstos están ordenados de menor a mayor.

Rango-Valor de diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo

CIUO-88-Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones Actual



I

CAPÍTULO

PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMATIZACIÓN

Planteamiento Del Problema

La deficiencia en el estado de salud y bienestar, observada en las poblaciones migrantes irregulares, y en la ausencia de datos documentados resientes o claros de manera formal, denota una falta de atención e intervención para la cobertura de estas necesidades, por la tanto se propone hacer una intervención con fines de investigación y al mismo tiempo de aplicación con una muestra población de migrantes irregulares.

La intervención se propone dentro del el Comedor para Migrantes San José Huehuetoca, en el Estado de México, México, lugar donde pasa la ruta ferroviaria que va del estado de Tabasco en la frontera sur de México, hasta el estado de Monterrey en la frontera norte, ruta conocida normalmente como “la Bestia”, en el periodo comprendido entre los meses de Abril y Agosto de 2013, en días aleatorios, por lo menos una vez a la semana, contando con dos enfermeras y el apoyo fortuito de un médico, con el fin principal de investigación, así como una intervención oportuna en prevención de enfermedades o tratamiento necesario y posible oportuno de las mismas.

La investigación se centra en los movimientos migratorios centroamericanos irregulares, llamados así dentro de un concepto ético y legal, que se considera la mejor forma de hacer referencia a estos individuos, por su situación de transito fuera de las regulaciones establecidas internacionalmente y dentro de cada país para la internación y tránsito por los mismos.

Se trata de responder ¿cuál es actual estado de salud y bienestar de estos migrantes irregulares?, mediante una consulta de enfermería en la que se abordar con un instrumento válido, primero el acceso a servicios de salud en sus países de origen, el conocimiento de enfermedades preexistentes, posteriormente obtener un panorama de las principales afecciones que pueden presentar durante la internación y traslado en su paso por México, tales como alteraciones al estado de hidratación y fiebres, problemas dermatológicos, y salud sexual, y por último se implementa una ficha de identificación donde se incluye edad, país de origen, ocupación, datos de hacinamiento y lugares por los que ha cruzado, así como por los que vislumbra transitar, con fin de relacionar factores de riesgo a los que se enfrentan, todo esto de una manera completamente confidencial.

Al mismo tiempo se realizan dos tomas de signos vitales una al inicio y la segunda al término de la entrevista-consulta, sumado a lo anterior, resolución de dudas respecto a problemas de salud que hayan padecido o que crean pueden presentar, educación sobre medidas básicas de hidratación y cuidados generales de la piel, así como prevención de heridas e infecciones, y en caso necesario atender problemas de salud como deshidratación leve y curaciones de heridas, o canalizar a las instituciones necesarias si se presentaran con una complicación mayor, todo esto ajustado a los tiempos de contacto y el personal que se incluya en cada visita.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el estado de salud actual de los migrantes irregulares provenientes de la frontera sur y América Central, en su camino hacia la frontera norte, abordados en un comedor para migrantes de la zona centro de México, durante el periodo de Abril a Junio de 2013?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el estado de salud actual de los migrantes irregulares provenientes de la frontera sur y América Central, en su camino hacia la frontera norte, abordados en un comedor para migrantes de la zona centro de México, durante el periodo de Abril a Junio de 2013.

Objetivos Específicos

Por medio de un instrumento elaborado para este estudio, valorar el estado de salud en migrantes irregulares, basado en los principales factores de riesgo y factores de protección bajo los cuales se realiza la migración centroamericana por México.

Evaluar el estado de salud de los migrantes irregulares y generar correlaciones con los factores propios del movimiento migratorio.

Justificación

La razón principal del estudio es que, a través de conocer las necesidades y el estado de salud, mediante una valoración integral, así como la intervención directa con los migrantes irregulares, se puedan generar medidas de prevención de enfermedades para los individuos y disminuir los riesgos sanitarios para las poblaciones por las que transitan con gran presencia durante su recorrido migratorio.

Durante la revisión literaria y para la formulación del instrumento de investigación se cuenta con las encuestas sobre migración en las fronteras norte y sur de México, que proporcionan una base metodológica, sin embargo no cuentan con ningún apartado que incluya temas relacionados a la salud de los flujos migratorios, tampoco se encontró ningún estudio o artículo de enfermería con respecto a las poblaciones en migración irregular, así que al ser un área poco o nulamente tratada, se espera sumar argumentos a la necesidad del estudio de las mismas, generando una causa en la demostración del estado de salud actual de la población a ser abordada, el cual se considera puede ser deficiente, debido a los aspectos generales de marginación en los que se desarrolla este tipo de migración

Derivado de un contacto previo con migrantes mexicanos dentro del territorio estadounidense, en donde se observaron problemas de salud secundarios a la migración y residencia en un país extranjero, así como la estancia en la Clínica de Atención al Viajero donde se prioriza el cuidado sanitario y prevención de enfermedades por medio de la vacunación, nace la iniciativa de estudiar estas poblaciones en migración irregular dentro de México y su estado específico de salud mientras se encuentran en tránsito, con la finalidad de proporcionar datos reales y propuestas de intervenciones específicas para la prevención de enfermedades y cuidado a la salud.



III

CAPÍTULO

M A R C O T E Ó R I C O

MARCO TEÓRICO

1. Conceptos Migratorios Fundamentales

Dentro de esta primera sección del marco teórico se desarrollan las expresiones migratorias empleadas en la búsqueda y recopilación de información para el total del marco teórico, a fin de dar un marco de definición y diferenciación de conceptos o personas que se consideran importantes y al final señalar y justificar el concepto o expresión principal con la que se definirá a la población abordada para el presente trabajo.

Entendemos por migración los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia, de un lugar de origen hacia otro destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político -administrativa (1).

En un marco internacional se considera al emigrante como aquella persona que deja su localidad de origen, al migrante como aquel que se traslada de un punto, generalmente geográfico, a otro y al inmigrante como aquella persona que llega una nueva localidad (2), dado lo anterior para uso de este trabajo se empleara la denominación migrante, para mencionar cualquiera de los momentos que juega una persona dentro de este fenómeno migratorio.

En uso general, la palabra migrante, es entendido como toda aquella persona que emigra fuera del territorio o estado del cual es ciudadano o nacional, por lo general para la residencia permanente y que no disfrutan de la condición de refugiado, de residente permanente, ni de otra condición similar o protección legal que otorgan los acuerdos diplomáticos, sin importar la forma en que cruzaron la frontera o si su estadía en el país de tránsito o de destino es legal (3) y cuya entrada, residencia o empleo, cuando procede, han sido reconocidos y autorizados por las autoridades oficiales del estado en un país de acogida o tránsito (4) .

Este término comprende usualmente los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona, por razones relacionados a una conveniencia personal y sin intervención de factores externos que obliguen a la misma, aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con la intención de ampliar sus perspectivas y mejorar sus condiciones sociales y/o materiales, al mismo tiempo que las de sus familias, ya sea que migren con ellas o no (5).

Inmigrante ilegal o extranjero ilegal refiere al migrante que no debe lealtad al país receptor o de tránsito, que ha violado las leyes y costumbres en el establecimiento de residencia en el país de acogida, por ejemplo bajo las leyes de EEUUA (6) se considera un criminal; sin embargo en un marco internacional se evita el uso de este término, dado que, en el ámbito ético y jurídico, un acto puede ser lícito o ilícito, mas no así una persona; el ingreso a un país de forma ilegal, o la permanencia en él en condición irregular, no constituye una actividad delictiva, sino una infracción de las regulaciones administrativas (3).

Migrante Irregular, por otro lado, es un mejor término, hace referencia a la persona que carece de condición legal en el país anfitrión o de tránsito, aquella que ingresa a un país sin autorización, que infringe las normas de admisión, o que ingresa legalmente y/o con autorización de entrada para estancia

prolongada, por ejemplo, como visitantes, turistas, estudiantes extranjeros o trabajadores con contratos temporales (4), pero que tras el vencimiento de su visado (5) pierde la autorización para permanecer en dicho país; en algunos casos se le denomina migrante indocumentado (3), como referencia a la falta de documentos que demuestren su ingreso o estancia de manera regular en dicho país.

En el marco legal de México un migrante irregular tiene las mismas condiciones que en el marco internacional, pero sobre esta clasificación existe una subdivisión denominada transmigrante, que también es de importancia mencionar.

Un transmigrante se define como aquél que se interna en tránsito por México siguiendo un movimiento migratorio hacia otro país, bajo las leyes migratorias cuenta con el derecho de permanecer en territorio mexicano hasta por 30 días, siempre y cuando cuente con la documentación requerida para entrar a esa tercera nación (2).

En paralelo existe un marco en donde si el migrante es víctima o testigo de violencia, puede permanecer hasta entre 20 y 30 días dentro del territorio mexicano, para después salir por cualquiera de sus fronteras sin importar su estatus migratorio, a su vez abre la posibilidad de solicitar una visa de refugiado o de protección internacional por razones humanitarias; en el caso de los menores de edad migrando solos, no es necesaria la calidad de víctima o testigo para la solicitud de este estatus de protección para al migrante menor de edad. (7).

Dado lo anterior el termino Migrante Ilegal es conceptualizado como un oxímoron y el término extranjeros o migrantes indocumentados se deriva de la expresión “sin papeles”, lo cual continua haciendo referencia a un migrante en estado irregular (8). Por lo tanto y para uso en este trabajo se empleó la expresión conjunta “migrante irregular”, pues se considera una forma ética y correcta para hacer referencia a la población con la que se tuvo contacto y se aborda como tema principal.

2. Contexto de la Migración Centroamericana

En esta segunda sección se aborda el tema de la migración centroamericana, después de ofrecer un breve panorama de la migración internacional, señalando generalidades de la región, algunos detonantes de la migración centroamericana, como inician históricamente los movimientos migratorios en estos países y por último, el cambio de migración interna a internacional lo cual implica las primeras interacciones e internaciones profundas en territorio mexicano.

La migración internacional comprende una amplia selección en movimientos poblacionales, las razones de esos movimientos y la condición jurídica de los migrantes, donde ésta última es la que determina por cuánto tiempo pueden permanecer en un país de acogida o tránsito y bajo qué condiciones (4).

La OIM señala nueve dimensiones principales que acompañan al tema de la migración estas son: primero la dimensión laboral, segundo la reunificación familiar, tercero la migración forzada definida como los movimientos de huida por seguridad en general o libertad, cuarto la lucha contra la migración irregular.

La quinta dimensión es la migración y el comercio, sexta los derechos humanos de las personas que

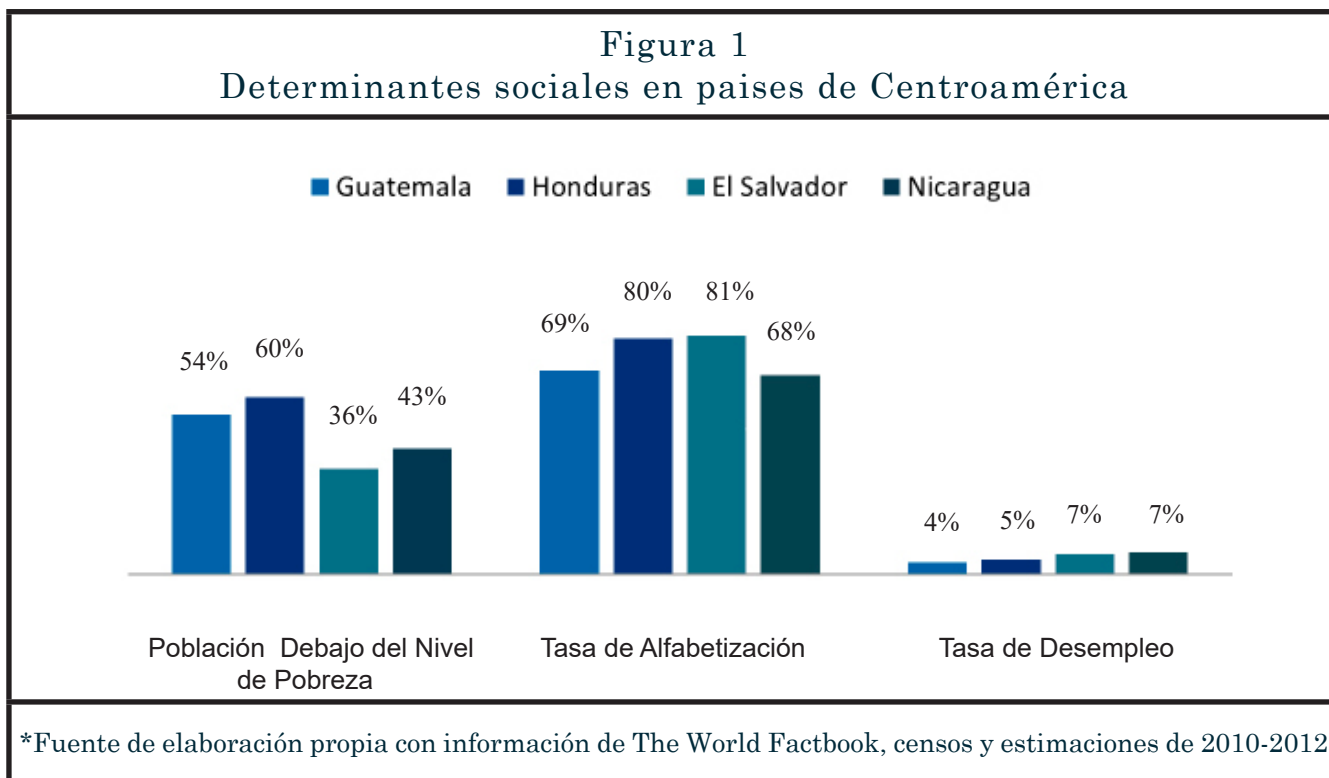
migran, séptima la migración y la salud, octava dimensión la integración de los migrantes, refiriéndose a generar soluciones duraderas, modos de integración a la cultura, sociedad, educación e idioma así como al mercado laboral, entre otras dentro de los países de tránsito o de destino y por último la novena dimensión es la migración y el desarrollo de los estados (9).

Los gobiernos acostumbran a tratar a los migrantes que llegan a sus países más como un problema que como una ventaja; en general, la introducción de restricciones más estrictas para la entrada de los migrantes internacionales a cualquier país, ha dado lugar a un incremento en el número de personas que intentan entrar irregularmente en los países (4), la OIM estima que del total mundial de 214 millones^a de migrantes internacionales en 2010, 10 a 15% (25.5 a 32.1 millones), son migrantes irregulares (10).

2.1 Panorama Centroamericano

América Central, también llamada Centroamérica o América del Centro, es un subcontinente que conecta América del Norte con América del Sur y que políticamente se divide en los siete países independientes de Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, el idioma oficial es el español excepto por Belice cuyo idioma oficial es el inglés.

Geográficamente son países muy ricos y variados (11), sin embargo las situaciones políticas, las guerras civiles afrontadas en estos países desde los años setenta en conjunto con los niveles de pobreza y desempleo (ver figura 1) que presentan, llevan a su población a buscar diferentes oportunidades en países de los dos continentes vecinos, tomando la decisión de migrar hacia éstos sea de una forma regular o no.



a Cifra real del total mundial: 213 943 812 migrantes en 2010

En la figura 1 podemos observar de manera comparativa tres rubros, que se presentan como principales factores desencadenantes de la migración centroamericana, el primero es el porcentaje del total de la población que se encuentra por debajo del nivel de pobreza, segundo el nivel de desempleo y por último la tasa de alfabetización, específicamente en los países de Guatemala Honduras, El Salvador y Nicaragua (12).

2.2 Migración Centroamericana

Históricamente la migración centroamericana ha sufrido constantes cambios en magnitud de flujos, el método y los recursos utilizados para migrar, así como en los destinos y tránsito que para ésta se requieren; durante la primera mitad del siglo XX la migración fue principalmente interna, con poca presencia en las regiones fronterizas y de presentarse era de carácter temporal relacionada principalmente a trabajo o vida agrícola (13), manteniendo una condición relativamente estable.

Después, durante la segunda mitad de ese mismo siglo, principalmente en los años setentas y ochentas, la migración empezó a ser internacional pero los motivos eran muy específicos, la búsqueda de asilo para salvaguardar la vida, ocasionada por las amenazas que se presentaron secundarias a los conflictos civiles y militares internos en los países centroamericanos.

A finales de 1980 y una vez finalizados o controlados los conflictos internos en los países centroamericanos, la migración se transformó de dos modos, primero se notó una estabilidad temporal y se dio el retorno de los migrantes exiliados o refugiados a sus países de origen, pero, aun con la estabilidad armamentista, la prosperidad no sobrevino en Centroamérica.

Fue en ese punto donde ocurrió el segundo cambio en el cual la migración retomó su tendencia internacional (14) superando los 2 millones^b de emigrantes para esa década equivalentes casi al 8%^c del total de la población, este cambio fue relacionado a la notoria falta de oportunidades que se presentaba tanto en las localidades de origen, como en las localidades de primer destino migratorio dentro de su propio país.

A principios de los años noventa, los flujos emprendieron una nueva búsqueda de oportunidades y estabilidad en un país extraño, fue en ese momento cuando la frontera Sur de México empezó a tener mayor importancia y movimiento, cuando Chiapas se transformó en el principal lugar destino de los flujos migratorios centroamericanos relacionados mayoritariamente al trabajo agrícola, y que después tomó un papel como región de tránsito, donde esos mismos flujos lograron extenderse, a los estados de Campeche, Tabasco y Quintana Roo, manteniendo así una condición fronteriza exclusiva en el sur de México (13).

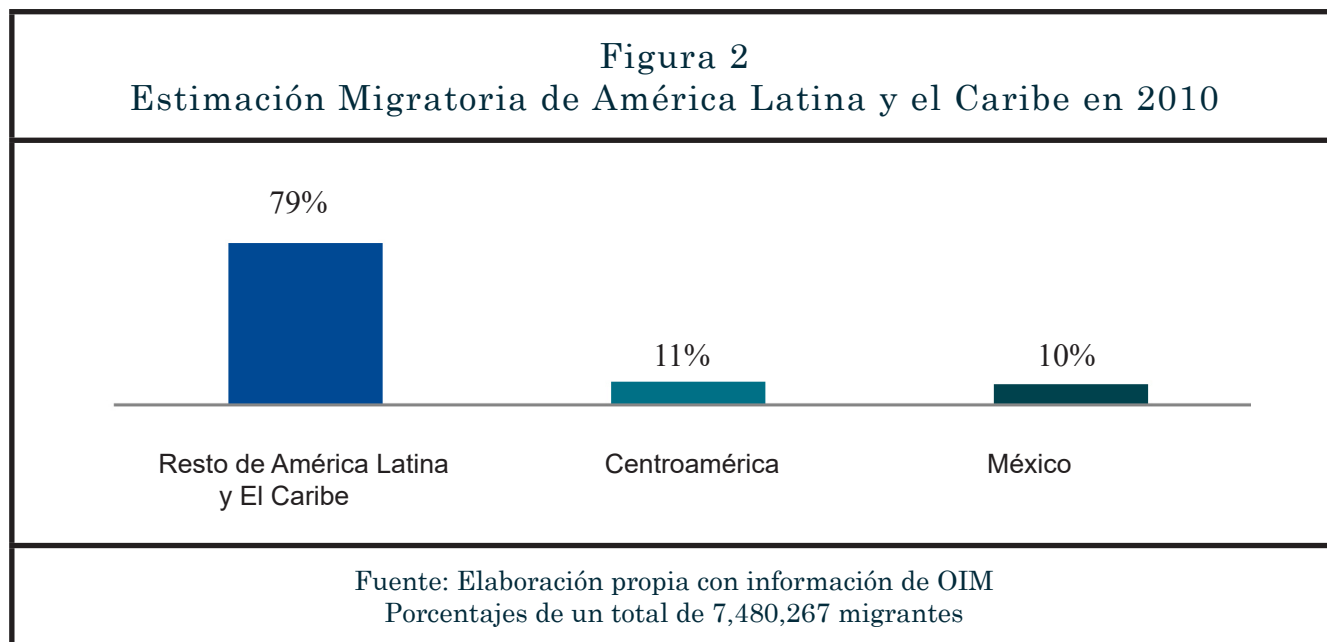
b Cifra Real 2,057,000 de migrantes centroamericanos estimada en 1992

c Cifra Real 7.59% de un total de 26, 325,000 personas.

A finales de los años 90 la tendencia en migración se incrementó nuevamente, se estimó que emigraron a nivel internacional de manera total 715 mil centroamericanos (10), desencadenando desde ese momento que las regiones fronterizas desarrollaran una identidad única e independiente del resto del territorio y mostrando un cierto paralelismo de un lado al otro de las fronteras; sumado a eso, los flujos migratorios empezaron a incluir regiones más amplias, logrando generar rutas migratorias más extensas en el centro del país.

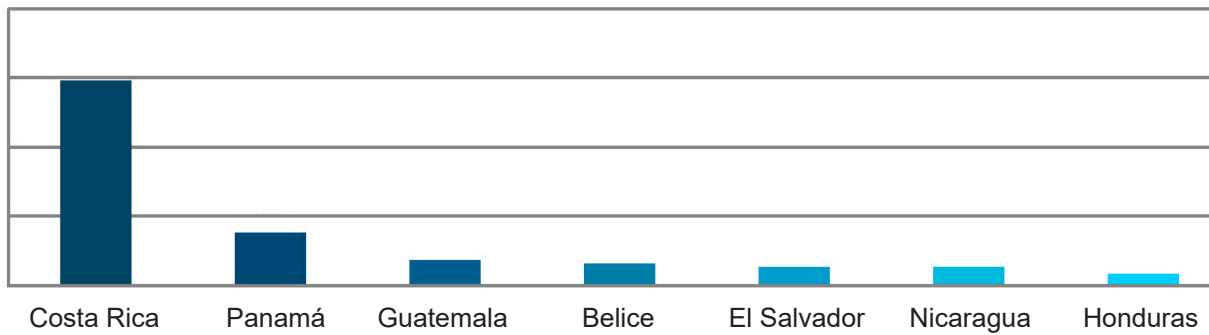
Para la primer década del siglo XXI existen cifras de 2000 a 2005 que revelan un aproximado, a esas fechas, de 5 millones de centroamericanos emigrantes a otros países, sin embargo, éstas cifras solo consideran a los migrantes legales, esto ocasiona un sesgo, pues estiman, que en casos como Panamá y Costa Rica el 80% de los migrantes son legales en sus actuales países de residencia y por lo tanto son considerados en éstas cifras, mientras que para países como El Salvador y Guatemala esa cifra alcanza apenas el 25%, siendo éste uno de los mayores sesgos (15).

En 2010 la cifra de migrantes de América latina y el Caribe se estimó en 7.5 millones, en la Figura 2 se puede observar el porcentaje migratorio correspondiente a Centroamérica, México y el resto de América Latina y El Caribe.



Del 11% correspondiente a la emigración centroamericana, es posible hacer una demostración por país, siendo Costa Rica el país que genera mayor flujo de emigrantes, seguido por Panamá, Guatemala, Belice, El Salvador, Nicaragua y por ultimo Honduras a ese año (10), reflejados en la figura 3.

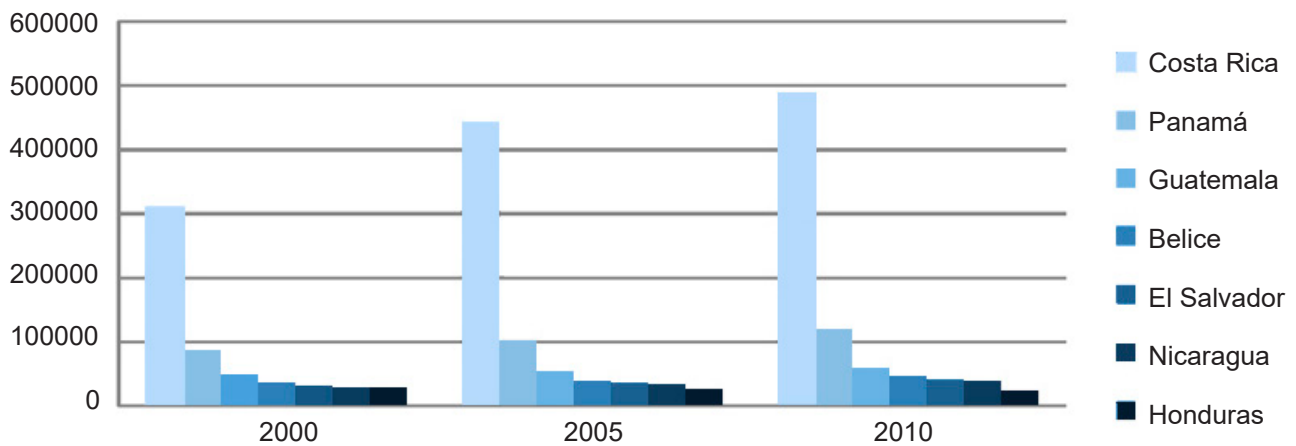
Figura 3
Estimación Migratoria de Países Centroamericanos en 2010



Fuente Elaboración propia con información del OIM

Paralelo a estas estimaciones, las cifras migratorias por países centroamericanos pueden observarse en la figura 4, durante tres diferentes momentos, acorde a esta comparativa, la estimación migratoria centroamericana marca un aumento en orden del 29% de 2000 a 2005 y de 43% de 2000 a 2010.

Figura 4
Comparativa en Estimados de Migración por País en Centroamérica



Fuente Elaboración propia con información del OIM

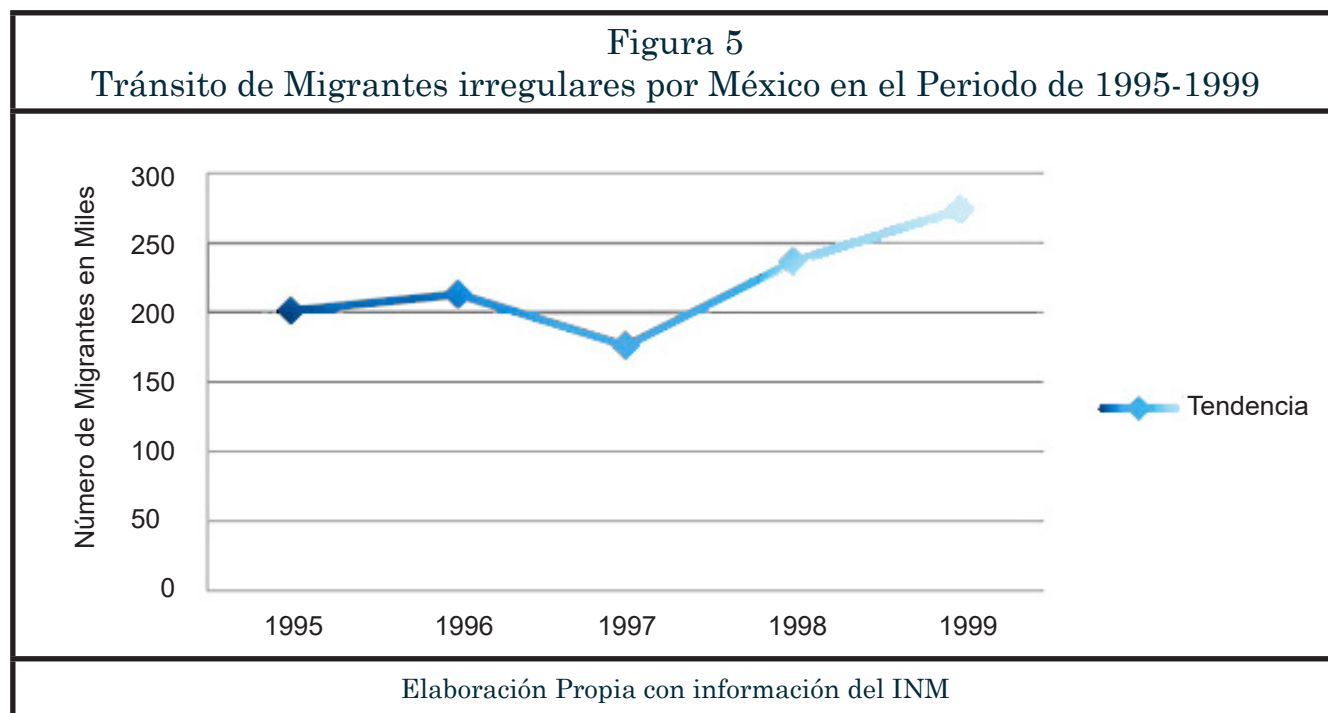
Estas últimas tablas señalan gráficamente el aumento migratorio generalizado en los países centroamericanos de manera más profunda hacia el territorio mexicano como primera meta, fueran éstos regulares o no, cuyo objetivo en muchos de los casos se vislumbraba en la búsqueda de terceros países, que, aunque más lejanos eran más prometedores, es así como la segunda meta se establece en llegar a la frontera Norte de México, posicionando al territorio mexicano con un papel de tránsito migratorio en busca de internarse a EEUA.

3. México en la Migración con Respecto a los Movimientos Centroamericanos

Para esta tercera sección abordaremos específicamente el papel que México adoptó para la migración centroamericana en sus tres diferentes papales y al mismo tiempo de manera gráfica la cantidad y propósito en que estos flujos se dan, para por ultimo dar pie a mencionar la situaciones que en cada frontera se presentan para estos mismos flujos migratorios.

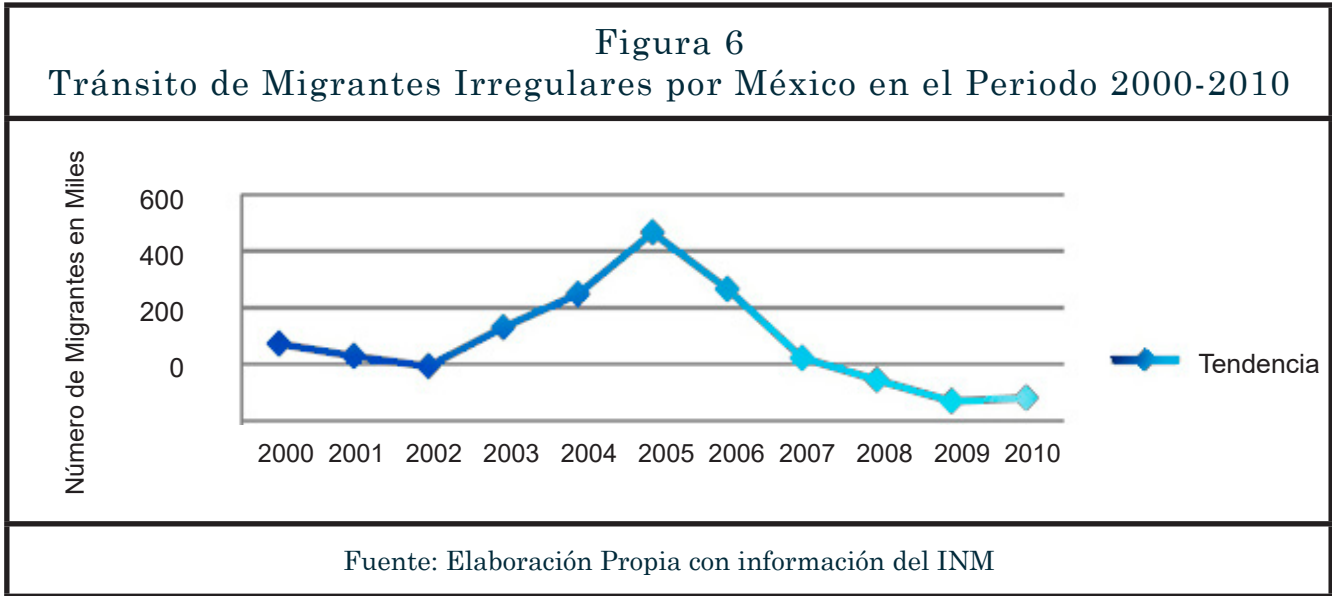
México tiene un papel muy importante en el tema migratorio por su frontera con Estados Unidos, la cual lo convierte en una frontera entre los países más desarrollados y los menos desarrollados del continente americano, por su posición geográfica y situación económica, México se maneja con un triple papel en la migración como país de origen de aquellos nacionales que emigran hacia otro país, país de tránsito para los migrantes nacionales o no, cuya intención era llegar a un tercer país destino, y país destino cuando el plan del migrante es radicar temporal o definitivamente en territorio mexicano (16).

Como se menciona anteriormente durante de la década de 1990, el flujo migratorio centroamericano se calculó 715 mil eventos, de los cuales aproximadamente el 40% cruzaba por territorio mexicano (10); el tránsito irregular por México durante esta década y hasta el 2005 se mantuvo aumentando, sumando así para el quinquenio de 1995 a 1999 un total aproximado de 1,100,000 migrantes, en la figura 5 podemos observar la tendencia anual del flujo de migrantes durante ese quinquenio empezando con 201 mil eventos^d en 1995, alcanzando para 1999 un total estimado de 274 mil.

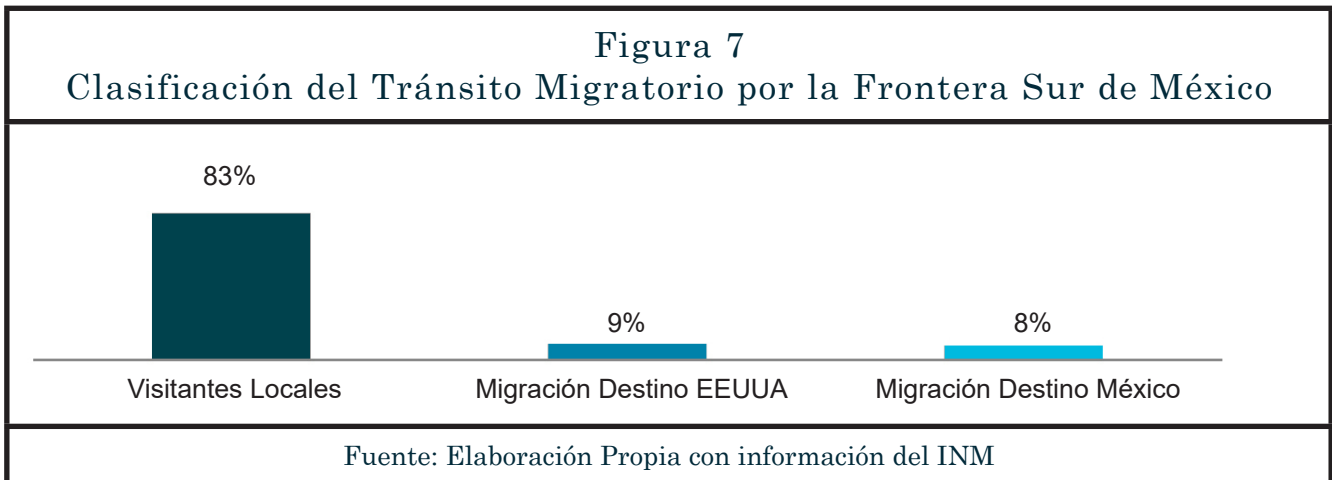


^d Referencia a eventos porque una persona puede transitar irregularmente por México con destino a Estados Unidos en más de una ocasión durante el mismo año.

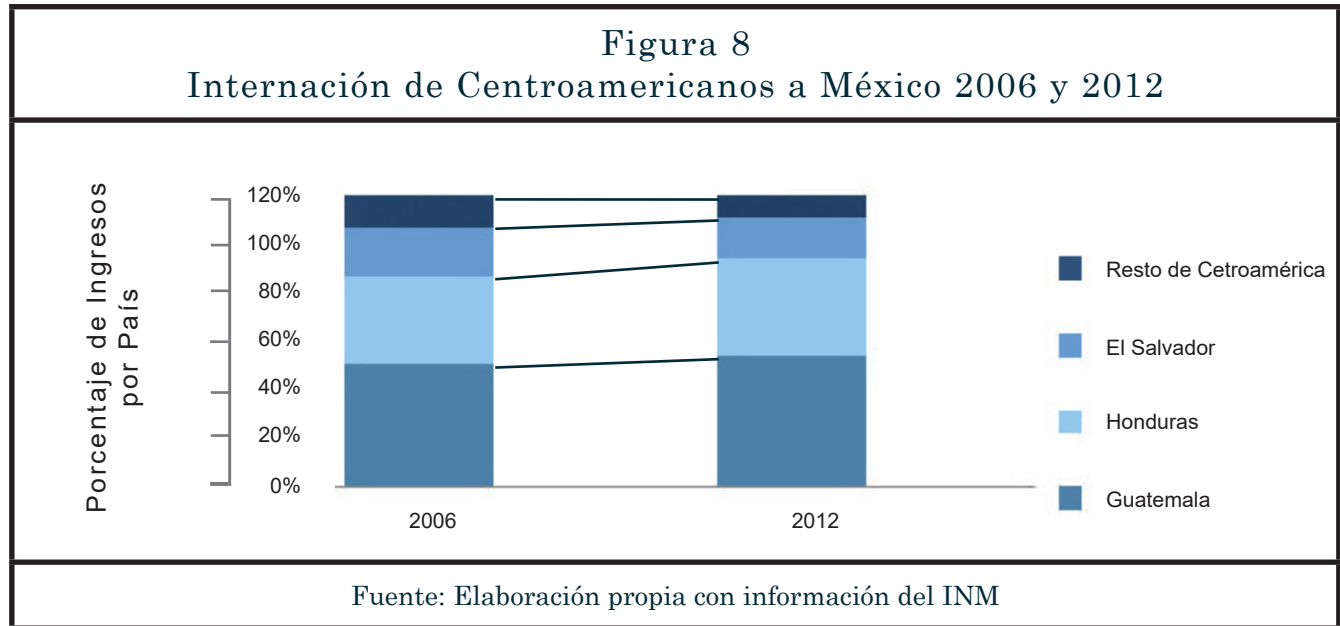
Para el inicio del nuevo siglo en el año 2000 el estimado fue de 236 mil eventos de tránsito irregular por México, en la figura 6 podemos observar la tendencia anual, iniciando con 236 mil eventos en 2000, en 2005 donde se alcanzó el nivel más alto y cómo a partir de 2006 la tendencia cambia a la baja, y se observa una reducción en orden del 70% para el periodo 2005-2010, al pasar de 433 mil a 140 mil eventos entre ambos años, siendo los dos últimos años de este periodo donde los flujos parecen estabilizarse (17).



Por otro lado en el periodo comprendido entre 2007 y 2010, se estima que por la frontera Sur de México se produjeron anualmente 1.9 millones de entradas de extranjeros en promedio, no incluyendo los movimientos locales entre las riberas del río Suchiate, de ésta cifra se desprende una división mostrada en la figura 7, donde reconocemos tres tipos de migración, la local – temporal, la migración de tránsito y por último migración destino (17).



La internación de migrantes irregulares a México es principalmente de Centroamericanos, según el INM en el censo de 2006 del total de extranjeros detectados sin permiso de internación y estancia, el 94% (223 mil) corresponde a migrantes centroamericanos, contra el censo de 2012 donde ya es 92.2% (78 mil) aquellos de origen centroamericano, sin embargo, aun cuando la tendencia de ingreso por país de origen se incrementa en cada caso, la tendencia numérica demuestra la disminución de los flujos, de 2006 a 2012 en un orden del 65%, como podemos observar en la figura 8, a continuación.



Sin embargo y aun con cualquier problema al generar las estimaciones, las cifras en la migración por México se ven contradictorias a los datos de migración internacional los cuales siguen manifestando un incremento en la emigración centroamericana, la marcada diferencia hace notar que la disminución migratoria es solo en dirección México – EEUA, ésta disminución se puede relacionar a dos grandes factores, las diversas circunstancias relacionadas a seguridad y tránsito, dada por la creciente inseguridad en México y la situación similar en EEUA como país destino.

La inseguridad a la que el migrante se ve expuesto, se refleja en datos como que en 2007 México ocupaba el lugar 107 de 158 en el índice de paz mundial y para el año 2012 llegó al lugar 135, en ese mismo año 9 ciudades mexicanas principales se incluyeron dentro de la lista de las cincuenta ciudades más peligrosas del mundo (18).

Éste riesgo es localizado principalmente en la zona norte del país, considerando que Ciudad Juárez fue catalogada de 2009 a 2011 en el segundo lugar mundial, y en 2012 fue superada por otras ciudades mexicanas como Culiacán-Sinaloa, Torreón-Coahuila y Nuevo Laredo-Tamaulipas, igualmente fronteras, con puntos de internación al territorio americano, todas ellas localizadas dentro de los primeros 15 lugares, todo esto como prueba de la inseguridad y peligros a los que el migrante se ve expuesto, sumado a la falta de derechos que conciernen a su situación de tránsito irregular.

Por otro lado la desaceleración y crisis económica de EEUUA como país destino, y el mayor control migratorio por parte de ese país en su frontera sur, que desde 1994 con el inicio de la creación del muro fronterizo, hasta su último gran cambio en 2007, cuando se aplicó el programa Jump Star, colocando a 18 mil agentes migratorios, a lo largo de los 3,185 km de la frontera entre México y EEUUA (19), y la actual situación política referente a la reforma migratoria, son solo algunas de las condiciones que disminuyen o condicionan el ritmo de los flujos migratorios a través de México y hacia dicho país (17).

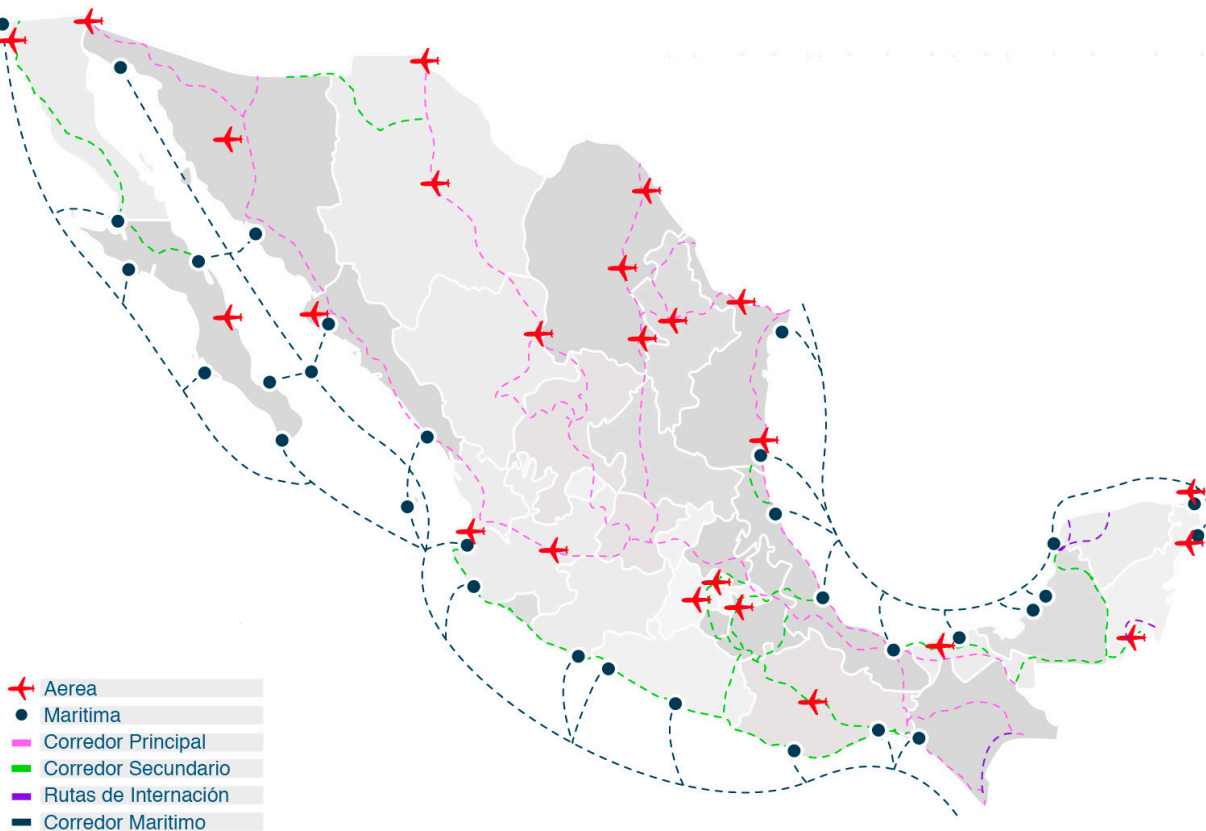
4. Rutas Migratorias y las Fronteras Mexicanas

Durante este capítulo se abordan en la primera parte, las diferentes rutas migratorias que los migrantes irregulares utilizan en su camino por territorio mexicano, como se clasifican de acuerdo a las características que presentan cada una, a continuación se desarrolla la situación migratoria que se presenta en las fronteras mexicanas, relacionando la ruta utilizada e iniciando una presentación de los factores de riesgo y en algunos casos de apoyo que las mismas rutas presentan para el migrante centroamericano.

4.1 Rutas Migratorias

Durante 2010 el corredor México-EEUUA se colocó como el principal corredor migratorio a nivel mundial con un flujo de migrantes de 11.6 millones a ese año, cifra que considera todo tipo de migración y de personas, las rutas que integran este corredor dentro de México se pueden observar en la imagen 1, seguido por el corredor Federación de Rusia-Ucrania con 3.6 millones, y en tercer lugar el corredor Bangladesh-India con 3.3 millones, sumado a estos se considera otro corredor dentro de Centro América y EEUUA llamado corredor El Salvador-EEUUA considerado con 1.1 millones de migrantes anuales en 2010 (15).

Imagen No. 1
 Principales Rutas Migratorias del Corredor Mexicano



Fuente: Fuente: con información de “Las Rutas de los Centroamericanos por México, un Ejercicio de Caracterización, Actores Principales y Complejidades” y del INM-SEGOB
 elaboración por Millán Hernández Erika G. ENEO-UNAM y DyCV Carrasco Rodríguez Edgar

Para hablar sobre las rutas de internación o rutas migratorias es importante poder entenderlas, desarrollar una clasificación basada en como los migrantes irregulares las emplean, nos ayuda a entender el propósito y la importancia que tiene cada ruta o porción de éstas.

La primer división por vía se da a partir de la decisión que toma el migrante irregular que emplea la ruta migratoria, puede dividirse en primaria o secundaria y se pueden generar rutas alternativas o una combinación de éstas, es así que una misma ruta puede tener un tramo primario pero no serlo en su totalidad (20).

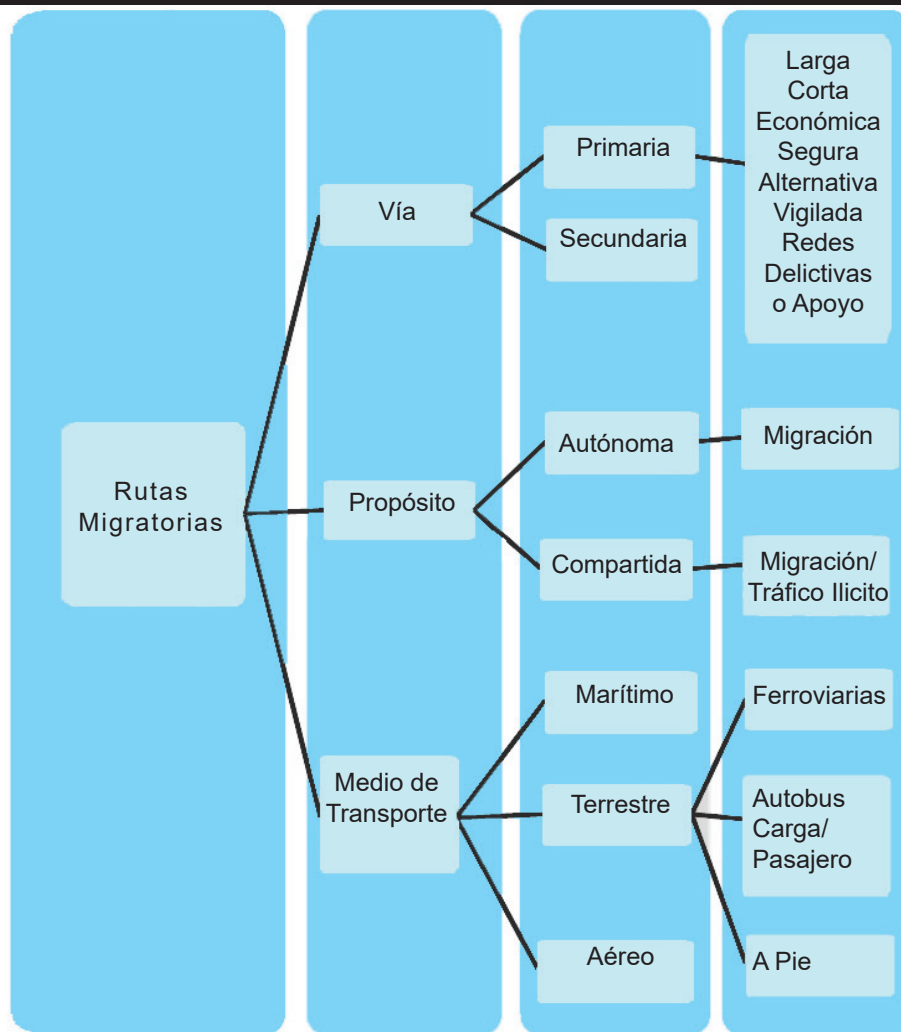
Al contrario de la primera, la segunda división, por propósito, no depende completamente del migrante y en ocasiones el encuentro de los flujos migratorios con las redes delictivas, que transforman la ruta de ser autónoma a ser compartida, se da bajo el desconocimiento de los propios migrantes.

La tercera división por transporte, depende de la decisión del migrante, cuando decide emplear los medios de transporte locales para sus propósitos personales.

Paralelo a la división de las rutas se localizan puntos de importancia para los flujos migratorios, de acuerdo al movimiento que en cada uno se presenta se da una diferente denominación (20), estos son las plataformas; los puertos de enlace o nodos y por último los sitios de paso.

La diferencias por vía, propósito y transporte que se eligen, sirve para entender el que, algunos flujos empleen una ruta, que en su camino se desvíen por decisión u omisión y tomen otra, para más adelante regresar a la primera o generar una tercera, pero, que cualquiera de estas decisiones corresponde más a su propio instinto y decisión que a la accesibilidad a los diferentes medios de transporte que se dispone como a continuación se muestra en el Cuadro 1.

Cuadro 1
División y Subdivisión de las rutas migratorias



Fuente: Elaboración propia con información de 'Las Rutas de los Centroamericanos por México, Un Ejercicio de Caracterización, Actores Principales y Complejidades

4.2 Fronteras Mexicanas

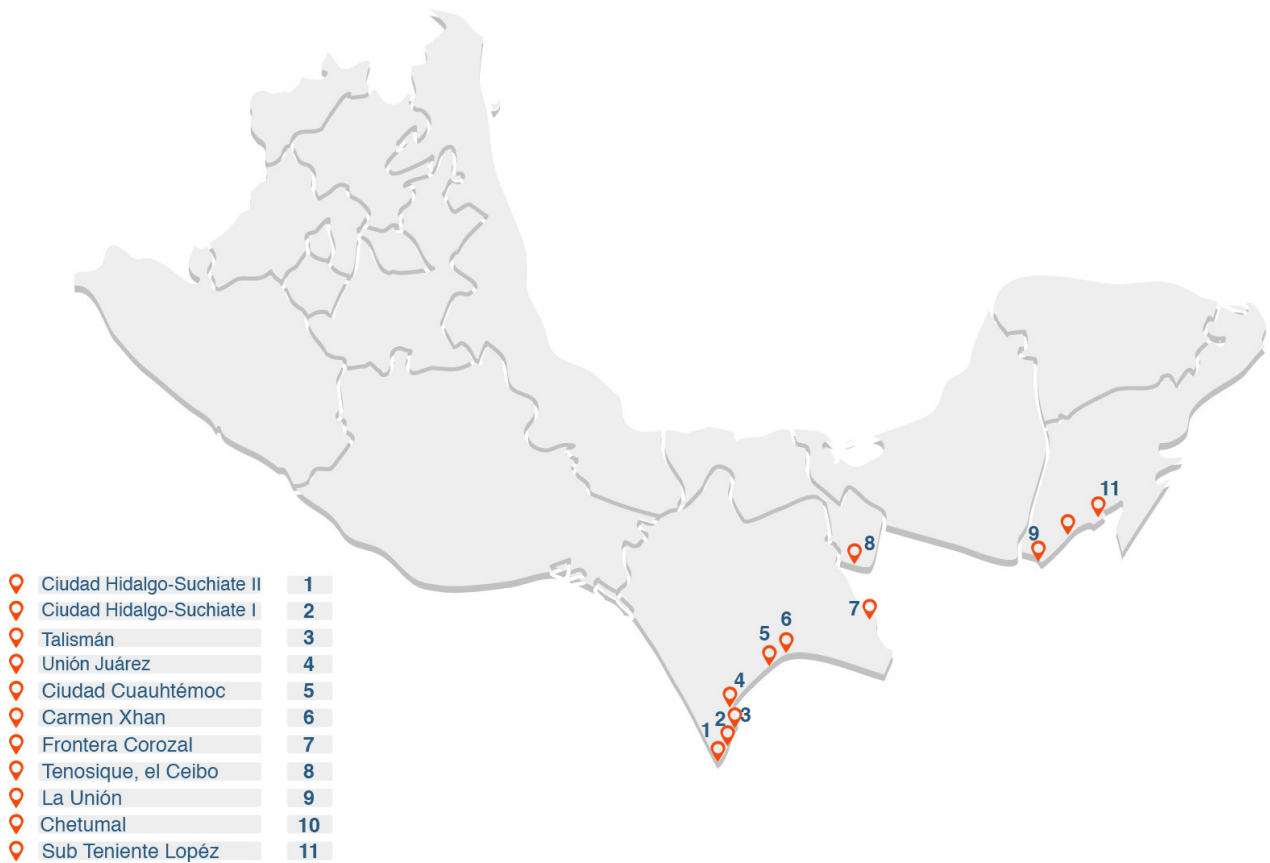
Las dos fronteras de México se consideran espacios de vulnerabilidad para la seguridad y el paso de los migrantes, la frontera Norte que limita EEUUA, en los estados de California, Arizona, Nuevo México y Texas, vive intensamente los problemas generados por el establecimiento de organizaciones criminales en ciudades como Tijuana - Baja California, Ciudad Juárez - Chihuahua, Nuevo Laredo, Matamoros y Reynosa –Tamaulipas.

Por otra parte en la Frontera Sur de México donde colindan los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo con Guatemala y Belice, el tráfico de migrantes, principalmente centro y suramericanos, se ha vuelto un grave asunto humanitario dado el incrementado tráfico de personas desde las fronteras de Guatemala y Belice hacia Estados Unidos (21), generando así el marco en el que México y Centroamérica tienen un papel ligado en el tema migratorio.

Primera Frontera

Dada la creciente población transitando por la frontera Sur de México que se ve reflejada en capítulos anteriores, es importante mencionar datos específicos sobre ella y las rutas de internación que en ésta se generan, así como una semblanza de los diferentes riesgos a los que se expone el migrante en su ingreso a México, por ejemplo existen 11 diferentes puntos de internación, como se muestra en la imagen 2 a continuación, con presencia de autoridades migratorias mexicanas a lo largo de los 1,149 kilómetros de frontera entre México con Belice y Guatemala, sin embargo se considera que para uso de los flujos de migrantes irregulares existen más de 200 puntos de internación entre la selva, los ríos, las zonas costeras y cualquier punto dentro de esta franja fronteriza.

Imagen No. 2
Puntos Destinados al Tránsito Internacional de Personas Frontera Sur de México



Fuente: con Información del INM-SEGOB, elaboración por Millán Hernández Erika G. ENEO-UNAM y DyCV Carrasco Rodríguez Edgar

Si bien la frontera Norte de México, por la vecindad a EEUUA es la que, histórica y actualmente, tiene mayor vigilancia, corrupción y tensión, la frontera Sur empezó a cobrar importancia para los gobiernos y sus políticas migratorias (13); en México se han localizado 172 puntos de internación, de los cuales 48 están el sur del país, dentro de este contexto, el uso de trenes de carga como medio de transporte para estos flujos migratorios que inician en el Sur de México, se presenta como una opción, de relativo bajo costo, aunque no gratuitas, ya que existe la necesidad de realizar diferentes pagos durante el trayecto que la migración por esta ruta implica.

Por ejemplo la ruta del Soconusco en el Sur de México se consolidó, desde la década de 1990, como una de las principales rutas de acceso e inicio del recorrido, por la oportunidad de emplear la vía ferroviaria, construida en 1908, que va de Chiapas a Tamaulipas, como principal medio para llegar de Centroamérica a EEUUA (22), siendo este medio utilizado mayoritariamente por los migrantes con menos recursos (20).

Dentro de las expectativas de cobro que se presentan sobre este tipo de rutas, las primeras son grupos de personas denominados “polleros o coyotes” quienes con la promesa de ayudar a transitar al migrante imponen cuotas variadas, las redes delictivas, que por ejemplo en el Sur de México se han instalado en tramos como Pijjiapan y Arriaga – Chiapas tienen otras cuotas por dejar pasar al migrante,

Sumado a esto, están los mismos funcionarios públicos de diferentes localidades quienes también lucran con estas poblaciones en riesgo, guardias y/o trabajadores de las rutas ferroviarias que sea, para dejarlos abordar o descender del tren, avisarles si existe algún reten o no, imponen un costo más, y es así que cada uno de éstos y otros actores esperan recibir una remuneración, ya sea económica y/o física-sexual en el caso principalmente de mujeres y niños, solo por dejarlos transitar y sin garantizar seguridad alguna.

Sumado a los riesgos que la población y autoridades mexicanas representan para los migrantes irregulares, se presentan los riesgos geográficos, por ejemplo en el inicio de estas rutas migratorias, desde las zonas fronterizas e iniciando dentro del territorio mexicano en los estados del Sur de México, se presentan climas poco beneficiosos para la salud y un relieve difícil de cruzar al intentarlo por caminos alternos a los establecidos normativamente.

Las rutas ferroviarias tienden a ser más estrechas en la zona sureste de México, iniciando generalmente en Chiapas y Tabasco, dentro de Tapachula y Tenosique respectivamente, entre otras localidades, y marcando a éstas mismas como las primeras plataformas para los migrantes dentro de territorio mexicano.

Durante 2005 cuando por motivos climáticos, la estación ferroviaria de Tapachula fue cerrada, la migración cambió de localidades, recorriéndose hacia Ciudad Hidalgo y Arriaga, aunque consecuentemente se redujeron los flujos durante la temporada en que el tren estuvo detenido, los flujos que aún permanecían se exponían a situaciones más graves, puesto que el tiempo que les tomaba llegar a estas nuevas estaciones era más largo y por lo tanto los riesgos mayores.

Conforme los flujos migratorios avanzan y dado que se valen de los medios existentes dentro del territorio mexicano, estas rutas suelen diversificarse y ampliarse, acercando a los migrantes a lugares como Oaxaca-Oaxaca o Palenque y Córdoba en Veracruz, posteriormente hacia el centro del país en los estados de Hidalgo, Morelos y Estado de México, derivado de la geografía que se tiene en el país y la formación de mayor infraestructura hacia estas zonas.

Otros son los riesgos se presentan durante todo el trayecto, en los espacios públicos, como plazas, mercados, centrales de autobuses, estaciones y patios de redes ferroviarias, puesto que aquellos migrantes de tránsito irregular que cuentan con bajos o nulos recursos suelen instalarse y transitar de manera vulnerable mientras se re direccionan en la ruta.

Por lo tanto se convierten en espacios que las redes delictivas de traficantes usan para instalar grupos, con el propósito de atraer o enganchar migrantes, buscar y encontrar posibles coadyuvantes para el trasiego de mercancía ilícita o simplemente de cobrar las cuotas que tienen establecidas, y donde los pobladores con comercios pueden generar otros abusos mediante el cobro exagerado en el consumo de alimentos y prestación de servicios generales.

Segunda Frontera

La frontera Norte de México que limita EEUUA, en los estados de California, Arizona, Nuevo México y Texas, vive intensamente los problemas generados por el establecimiento de organizaciones criminales en ciudades como Tijuana - Baja California, Ciudad Juárez - Chihuahua, Nuevo Laredo, Matamoros y Reynosa –Tamaulipas, estos conflictos se incrementaron durante los años noventa, cuando las principales organizaciones criminales de México se enfrentaban por el control de los territorios.

Esto se explica dado que, a mayores territorios de dominio mayor capacidad para el movimiento mercancías ilícitas, por lo tanto, bajo efecto dómimo esas confrontaciones afectaron al migrante, se redujeron los espacios de internación al territorio americano y aumentaron de forma directamente proporcional los riesgos y problemáticas a los que el migrante se enfrenta.

Las rutas de paso de estos flujos migratorios irregulares se volvieron compartidas con alguna ruta utilizada para el tráfico de materiales ilícitos como armas o drogas, así el migrante corre mayores riesgos de algún abuso o transgresión, por parte de estas organizaciones, como el ser secuestrado, violado, robado o golpeado, esto por el solo hecho de ser considerados como un punto que llama la atención de las autoridades hacia estos puntos irregulares de internación, en algunos otros casos el migrante puede ser usado como “burro” para el ingreso de estas materias ilícitas.

Sumado a esto, si bien la frontera es mucho más extensa en territorio, los puntos de internación regulares, que son 32 (7) como se puede apreciar en la imagen 3, e irregulares, de los que no se tiene estimación, cuentan con mayor vigilancia de autoridades migratorias de ambos países y como se espera mayor inseguridad por mayor presencia de redes delictivas; así mismo las características geográficas, desde zonas montañosas, hasta los desiertos áridos donde las situaciones climáticas son extremas del frío al calor representan un riesgo sumado, para la migración de estos flujos irregulares.

Imagen No. 3 Puntos Destinados al Tránsito Internacional de Personas Frontera Norte de México



Fuente: con Información del INM-SEGOB, elaboración por Millán Hernández Erika
G. ENEO-UNAM y DyCV Carrasco Rodríguez Edgar

5. Casas De Migrantes

Otro aspecto que ha jugado un papel determinante en el flujo migratorio ha sido, la creciente formación de redes de apoyo por parte de la sociedad civil y diferentes organismos que dan atención directa a los migrantes centroamericanos (23), las cuales se localizan a lo largo de todas las rutas.

Los migrantes llegan a encontrar casas de seguridad de las redes delictivas, instauradas en lugares estratégicos de las rutas principales de migración, algunas ubicadas en hoteles económicos o casas que tienen la apariencia de estar abandonadas, pues suelen ser lugares de atractivo para los migrantes irregulares, quienes tienen la necesidad de pasar la noche en alguna localidad, éstas se localizan desde la zona sur-sureste del país, localidades y estados del centro ciudades llegando hasta la zona fronteriza del norte mexicano.

A partir de la necesidad de estos flujos migratorios, observada por la población mexicana, los cuales mantenían una presencia relevante y constante en su paso por las diferentes poblaciones del país, nacen las casas, centros de acogida o comedores comunitarios, al ir creciendo el interés altruista humanitario en la población local y con ayuda de organizaciones no gubernamentales, se generaron redes de apoyo con diferentes localidades a lo largo del país, con el único fin de ayudar y resguardar al migrante.

Estas redes de apoyo han logrado formar centros físicos para generar ayuda a los migrantes irregulares en su paso por el territorio mexicano, en algunos casos se han establecido dentro de iglesias, en otros se ubican dentro de casas rentadas o construidas y operadas por medio de la cooperación entre éstas organizaciones, voluntarios, la comunidad donde se establecen y en muchos casos, de migrantes que sean de corta o mediana estancia se integran a colaborar.

Generalmente funcionan solo como centros de acogida y convivencia, donde se proporciona alojamiento, asistencia alimentaria, apoyo espiritual, orientación geográfica y de transporte, servicios de salud como primera atención médica, servicios de limpieza, al mismo tiempo que se procura la defensa y promoción de los derechos humanos.

Estos centros u organizaciones voluntarias se encuentran a lo largo de todo el territorio mexicano y en algunos casos al otro lado de la frontera tanto sur como norte del país; por ejemplo desde Centroamérica y hasta la frontera norte de México existen las casas del migrante “Scalabrini”, en Chiapas Hogar de la Misericordia, en Tabasco el albergue “la 72” y Casa del Migrante Tenosique, Hermanos en el Camino en Oaxaca, Casa Peregrino en Quintana Roo, comedor San José Huehuetoca en Estado de México, las Matronas de Fundación Acua en Veracruz, Casa del Migrante en Michoacán, Los Ángeles del Desierto en zonas de la frontera norte del país y en sus homologas en EEUA, entre otros más (24).

Un riesgo sumado, es el estrés por hostigamiento, que aun contando con estos centro de apoyo se presentan, hay ocasiones donde las autoridades o redes delictivas intentan intervenir dentro de éstos con la intención de retener al migrante, ya sea, para ser deportado o con la intención de engancharlos dentro de la organización delictiva o para influenciarlos en la contratación de los servicios de un pollero o coyote para el cruce de las fronteras, aun en contra de la voluntad de aquellos que dirigen o participan como voluntarios en estos centros.

Derivado de este hostigamiento, la ayuda suele ser poco regular y raramente fija, algunos centros han desaparecido, como ocurrió en Veracruz, donde solo quedan grupos de voluntarios que realizan acciones de ayuda al pie de las vías férreas, otros más están en proceso de conformación o cambio de localidad como el comedor de Huehuetoca en el Estado de México, algunos mas no son centros físicos de acogida pero brindan ayuda humanitaria.

Lamentablemente no todos ponen especial atención en las violaciones a los derechos humanos o a las situaciones de salud en esta población tan irregular y al mismo tiempo tan desamparada, en ocasiones la coordinación mutua de estos centros es baja o nula por lo alejado de las localidades donde se ubican, las grandes distancias que puede haber entre una y la siguiente, así como por la falta de personal o voluntarios; la difusión de la existencia de estos centros, para con los migrantes, es también limitada dada la irregularidad y diferentes afluencias con que se dan los flujos migratorios irregulares.

6. Salud y Migración

La salud según la OMS, es definida como el “estado de bienestar físico, mental y social y en armonía con el medio ambiente y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”, considerada como en derecho universal que todas las personas deben gozar (25).

En el contexto migratorio, la salud se ve expuesta desde que se presenta la toma de decisión con respecto a migrar, en tanto que existen factores de riesgo por las condiciones en las que el migrante sale de su país de origen, como puede ser el caso de la violencia y la pobreza; así como el tránsito de un país a otro utilizando medios de transporte que ponen en riesgo sus vidas, las características del clima, la alimentación, las características de las zonas geográficas y, por supuesto, otros aspectos de la violencia, estas condiciones, sumadas al estado de salud del que gozan las personas antes de salir de sus países pueden ser detonantes de problemas agudos de enfermedad (9).

6.1 Alimentación

La alimentación es un factor más que predispone generalmente, en perjuicio y no en beneficio, la salud del migrante, pues el cuerpo adapta sus mecanismos biológicos a las contenidos alimentarios y a la forma o tiempos en que estos se consumen, por lo que un cambio alimenticio entre más brusco sea, mayores consecuencias tendrá en la salud.

Se produce un efecto físico adverso, por cualquiera de las tres situaciones más comunes, que son uno al ingerir un alimento que no corresponde a la dieta común, como por ejemplo el chile para el caso de las culturas centroamericanas, lo que puede provocar un desequilibrio gástrico, dos al decidir no consumir alimentos porque contengan esos productos a los cuales no están acostumbrados (9), o tres, no por decisión, si no por inaccesibilidad, los largos periodos de inanición durante la migración, que desencadenan un doble desequilibrio físico cuando al volver a consumir alimentos el organismo sufre y se desarrollan enfermedades, más comúnmente las diarreas.

La diarrea del viajero es la enfermedad más común que afecta a cualquier tipo de viajero, si sumamos las condiciones antes descritas para este tipo específico de viajeros, como migrantes irregulares, la predisposición puede aumentar; usualmente la diarrea se presenta durante la primer semana de viaje, aunque puede presentarse en cualquier momento durante el trayecto, los adultos jóvenes comprendidos, según la OMS, entre los 20 y los 24 años de edad, y por otras fuentes entre 18 y 35 años, son el grupo más expuesto a episodios diarreicos.

A pesar de ser una enfermedad auto limitada, la hidratación oral es altamente recomendable, para restablecer los líquidos y electrolitos perdidos, sin embargo las limitantes a las que el migrante irregular se enfrenta pueden provocar complicaciones por deshidratación o cualquier otra secundaria a la infección y a la falta de acceso a tratamiento oportuno.

6.2 Riesgos Epidemiológicos

La exposición a los cambios climáticos o a los climas locales de las regiones por las que transitan los migrantes irregulares es otro factor sumado, por ejemplo en el sur y sureste del país donde el clima suele ser tropical o cálido húmedo con lluvias en diferentes estaciones, donde la geografía interpone ríos, y mantos acuíferos las principales afecciones que rondan la salud del migrante independientemente de la diarrea, son el paludismo, el dengue con su complicación más severa de dengue hemorrágico, la oncocercosis, leishmaniosis y la enfermedad de chagas.

El *paludismo* o *malaria* es una enfermedad presente a nivel mundial, y aunque es principalmente un riesgo en el continente africano, en América Latina se mantienen campañas de prevención ya que el 36% de los países americanos tienen zonas de riesgo, específicamente en México al año 2000, del promedio de 100 millones de habitantes el 85% compartían riesgo, el 42% bajo, 22% un riesgo moderado y 21% en un alarmante riesgo alto (26).

Los estados con mayor riesgo e incidencia se localizan por la línea del pacífico en estados como Chiapas, Oaxaca y Sinaloa más al norte del país, y por la costa del golfo de México en los estados de Tabasco y Quintana Roo, mayormente concentrado en los estados limítrofes con Guatemala, Chiapas y Tabasco, lugares sobre los cuales ocurre mayoritariamente la internación de los flujos migratorios irregulares.

La transmisión se da principalmente por vector, picadura de mosquito de la familia anopheles, aunque también se puede contagiar de forma vertical madre-feto o por transfusión sanguínea aunque es más raro, el periodo de incubación es entre 7 y 20 días, suele iniciar con fiebre y síntomas como de influenza, que pueden ocurrir a intervalos sin complicaciones, la malaria se asocia a ictericia o anemia, en casos severos se pueden presentar confusión, convulsiones e incluso síndrome respiratorio agudo o falla renal (*ibidem*).

El *dengue* por su parte es endémico en las aéreas tropicales y subtropicales a nivel mundial, ligadas a la existencia del vector transmisor que también es un mosquito de la familia aedes aegypti, en el año 2000 en México se detectaron 1714 casos (26), localizados principalmente en los estados Tamaulipas,

Morelos, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz, Guerrero y Colima.

La presencia de *dengue hemorrágico* se atribuye a que la población ha tenido contacto con diferentes serotipos de la enfermedad y el vector no ha sido controlado, al año 2000 solo se reportaron 67 casos (*ibidem*) específicos de dengue hemorrágico en México, siendo Veracruz, Tamaulipas y Nuevo León los estados que han tenido mayor incidencia en el desarrollo de esta complicación.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad se presentan abruptamente después de un periodo de incubación con rango entre 3 y 14 días, y son escalofríos, fiebre elevada, mialgias, artralgias y malestar general, el cuadro clínico varía desde un estado asintomático o auto limitado en la mayoría de los casos, hasta un estado de dengue hemorrágico y estado de choque con una mortalidad de hasta el 40% acorde a los reportes en México.

Los factores que condicionan el resurgimiento del dengue y dengue hemorrágico son variados, primero los esfuerzos por controlar el vector han sido insuficientes, así como la resistencia a insecticidas, el crecimiento de la población y sobre todo el aumento en desplazamientos de población dentro y entre países.

Es en esta parte, en la cual el migrante centroamericano juega un papel importante de riesgo para la expansión de esta enfermedad, pues a pesar de que, tanto México como Centroamérica se consideran regiones endémicas, el movimiento migratorio predispone al contacto con otros serotipos, por lo tanto a mayor riesgo de complicaciones, así como a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno, al encontrarse en un país que no es el natal y que se maneja con muchas brechas en cuanto a derechos y principalmente acceso a la salud para estas poblaciones.

Otra enfermedad que puede significar un riesgo latente para esta población es la *leishmaniasis*, geográficamente la leishmaniasis es cosmopolita, en México es común en la región sureste y en países centroamericanos como Guatemala y Honduras; en el año 2000 fueron reportados 356 casos (26) distribuidos principalmente en Veracruz, Tabasco, Campeche, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo, y en otros más al norte como Michoacán, Nayarit, Sinaloa y Coahuila.

Ésta es otra enfermedad transmitida por vectores, insectos hematófagos de la subfamilia phlebotominae, abundantes en zonas boscosas y aéreas rurales, principalmente durante los meses calurosos y con lluvias, dentro del ciclo vital de la enfermedad el hombre no es necesario y funge generalmente solo como huésped accidental.

Las manifestaciones suelen depender de la respuesta del huésped y la especie de infección(*ibidem*); la primera y más común es la forma cutánea, caracterizada por úlceras dolorosas que pueden progresar a úlceras abiertas, la segunda la forma mucocutánea, es resultante de la aparición de lesiones metastásicas en mucosas, principalmente en orofaringe más las úlceras cutáneas, la tercera forma es visceral y es una afectación sistémica de la infección.

La *oncocercosis* es una enfermedad causada por una larva filaria, cuyo vector es un insecto de la familia simulium, en México existen tres focos endémicos (26) de infección, los cuales por su localización geográfica uno en Oaxaca, sobre la cuenca del río Papaloapan, y dos más en Chiapas, uno al sur en su frontera con Guatemala y otro al norte en su colindancia con Tabasco, ponen en riesgo a estas

poblaciones irregulares en migración, pues uno se encuentra con puntos de internación a México y los otros dos se localizan en puntos sobre las rutas migratorias.

El periodo de incubación a partir de la picadura de insecto, toma de 3 meses y hasta un año para que la larva madure, ya en este estado las larvas pueden vivir hasta por 15 años en el cuerpo humano, alojadas en nódulos linfáticos, en piel, sangre y en algunos casos severos se llegan a encontrar larvas en esputo, saliva y lágrimas.

Dado que la colonización es masiva, las primeras larvas pueden ser detectadas entre 10 y 12 días después de la picadura, sin embargo esta no es una enfermedad de transmisión horizontal, las principales manifestaciones son rash cutáneo, nódulos subcutáneos y en algunos casos problemas visuales, secundarios a la reacción sistémica del cuerpo cuando las larvas mueren.

La enfermedad de *chagas* o *tripanosomiasis americana*, es una más de la lista de riesgos a los que se expone el migrante, exclusiva de la región Americana distribuida desde México y hasta Argentina, en México se considera como probable área endémica el territorio ubicado a menos de 1800m snm, los casos notificados han sido en los estados de Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Zacatecas, Yucatán, Veracruz, estado de México, Sonora y San Luis Potosí, con 98 casos reportados en 2000 (26), aunque se considera que como otras enfermedades existe sub registro por falta de diagnóstico y reportes inadecuados.

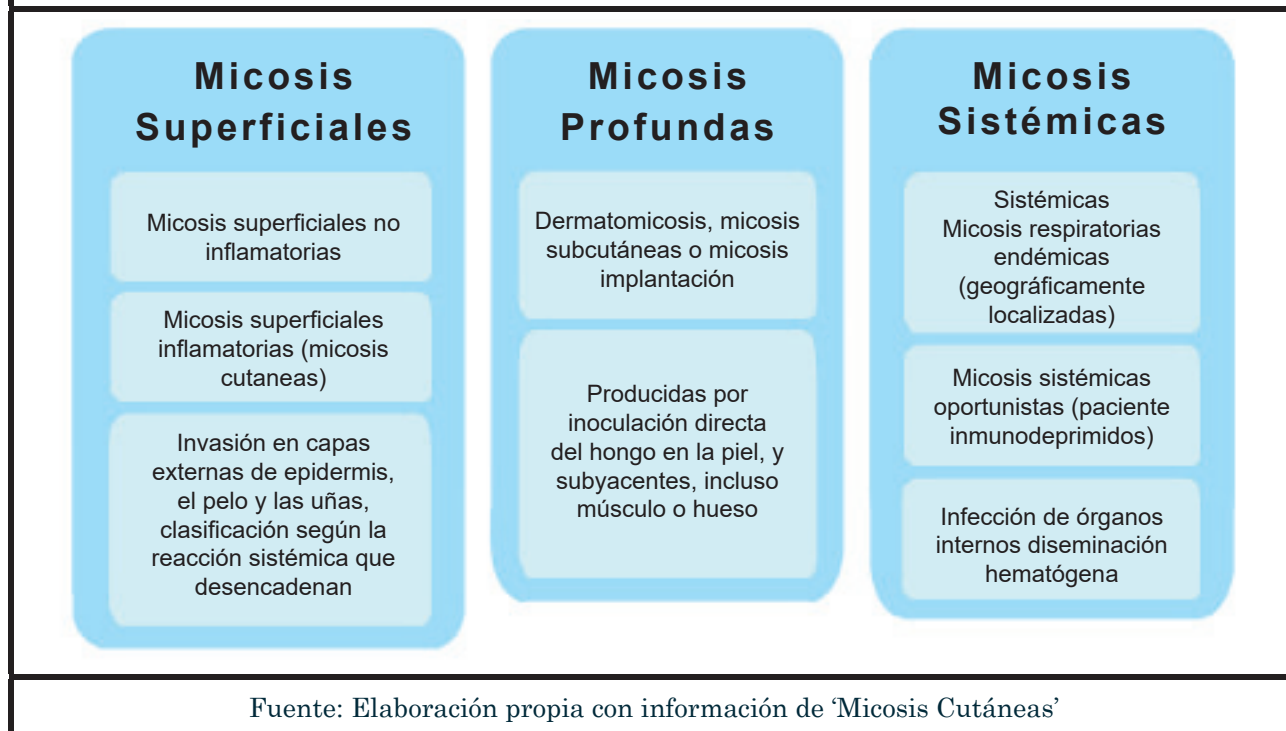
Para la enfermedad de chagas, los principales vectores son *triatoma berberí* y *triatoma dimidiata*, transmitida cuando el vector defeca o muerde y accidentalmente transmitida a la piel o mucosa de ojos, boca o nariz, cuando la persona rasca el lugar de picadura, de forma vertical madre-feto o por consumir comida o jugos frutales contaminados.

La enfermedad se caracteriza por dos fases (*ibidem*), la aguda que puede durar hasta por 90 días y que inicia en el momento de la inoculación del parásito y la reacción inflamatoria local, nódulo rojizo acompañado generalmente de crecimiento ganglionar, con síntomas clínicos como fiebre, y adenopatías ganglionares axilares e inguinales, exantema, anemia, mialgias, artralgias, y diversos grados de insuficiencias cardiacas; y la fase crónica resultado de la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno que deriva en alteraciones a nivel nervioso central y periférico, que puede durar años e incluso décadas, con cardiopatías graves como su complicación más severa y generalmente mortal.

Independientemente de las enfermedades por vector, a las que exponen climática y geográficamente, la forma en que se desarrolla la migración es un factor de riesgo, al igual que para la diarrea, para el desarrollo de micosis y de infecciones de transmisión sexual.

Las *micosis* se pueden clasificar de dos formas, la primera es clínica, basada en la localización de la infección fúngica y mayormente empleada, que podemos observar en el cuadro 2 a continuación, y la división etiológica o microbiológica, según el agente causal en hongos filamentosos, hongos dimorfos y levaduras.

Cuadro 2
Cuadro Clínico de Micosis



Las más comunes son las micosis superficiales inflamatorias, de las cuales la tinea pedis, causada por dermatofitos, en la planta del pie es considerada como la infección fúngica más común cuando se presenta en el dorso se considera tinea corporis y el diagnóstico diferencial puede ser eccema de contacto, psoriasis vulgar o sífilis secundaria.

Se desarrolla de manera crónica debido a diferentes factores, la falta de glándulas sebáceas en zonas plantares, las cuales producen una secreción con sustancias fungistáticas, al ambiente húmedo por el uso de calzado cerrado o la falta de ventilación rutinaria en pies y calzado, es caracterizada por eritema, descamación y maceración de los espacios interdigitales con formación de fisuras (27).

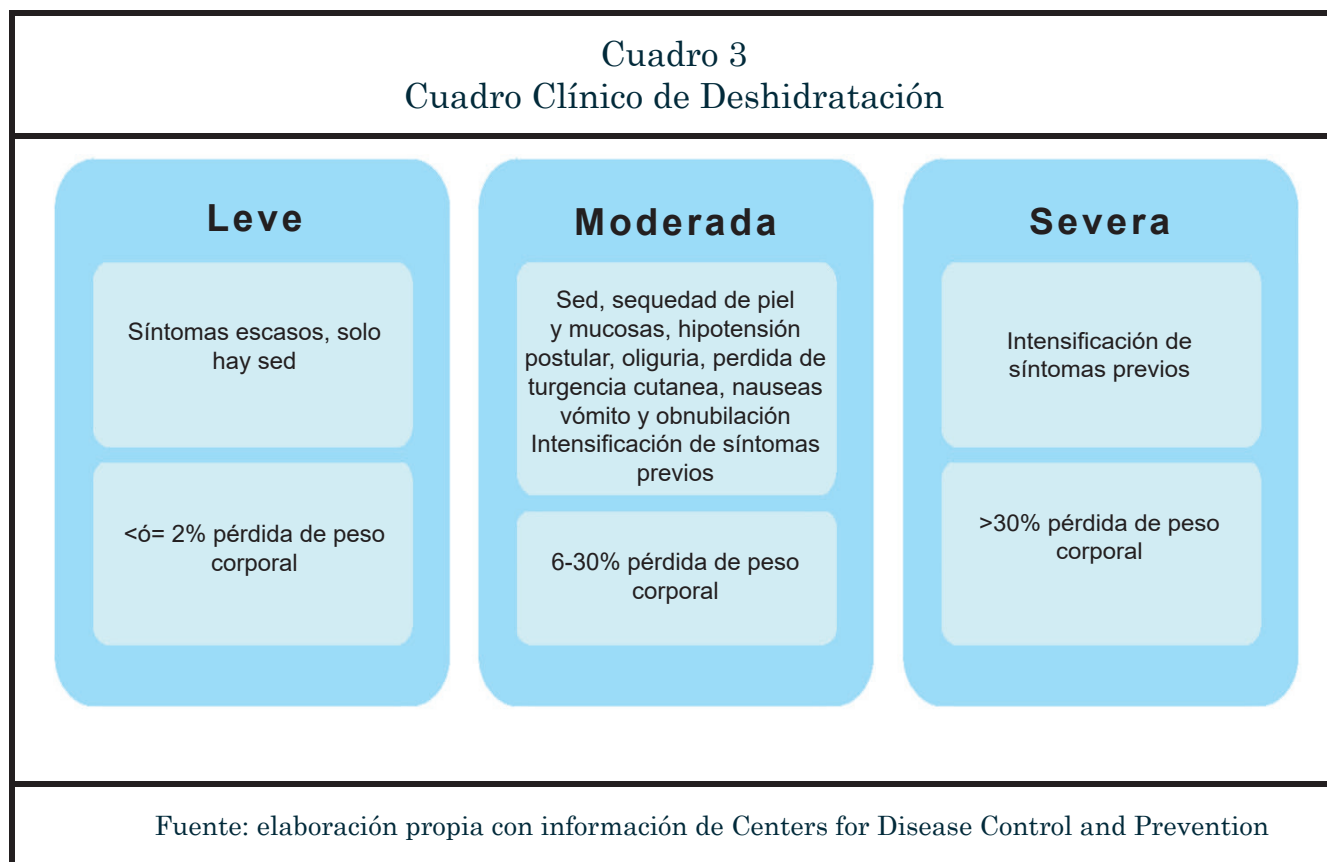
En el caso de las migraciones, las *ITS* son recurrentes, al menos el 20% de los viajeros tiene relaciones sexuales con desconocidos durante el viaje (28), y siempre que se tenga contacto sexual sea anal, vaginal u oral, con el mismo género o diferente, de tener relaciones con sexoservidoras, o de sufrir una violación sexual, se está en riesgo de contagio de una *ITS*, los síntomas son diferentes dependiendo de la infección, y algunas pueden desarrollarse asintomáticas.

Algunos de los signos comunes son dolor al orinar o al tener relaciones sexuales, secreción del pene o vaginal, aparición inexplicable de rash, normalmente en área genital, e ictericia en algunos casos (29); para los migrantes irregulares el acceso a métodos de prevención para éstas infecciones suele ser limitado, contrario a la exposición que pueden tener, y el acceso a tratamiento adecuado y oportuno es casi nulo.

Las anteriores son algunas de las enfermedades a las que se expone el migrante desde el momento en que inicia su viaje, en su recorrido por el sur y en estados del centro de México, así como a los riesgos que en general implica el viajar; cuando cambiamos de escenario y ubicamos la frontera norte del país como siguiente meta, es importante reconocer que el riesgo cambia, alterado por la geografía y clima completamente diferentes a los que se expondrá el migrante.

La principal enfermedad que puede amenazar la salud del paciente es la *deshidratación*, no solo en climas desérticos pero si con mayor susceptibilidad en esas zonas.

El término se refiere a la pérdida de agua, sin embargo clínicamente es el cuadro resultante de la pérdida de agua y sodio del organismo, que se puede clasificar en tres etapas de acuerdo a su severidad, como se muestra en el cuadro 3 a continuación.



Por otra parte cuando la migración se interna hacia el norte del país se presentan como riesgo, las denominadas *enfermedades del desierto menores* (30) tales como calambres por calor, edema por calor y rash cutáneo por calor o por frío, heridas por congelación; y riesgos mayores como el golpe de calor y agotamiento por calor, y su contrario la hipotermia, sumadas a la esperada deshidratación y diarrea.

Los *calambres por calor* (*ibidem*), son contracciones musculares dolorosas, desarrolladas por realizar actividades físicas por tiempos prolongados y las pérdidas de sales por el sudor, bajo condiciones intensas de calor, principalmente en piernas y abdomen, lo cual puede implicar una alta incidencia para los migrantes, quienes durante las rutas suelen cruzar grandes distancias a pie; pueden desarrollarse

durante la actividad física o en horas posteriores cuando la actividad física se reduzca, el tratamiento es descanso prolongado y rehidratación oral, situaciones a las cuales el migrante irregular encuentra poco o nulo acceso.

El *edema por calor* (*ibidem*) representa un mayor riesgo para las mujeres pero no es exclusiva, se presenta principalmente en manos y pies y remite solo, pero se puede complicar si la exposición a altas temperaturas es prolongada y se suma actividad física constante, sin reposo.

El *agotamiento por calor* (*ibidem*) se considera el predecesor del golpe de calor, y aunque no existe una causa específica se relaciona con la pérdida de líquidos y electrolitos, se presenta con una inhabilidad para realizar cualquier actividad física, boca seca, sed excesiva, irritabilidad, o confusión, se puede tratar por medio de enfriamiento externo inmediato y rehidratación; sin embargo la progresión de los síntomas neurológicos como pérdida del conocimiento y convulsiones, junto con signos de deshidratación severa, son datos del golpe de calor y pueden derivar un estado de coma irreversible.

El *rash cutáneo* por calor es normalmente generalizado, y se debe a la falta de deshidratación y la excesiva sudoración presentada por el exceso de temperatura, el rash cutáneo por frío puede presentarse localizado o generalizado y se desarrolla por la simple exposición a temperaturas de 10°C o menos generalmente(*ibidem*).

Las *heridas por congelamiento* (*ibidem*) son daños dérmicos causados directamente por el frío, y de acuerdo al nivel de daño se clasifican como las quemaduras, lo más importante es prevenirlas y una vez que aparecen evitar más daño y procurar la curación, sumergir el área afectada en agua caliente, y analgesia farmacológica suele ser necesaria.

La *hipotermia* (*ibidem*) por otro lado se da por la exposición prolongada a temperaturas frías extremas, y se define en términos generales por tener una temperatura general corpórea de menos de 35°C, cuando las personas se enfrentan a un entorno en el que no pueden mantener el calor, primero sienten frío y ligeros escalofríos, después temores con la intención de generar fricción y subir la temperatura, hasta que las reservas energéticas se agotan y la temperatura corporal sigue disminuyendo.

En este nivel de la hipotermia se inicia la degeneración del estado neurológico de manera progresiva, hasta el punto en que si la persona alcanza una temperatura de menos de 30°C se cae en un estado de coma, el cual solo en un estado inicial se puede tratar con calentamiento corpóreo externo y es necesario vigilar el estado neurológico.

Sin embargo en la realidad de los migrantes irregulares transitando sobre las diferentes rutas, el acceso a servicios médicos o de rescate son muy escasos, en algunos casos nulos, y cuando alguna oportunidad se presenta y son rescatados por instituciones de asistencia gubernamental, dentro de las cuales se presenta la situación de deportación y por lo tanto el migrante prefiere no recurrir a ellas.

Con el fin de hacer frente a la afluencia de migrantes, numerosos gobiernos de los países de acogida han establecido centros de detención para el procesamiento, la evaluación sistemática y la gestión de los mismos migrantes, antes de permitirles que se establezcan en dichos países, si es que llegan a permitirlo, sin embargo, debido a la incapacidad y/o falta de voluntad de los países de acogida para invertir sumas importantes en salud y saneamiento para los centros de detención y los campos de refugiados, muchos de

esos campos están atestados y se prestan a la transmisión de enfermedades contagiosas y por lo tanto un riesgo sumado (4) y como se menciona antes el alcance de las organizaciones civiles es limitado.

7. Enfermería Transcultural

En esta última sección del marco teórico se abordan los principios de la enfermería transcultural, y su principal representante Madeleine Leininger, importante por su aplicación en la atención a personas migrantes, dado que en el enfoque que utiliza hace referencia a la necesidad de un cuidado holístico que comprenda la integración de la cultura de cada individuo, y por lo tanto la consideración del cambio o choque cultural que se produce con la migración.

La enfermería puede entenderse y abordarse como una disciplina claramente dualista. Por una parte corresponde al universo de las ciencias de la salud como objeto propio de conocimiento, pero por otra parte los sujetos de la disciplina, son objeto de las ciencias sociales y humanas (31).

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de junio de 1925 e inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St. Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social (32).

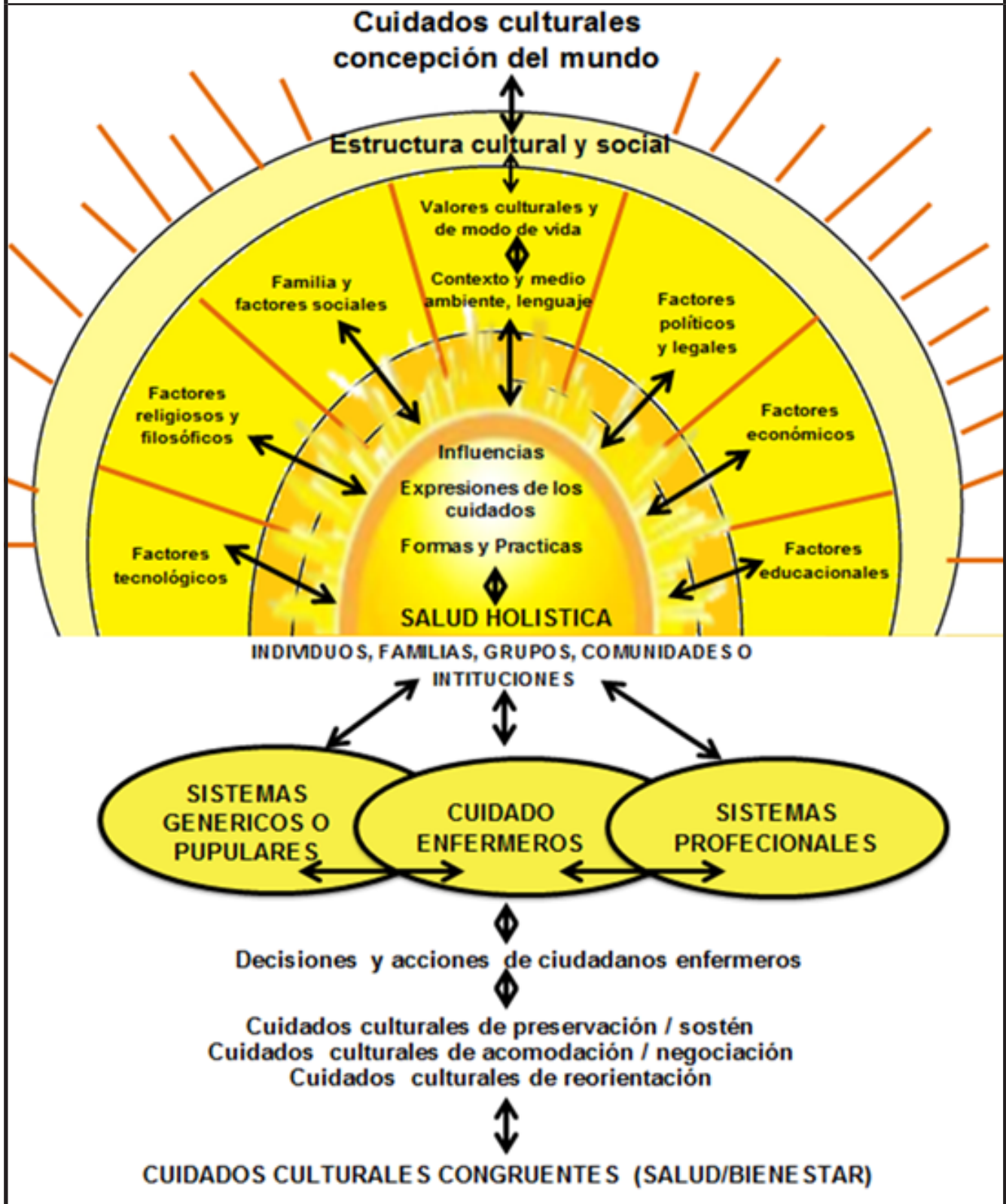
Leininger elaboró el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura de cada individuo.

Ella define “teoría” de forma distinta a como lo hacen las otras teóricas enfermeras. Según su modelo, una teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir conocimientos acerca de algo o de explicar algunos fenómenos conocidos de forma vaga o limitada. La teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes (33).

La enfermería transcultural surgió de su educación y experiencia clínica a principios de la década de 1960, y que definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

En el modelo del sol naciente, la mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno (imagen no. 4). Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

Imagen no. 4
 Modelo del Sol Naciente de Madelaine Leininger



Fuente: Teoría de la Transculturalidad de Katherine Pardo

Según esta teoría pueden establecerse cuatro niveles de cuidados enfermeros: primero la presentación y mantenimiento de los cuidados culturales mediante la visión del mundo y los sistemas sociales, desde tres perspectivas, micro, media y macro perspectiva; segundo nivel de adaptación y negociación de los cuidados culturales acerca de los individuos, las familias y las instituciones en diferentes sistemas de salud, pero también proporciona información relacionada con los significados y expresiones de los cuidados de salud.

Tercero, la reorientación o reestructuración de los cuidados culturales desde los sistemas genéricos o tradicionales y profesionales, que actúan dentro de una cultura, promoviendo el trabajo multidisciplinario, y por último el cuarto nivel, de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros que incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales (32), representados de una manera reducida en el cuadro 4 a continuación.

Cuadro no. 4
Niveles del Cuidado de Enfermería por Mdeleine Leininger

1 nivel:

Representan el entorno donde se desenvuelve el individuo a través de estructuras sociales

2 nivel:

Recolección de información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud abordado desde la Antropología - Etnografía

3 nivel:

Promueve el trabajo multidisciplinario que permite un cuidado integral del otro tomando los conocimientos y habilidades de las profesionales

4 nivel:

Cuidados de enfermería orientados a la preservación del individuo en forma holística

Fuente: Wordpress. Colectivo 639. Teoría Transcultural de Madeleine Leininger

Este modelo describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería, incluyó y definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables, como Leininger expone “El cuidado, esencia de la enfermería, tiene un gran poder significativo para explicar la salud y el bienestar de la gente en su cultura” (34).

Resulta interesante destacar los ocho factores (33) que influyeron en Leininger a la hora de instaurar lo que hoy denominamos enfermería transcultural y que justifican desde su teoría del cuidado cultural y universal la necesidad de una enfermería transcultural:

1. Debido al marcado aumento en las migraciones de gente dentro del país y entre países a nivel mundial, se necesita la enfermería transcultural ya que está apareciendo una diversidad creciente que caracteriza nuestras poblaciones nacionales y globales. En este amplio sentido, la diversidad se refiere a las diferencias entre origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, educación, etc.

2. Se ha dado un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.

3. El uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes.

4. En todo el mundo, existen conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras.

5. Existe un aumento en el número de personas que viajan y trabajan en muy diferentes partes del mundo.

6. Existe un aumento de los temas legales resultantes del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud.

7. Se ha dado un aumento en los problemas de género y feminismo, con nuevas demandas sobre los sistemas sanitarios con la intención de que se tengan en cuenta las necesidades de mujeres y niños.

8. Se ha dado un aumento de la necesidad por parte de la comunidad y los servicios de cuidados en salud basados en la cultura en diferentes contextos ambientales.

Para el cuidado de los individuos en situación migratoria irregular, es importante emplear esa existente influencia antropológica dentro del cuidado de enfermería transcultural, que permite visualizar al migrante como un ser integral, que viene de un círculo social y cultural que determinaba su estado de salud y bienestar y que ahora se enfrenta a un choque cultural; éste choque cultural ⁽³⁵⁾ que hace referencia a las tensiones, cambios y sentimientos de malestar físicos y mentales, que se presentan cuando aparece la necesidad de satisfacer las necesidades básicas como comer, cuidar de la salud y mantener relaciones interpersonales en lugares y formas fuera de las acostumbradas, y que como se menciona afecta el estado de salud y bienestar y debe de modificarla forma en que las necesidades de estos individuos son atendidas.



III

CAPÍTULO

M E T O D O L O G Í A

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Es un estudio de tipo Transversal Descriptivo

Muestra

Un total de 338 migrantes irregulares de origen centroamericano y mexicano, abordados mientras se encontraban en tránsito por México, específicamente en el Comedor para Migrantes San José en la comunidad de Huehuetoca, Estado de México, México, en el periodo de abril a junio de 2013.

Tipo de Muestreo

Probabilístico Aleatorio por Áreas

Criterios De Inclusión y Exclusión

Inclusión: Se incluirá a todo migrante que se encuentre en el momento de la intervención, en la comunidad antes especificada.

Exclusión: No se determinan criterios de exclusión, dado que la población a tratar se muestra en un flujo irregular e intermitente, de difícil alcance y manejo, en una zona alejada y de cierto modo restringida, se evalúan en tiempos limitados e incontinuos, factores que ya generan ciertas exclusiones o sesgos.

Aspectos Éticos y Legales

Los principales aspectos éticos y legales seguidos durante el proceso de esta investigación, desde el momento de la valoración inicial, la aplicación metodológica y la evaluación y presentación de resultados, son honestidad, apego a la veracidad, exposición de los objetivos y métodos de investigación, garantía de confidencialidad y privacidad, consentimiento de los participantes, manejo de canales de comunicación adecuados, confianza entre las partes involucradas, aplicación de estudio bajo competencias profesionales, valoración y aplicación sin prejuicios, correcto ejercicio del poder, ambiente de confianza y seguridad, seguir los canales de autorizaciones y permisos, información sobre el tipo de estudio, muestreo y criterios de inclusión o exclusión, derecho a rehusar o abandonar el estudio, exposición clara de la no remuneración por participación, conocimiento de posibles riesgos y veracidad.

Apoyos y Recursos

Universidad Nacional Autónoma de México

Con sus instancias:

Clínica de Atención Preventiva al Viajero

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Facultad de Medicina

Proporcionaron los recursos físicos para la planeación y análisis de este trabajo; los gastos de transporte y otros, fueron cubiertos por las Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Estrada Martínez Ruth Marcela y Millán Hernández Erika Grimaldi quienes a su vez trabajaron en Conjunto con el Dr. Jorge Baruch Díaz Ramírez y la Dra. Araceli Jiménez Mendoza en el planteamiento y análisis de este trabajo.

Aspectos Financieros

La capacidad financiera para la aplicación teórica de este estudio se muestra cubierta por parte de los aportes de áreas físicas y documentales brindadas por las instituciones mencionadas como apoyos, sin embargo la parte práctica genera gastos de transporte, alimentos e instrumental que se cubrirán por parte de los voluntarios, médico y enfermeras que se dedicaran a la aplicación del estudio en la comunidad designada.

Ejecución

Se realiza una investigación y diagnóstico inicial de las principales problemáticas de salud y bienestar, que pudieran presentar los pacientes migrantes irregulares dentro de la primer parte teórica; se localiza el área física foránea donde se aplica la entrevista-consulta a la población designada para esta investigación, en paralelo se desarrolla un primer instrumento que posteriormente se modifica y adecua, para dar un mejor alcance a la investigación.

Después de hacer contacto con las instancias necesarias en el mes de abril de 2013, se inicia la aplicación de encuesta tipo entrevista y consulta enfermera al total de los migrantes localizados en el Comedor para Migrantes San José de Huehuetoca, al mismo tiempo que se realiza una Consulta de Enfermería, durante por lo menos 15 a 20 minutos dependiendo el flujo de migrantes que requieran la atención, sumado a esto se realizan intervenciones de primer nivel acordes a las necesidades de salud que presenta cada individuo, o se canaliza a las instancias necesarias; en el mes de junio del mismo año, por razones fuera del alcance de los involucrados, se suspenden las intervenciones para entrevista y consulta.

Por último con los datos recuperados y volviendo a la parte teórica, se procede a la definición de variables, su captura y análisis para continuar con el desarrollo de este trabajo, la presentación de resultados y exposición final de la investigación.



IV

CAPÍTULO

DESCRIPCIÓN DE DATOS Y
RESULTADOS OBTENIDOS EN
LA INVESTIGACIÓN

DESCRIPCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

Primer apartado: Descripción De La Población en Estudio

El total de la población estudiada o universo fue de 338 personas, migrantes en estado irregular, en paso por México, localizados en un comedor para migrantes en el Estado de México, en la localidad de Huehuetoca.

En el primer apartado de resultado se abordan variables descriptivas para consolidar un panorama de las características representativas de la población en estudio y algunas condiciones como predisponentes migratorias y de salud para los siguientes apartados.

Al momento del análisis se determina que el 98.5% del total de la población fue de género masculino y el género femenino se incluye con solo 1.5% del total de la muestra

En el análisis realizado sobre las edades de los migrantes participantes, se obtiene una media o promedio de 32 años, siendo la moda 21 años y la mediana 40 años, la persona más joven incluida en este estudio tiene 16 años de edad y la mayor es de 64 años de edad, lo cual nos brinda un rango de 48 años entre la edad menor y mayor. En paralelo se desarrolla una subdivisión a 4 grupos de edad: de 16 a 24 años el cual es representado con un 35%, en el Grupo 1, el Grupo 2 comprende personas de 25 a 32 años con el 23%, Grupo 3 abarca de los 33 y hasta 48 años con 33% y por último las personas con 49 años o más incluidas con solo el 9% en el Grupo 4.

La población incluida en el estudio es mayoritariamente centroamericana con un rotundo 96% del total de la muestra de 338 migrantes, dividido en hondureños con 51%, salvadoreños con 20%, guatemaltecos otro 13% y de igual forma nicaragüenses con también 13%, sin contar con presencia de migrantes provenientes de Belice, Costa Rica o Panamá, y el 4% restante son de nacionalidad mexicana igualmente en situación migrante.

Para continuar se preguntó sobre la religión profesada y se pudo encontrar a los cristianos como mayor religión profesada con un 34%, seguido en orden descendente por católicos con 20%, los evangélicos con 8% y por último grupo definido los creyentes con 7%, existe un rubro más con el 31% que englobamos como “otras” dado la gran mención de nombres diferentes de creencias y al mismo tiempo gran parte de los que entran en este rubro contestaban solo y literalmente “otra”.

Siguiendo con el análisis descriptivo de la población en estudio se preguntó el oficio, ocupación o trabajo desempeñado por los migrantes y para una interpretación más clara y delimitada se utilizó una división en 11 grupos de Ocupaciones basado en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88)

El primero en un orden ascendente es Administrativos con solo el 0.6%, seguido del grupo de Trabajos de Oficina con el 0.9%, luego Profesionistas con 1.2%, seguido por el 4.4% que pertenece al grupo de Otros, en seguida el grupo de Ventas y Servicios con 5.6%, después las Ocupaciones Elementales con 6.8%, el siguiente grupo que engloba en uno solo al Operador de Plantas, Maquinaria Pesada o Ensambladoras con 7.7%, el siguiente 11.2% que incluye Trabajadores de Agricultura, Pesca y Forestal, por último el grupo con mayor porcentaje de incidencia con el 23.7% donde se encuentran los Artesanos y Trabajadores de Construcción.

Sin embargo en este análisis nos encontramos con un sesgo del 37% de la población que no contestó esta parte de la entrevista y se agrupan como No Aplica (NA) y adicionalmente en la clasificación oficial se emplean dos grupos más que son Fuerzas Armadas y Técnicos Asociados, grupos en los cuales ninguno de los migrantes se encuentra perteneciente así que al contar con 0 de frecuencia y porcentaje no se analizan en la gráfica o tabla respectivas.

Dentro del mismo análisis poblacional se suma la variable de material de construcción de las viviendas en su lugar de origen, donde podemos observar que el 25% de la población en estudio habita en una vivienda construida de lámina, un 24% habita en una construcción de mampostería, el 16% tiene una construcción de madera en su lugar de origen y un 10% una construcción hecha a partir de adobe.

Por otro lado la integración de esta variable no se realizó desde la primera entrevista, así que un 25% de la población encuestada se graficó como NA o no aplica, para no generar un sesgo y seguir considerando al universo total como n: 338.

La siguiente variable en evaluación habla sobre la distribución del hacinamiento en hogar de origen de los entrevistados aquí se realizó como pregunta cerrada, el resultado arroja que el 67% de la población en estudio si vive en condiciones de hacinamiento y solo el 8% no se considera habitar en hacinamiento.

Nuevamente marcamos con NA o no aplica a la población que no fue encuestada específicamente en esta variable, siendo de igual manera un 25%

La ultima variable descriptiva de condiciones de la población en estudio es secundaria al hacinamiento donde se encuestó sobre la presencia de animales dentro de la vivienda siendo el 68% de la población que contestó si, a la afirmación de la convivencia con animales y solo el 7% que contestó no a la misma afirmación, así mismo como en las dos variables anteriores encontramos el 25% de la población no encuestada sobre este respecto.

Segundo Apartado: Predisponentes del Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

En el segundo apartado de resultados se abordan variables estadísticas de los antecedentes de salud para la población en estudio, desde su lugar de origen y durante el recorrido migratorio.

En la primer variable para este apartado se cuestiona como pregunta cerrada si las personas padecían alguna enfermedad debidamente diagnosticada en su lugar de origen, donde se muestra solo el 4% que contestó si y el 96% respondió no.

Del 4% que contestó afirmativamente en el cuestionamiento anterior el 1.2% tiene un diagnóstico de hipertensión arterial, el resto de las enfermedades al ser presentadas por una sola persona se cuantifican con solo el 0.3% del total y son ansiedad, endometriosis, gastritis, hiperactividad, pre hipertensión y diabetes, vértigo, VIH positivo y por ultimo vitíligo.

La siguiente variable se cuestionó con respuestas cerradas si tenían una vida sexual activa durante el viaje, contestando Si el 38% y No el 62% del total de los encuestados

A continuación se cuestionó sobre la incidencia de haber sostenido relaciones sexuales con otra persona del mismo género teniendo una respuesta negativa del 96% de los encuestados, y el 4% restante contesto afirmativamente el haber mantenido éste tipo específico de relaciones sexuales.

Para continuar con el tema antecedente de salud se cuestionó sobre la aparición de enfermedades durante el viaje con respuestas cerradas contestando el 35% de los entrevistados que si padecieron alguna enfermedad en el recorrido migratorio y el 65% que no.

Del 35% que contestó afirmativamente en la variable anterior se intentó crear una estadística, sin embargo al ser una pregunta de respuesta abierta los diagnósticos o padecimientos percibidos, no brindan las cualidades necesarias ya que las respuestas lo más englobadas posibles son 32 y los porcentajes son muy variados, sin embargo se muestran el desglose de su distribución en la tabla No. 15 del apartado de resultados tabulares y gráficos.

Por ultima variable para los antecedentes de salud durante el viaje se preguntó si aparte de las enfermedades mencionadas habían percibido otros síntomas que les preocuparan o sintieran como datos de otra enfermedad y la frecuencia de la aparición de los mismos en veces por semana en los 15 días previos a su llegada a Huehuetoca, el 67% contesto nunca, el 24% contesto tener otros síntomas 1 o 2 veces, 6% 3 a 4 veces y por ultimo solo 3% manifestó tener otros síntomas más de 4 veces por semana.

Tercer apartado: Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

En este tercer apartado inicia la exposición de los parámetros de signos vitales y otros signos y síntomas que manifiestan el estado de salud actual de la población.

Por principio la tensión arterial de la cual se realizaron dos tomas y para ambas se realizó una clasificación acorde a los valores de la American Heart Association (AHA), se incluyen valores normales donde la sistólica es menor o igual de 119 mmHg y la diastólica es menor o igual a 79 mmHg, estado de pre hipertensión donde sistólica incluye valores entre 120 y 139 mmHg y diastólica entre 80 mmHg y 89 mmHg, Estadio 1 de hipertensión con rango para sistólica entre 140 y 159 mmHg y diastólica entre 90 y 99 mmHg, por último el Estadio 2 de hipertensión donde la sistólica es mayor a 160 mmHg y diastólica mayor de 100 mmHg.

Las tomas fueron realizadas siempre con el mismo equipo de medición y en las condiciones más similares posibles para evitar cambios relevantes.

La primera toma de tensión arterial se realizó al inicio de la entrevista - valoración, como resultados en el análisis se observa al 58% de la población en un estado de pre hipertensión, seguido por el 26% de la población que se encuentra en estado normal para tensión arterial, 13% en Estadio 1 de hipertensión y 3% en Estadio 2.

La segunda medición de tensión arterial se realizó al término de la entrevista – valoración, aproximadamente 15 minutos después de la primera toma,

Durante esta segunda toma de tensión arterial se puede observar un incremento al 63% de la población dentro de un estado de hipertensión, igualmente en estado normal con 27%, y se observó decremento en Estadio 1 de hipertensión al ser solo el 8% y en Estadio 2 de hipertensión con 2%, del total de la población.

Los datos obtenidos de frecuencia cardíaca fueron monitorizados al mismo tiempo que la toma de presión arterial de manera electrónica con el mismo dispositivo empleado en la toma de presión arterial, para mostrar los resultados que se obtuvieron ésta medición se generó una división acorde a los parámetros recomendados por la AHA, estos son: frecuencia normal de 60 a 100 latidos por minuto, taquicardia >100 latidos por minuto y < 59 latidos por minuto para bradicardia, derivado de esto se reporta al 81% de la población en un rango normal, al 17% con bradicardia y al 2% con taquicardia.

Para los valores de frecuencia respiratoria y temperatura corporal se generó una clasificación propia, acorde a las necesidades del presente trabajo pero siempre basada en clasificaciones previas de fuentes internacionales de salud; la frecuencia respiratoria se clasificó en Normal considerando de 12 a 20 respiraciones por minuto, taquipnea donde se incluyen todas aquellas con >21 o más, y bradipnea en resultados <11 respiraciones por minuto..

Dentro del rango de normal encontramos al 41% de la población, al 2% en bradipnea y en taquipnea al 58% del total de la población.

La temperatura corporal se midió con termómetro digital de forma axilar en el total de la población, la clasificación para esta escala se limita a eutermia con un rango de 35°C a 36.9°C donde se incluye el 95% de la población y Fiebre o hipertermia leve presentándose solo en el 5% del total de la población.

La valoración de heridas presentes en la población en estudio se realizó mediante la exploración física en la mayoría de los casos y por verbalización específica de la lesión en otros casos, encontrándose solo 12% de los migrantes con heridas cortantes contra un 88% que no presentaban heridas.

La siguiente variable del estado actual de salud en la población en estudio fue la valoración de dermatitis presente en los migrantes igualmente valorada por medio de la exploración física dividiéndose en un 87% que si presentaban dermatitis y un 13% que no presentaban lesiones o datos de dermatitis.

La última variable de éste apartado, es el nivel de deshidratación, en cual podemos observar que el 58.6% de los migrantes presentan datos de deshidratación leve, el 19.8% por sus datos a la valoración se clasificaron con deshidratación moderada, por otro lado solo el 0.6% presentaron una deshidratación grave, contra el 21% que no manifestaban dato alguno de deshidratación.

Cuarto apartado: Datos de Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población de Estudio

En este apartado se analizaran de manera estadística la presencia de datos de enfermedades infecciosas referidos o valorados en la población migrantes.

Para valorar la presencia de cuadro febril se preguntó sobre presencia de los síntomas específicos que lo caracterizan y directamente sobre la percepción de fiebre en veces por semana en los últimos 15 días antes de su llegada a Huehuetoca, en Nunca se engloba el 68% de la población en estudio ya que negaron la presencia de síntomas relacionados o fiebre, el 30% menciona presentar síntomas 1 o 2 veces por semana, y solo el 3% presento fiebre o sus signos y síntomas 3 a 4 veces por semana.

La segunda variable es para valorar la presencia de evacuaciones diarreicas en la población entrevistada, de la misma forma que para el cuadro febril se preguntó de manera cerrada y en veces por semana en los últimos 15 días antes de su llegada a Huehuetoca.

Siendo que la incidencia de evacuaciones diarreicas es mayor se empieza igual en Nunca con el 67%, 1 a 2 veces el 27%, 3 a 4 veces el 5% y se agrega más de 4 veces con otro 2% para completar.

La tercera variable que se estudió en este apartado es la presencia de micosis a través de la valoración y observación, notando que el 69.5% de la población si presentaba datos de micosis y el 30.5% que no presentaba ningún dato de micosis.

La cuarta variable y ultima independiente de este apartado, es sobre las infecciones de transmisión sexual, donde el porcentaje de presencia fue mínimo con solo el 1% del total de la población, y el 99% que no presentaban ni manifestaron datos de infección,

En este último análisis del apartado se conjuntaron las cuatro variables anteriores, así que el 62% de la población total encuestada Si padeció o padece al menos una enfermedad infecciosa, y el 38% no.

Como dato adicional se analizó el total de consultas médicas brindadas por el medico de apoyo durante el periodo en que el estudio se aplicó y se denota que el 25% de la población en estudio requirió y recibió una consulta particular, contra el 75% de los casos donde no se dio o requirió una consulta particular.

Quinto apartado: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio

Por último, e independiente a la descripción poblacional y de salud que ya se analizaron en los apartados anteriores, el instrumento de encuesta nos brinda variables que nos permiten analizar el movimiento migratorio de las personas que participaron en el presente estudio.

En cuanto al medio de transporte que los migrantes emplean para moverse a través de su primer tramo recorrido se realizó la división tomando en cuenta solo los medios expresados por los entrevistados, que son tren de carga como el mayormente empleado con un 84.6%, seguido por camión con un 9.5%, el autobús de pasajeros con solo el 1.8% y por ultimo un medio de transporte mixto con el 4.1% de

los migrantes empleando el tren y el camión específicamente de manera combinada.

Como segunda variable se analiza el tiempo que llevan viajando los migrantes, el cual se expresa por medio de diferentes herramientas estadísticas, el menor tiempo viajando es de 1 día y el mayor tiempo de recorrido migratorio es de 270 días, dando entre éstos dos números un rango de 269 días, con un promedio de 26 días viajando, el valor de la moda se marca en 30 días y la media del tiempo de viaje se determina en 136 días de recorrido.

Para la siguiente variable, la distribución del Itinerario Anterior se desarrolló el mapa No. 1 donde geográficamente podemos ver los puntos mencionados por los migrantes anteriores a su llegada a Huehuetoca.

Con respecto a la tendencia para última parada estatal de la población en estudio antes de su llegada a Huehuetoca, se marcan 7 estados, principalmente Veracruz con 56.2%, seguido por Estado de México con 24%, Puebla con 7.4%, Tlaxcala con 5%, Chiapas 4.7%, Distrito Federal con 2.4% y al final Oaxaca con solo el 0.3% teniendo este estado como último visitado

A continuación para el quinto apartado tenemos una división por país destino, arrojando que el 89% de la migración se dirige con destino a EEUUA, el 4% planea quedarse en México, otro 4% planea emigrar hasta Canadá y el restante 3% planea una migración en fases, ingresar a EEUUA permaneciendo como primera instancia en México de manera temporal.

En la segunda variable para conocer el destino final proyectado por los migrantes en estudio se incluye específicamente la ciudad que tienen como objetivo para dirigirse dentro del país destino.

Los migrantes que se dirigen a México permanecen con esa misma clasificación y son el 3%, el mismo caso para los migrantes destino a Canadá con 4%.

Para los migrantes con destino a EEUUA se generó una división por regiones migratorias, aquellos que no contestaron o que su respuesta pertenece a dos diferentes regiones migratorias se clasificaron con NA (No Aplica) para evitar sesgos siendo el 47% del total.

Las regiones migratorias que se contemplan son Sudoeste Primera Fase con 26%, seguido por Costa Este con 7%, Sudoeste en Expansión con 7%, Grandes Lagos 3%, Sureste Central 2%, Grandes Planicies con 1% y Noreste Central, que se consideró como región migratoria aunque no se registran migrantes con ese destino, como podemos observar a detalle en el mapa No. 2.



V

CAPÍTULO

APOYOS GRÁFICOS Y
TABULARES A RESULTADOS

APOYOS GRÁFICOS Y TABULARES A RESULTADOS

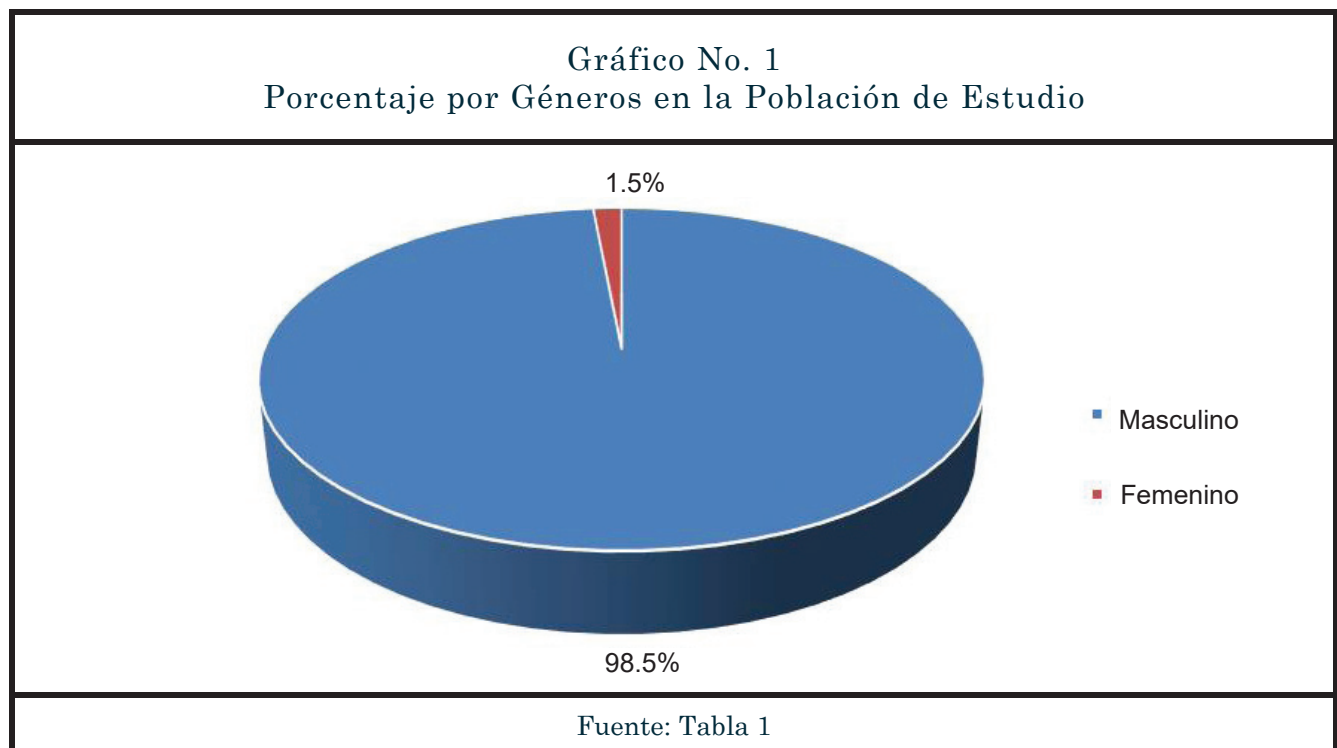
Primer Apartado de Resultados: Descripción de la Población en Estudio

Resultado no. 1

Distribución por Género de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio De 2013.

Tabla No. 1 Distribución por Géneros de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	Masculino	333	98.5%	98.5%
	Femenino	5	1.5%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Datos Procesados por Millán Hernández Erika G. ENEO-UNAM



Resultado no. 2

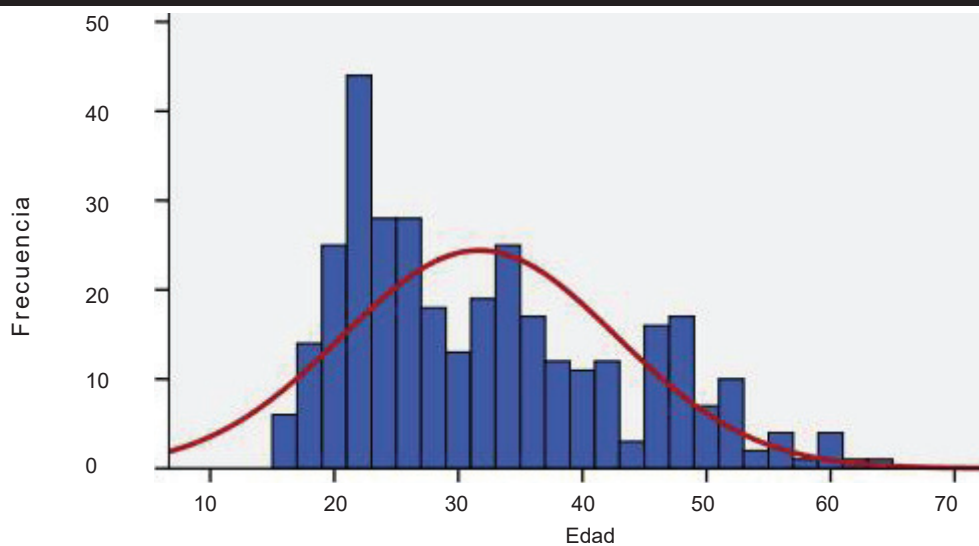
Distribución por Edad de la Población Entrevistada para Valorar El Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa Del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 2
Distribución por Edad de la Población en Estudio

Datos Válidos	338
Datos Perdidos	0
Media	31.68
Mediana	29.00
Moda	21
Rango	48
Mínimo	16
Máximo	64
Sumatoria	10,709

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfico No. 2
Histograma por Edades del Grupo de la Población en Estudio



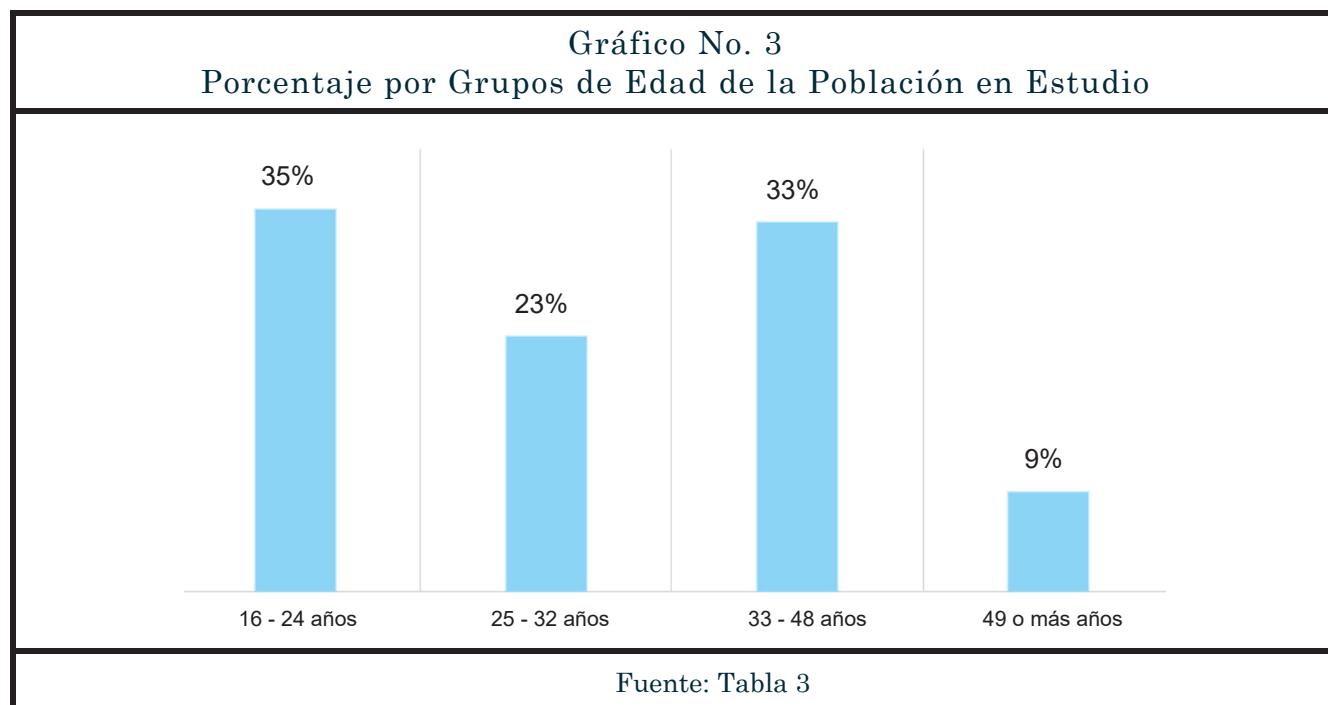
Fuente: Tabla 2

Resultado no. 3

Distribución por Grupos de Edad de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa Del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 3 Distribución por Grupos de Edad de la Población en Estudio					
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	Grupo 1	16-24	117	35%	34.6%
	Grupo 2	25-32	78	23%	57.7%
	Grupo 3	33-48	113	33%	91.1%
	Grupo 4	49 o más	30	9%	100%
		Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1



Resultado no. 4

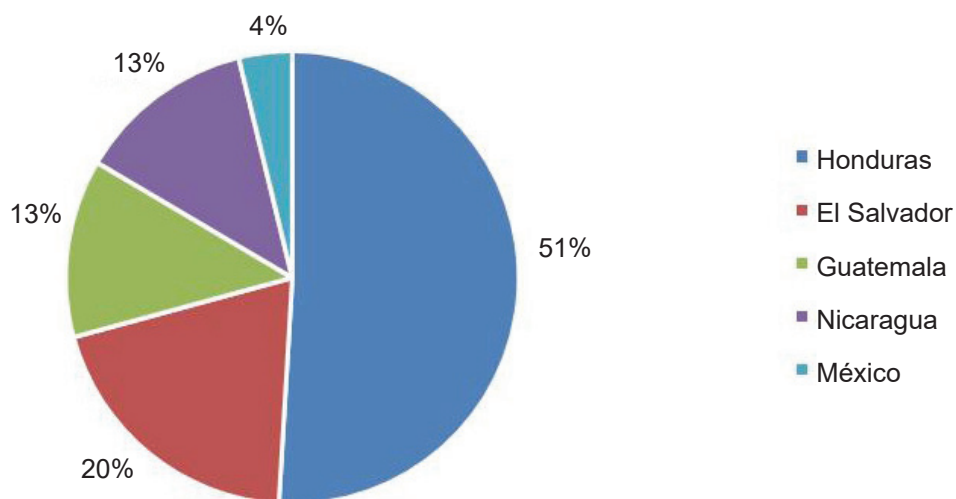
Distribución por Nacionalidad de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 4
Distribución por Nacionalidad de la Población en Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	Honduras	172	51%	50.9%
	El Salvador	67	20%	70.7%
	Guatemala	43	13%	83.4%
	Nicaragua	43	13%	96.1%
	México	13	4%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que la tabla 1

Gráfico No. 4
Porcentaje por Nacionalidad de la Población de Estudio



Fuente: Tabla 4

Resultado no. 5

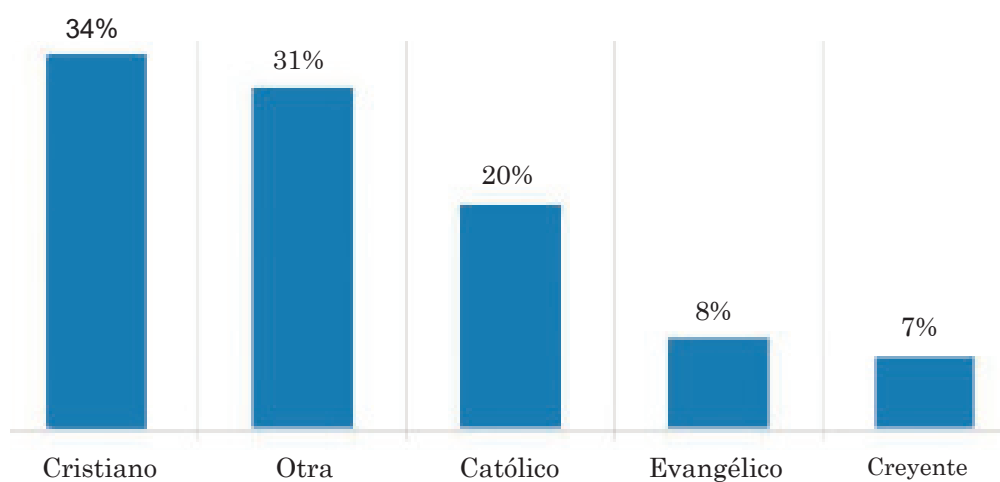
Distribución por Religión Profesada de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 5
Distribución por Religión Profesada de la Población en Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Cristiano	114	34%	33.7%
	Otra	104	31%	64.5%
Datos Validos	Católico	69	20%	84.9%
	Evangélico	28	8%	93.2%
	Creyente	23	7%	100%
	Total	338	100	

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfico No. 5
Porcentaje de Religión Profesada de la Población en Estudio



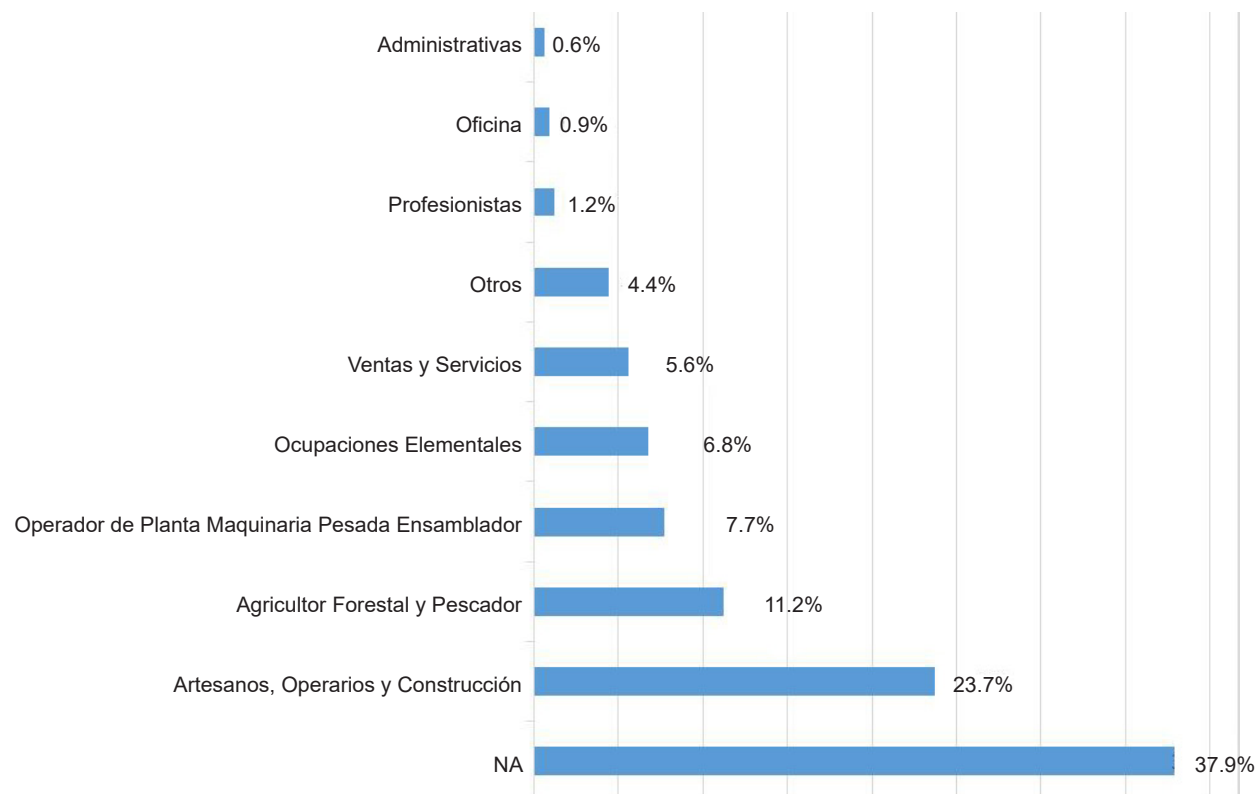
Fuente: Tabla 5

Resultado no. 6

Distribución por Grupos de Trabajo Basados en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88) de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 6				
Distribución por Grupos de Trabajo Desempeñado de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Administrativas	2	0.6%	0.6%
	Oficina	3	0.9%	1.5%
	Profesionistas	4	1.2%	2.7%
Datos Validos	Otros	15	4.4%	7.1%
	Ventas y Servicios	19	5.6%	12.7%
	Ocupaciones Elementales	23	6.8%	19.5%
	Opera de Planta Maquinaria Pesada Ensamblador	26	7.7%	27.2%
	Agricultor Forestal y Pescador	38	11.2%	38.4%
	Artesanos, Operarios y Construcción	80	23.7%	62.1%
	NA	128	37.9%	100%
	Total	338	100%	
Fuente: Misma que Tabla 1				

Gráfico No. 6
Porcentaje por Grupos de Trabajo Desempeñado de la Población de Estudio



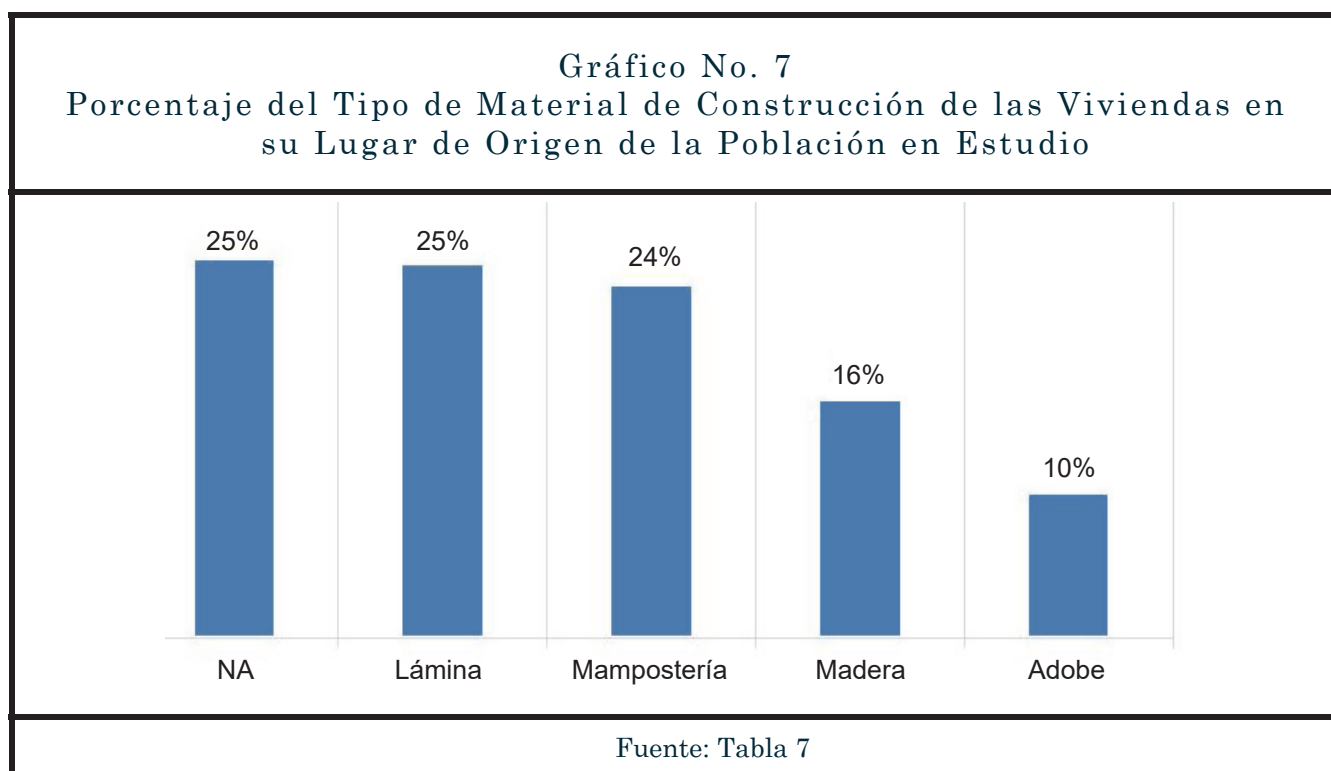
Fuente: Tabla 6

Resultado no. 7

Distribución del Tipo de Material de Construcción de las Viviendas en su Lugar de Origen de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 7 Distribución del Tipo de Material de Construcción de las Viviendas en su Lugar de Origen de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	NA	86	25%	25.4%
	Lámina	85	25%	50.5%
Datos Validos	Mampostería	80	24%	74.2%
	Madera	54	16%	90.2%
	Adobe	33	10%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

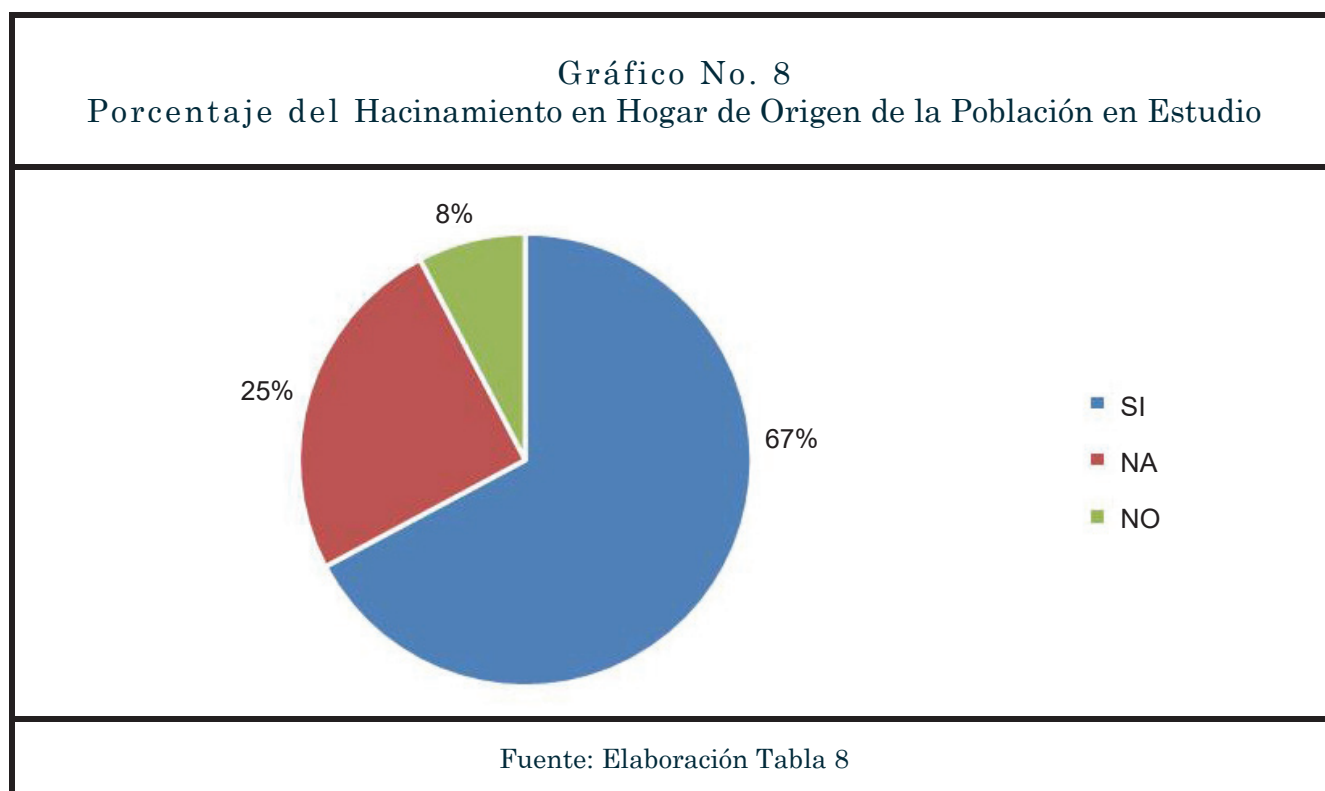


Resultado no. 8

Distribución del Hacinamiento en Hogar de Origen de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 8 Distribución del Hacinamiento en Hogar de Origen de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	SI	227	67%	67.2%
	NA	85	25%	92.3%
	NO	26	8%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

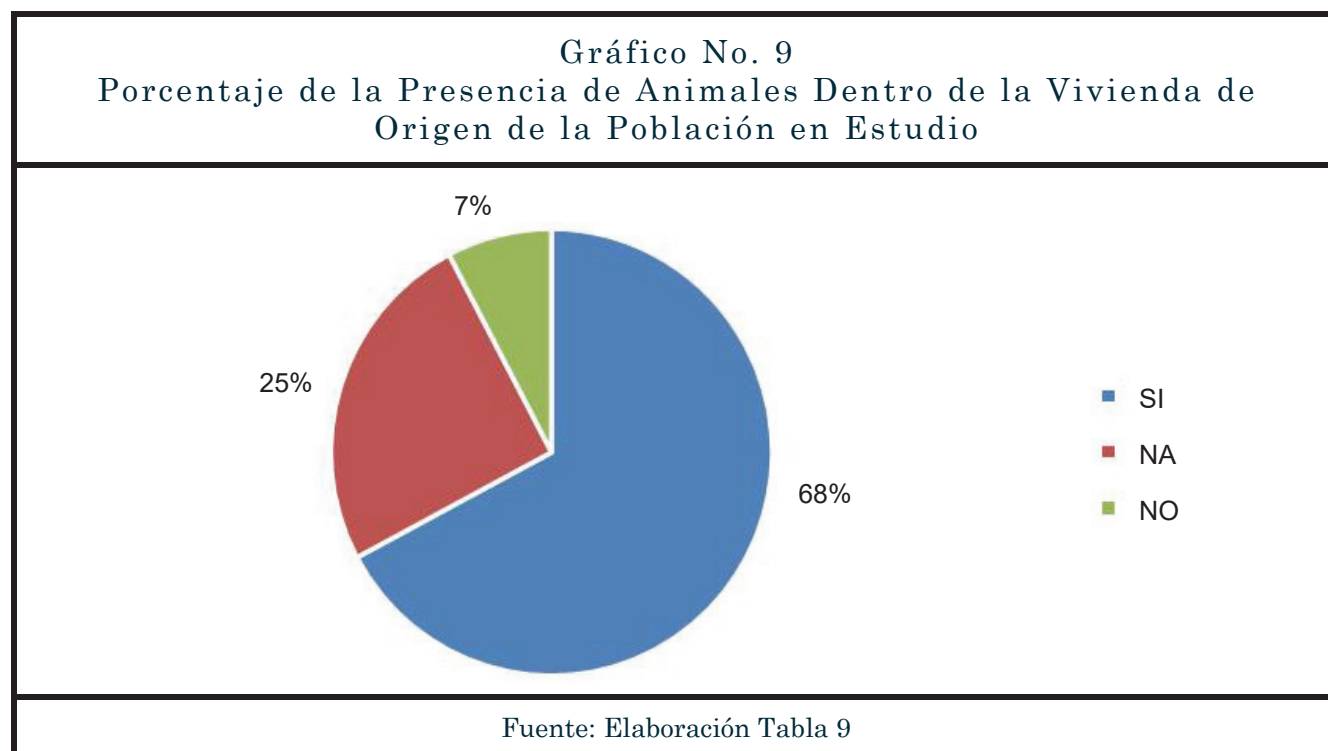


Resultado no. 9

Distribución de la Presencia de Animales Dentro de la Vivienda de Origen de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 9 Distribución de la Presencia de Animales Dentro de la Vivienda de Origen de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	SI	230	68%	68%
	NA	85	25%	93.1%
	NO	23	7%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1



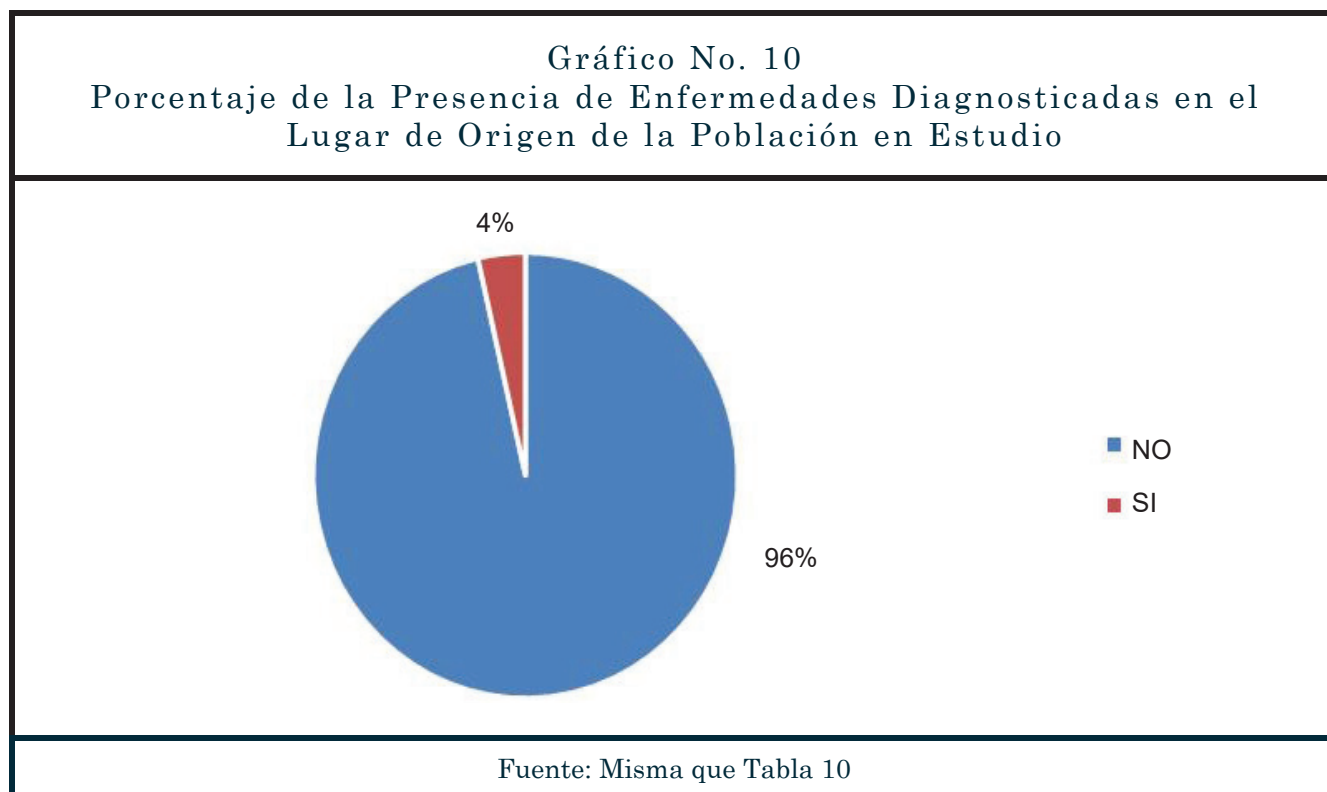
Segundo Apartado de Resultados: Predisponentes del Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

Resultado no. 10

Distribución de la Presencia de Enfermedades Previa Diagnosticadas en el Lugar de Origen de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013

Tabla No. 10 Distribución de la Presencia de Enfermedades Diagnosticadas en el Lugar de Origen de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	NO	326	96%	96.4%
	SI	12	4%	100%
	Total	338		

Fuente: Misma que Tabla 1



Resultado no. 11

Distribución por Diagnostico Especifico en el Lugar de Origen de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 11				
Distribución por Diagnostico Especifico en el Lugar de Origen de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	No	326	96.4%	96.4%
	Hipertensión	4	1.2%	97.6%
	Ansiedad	1	0.3%	98.9%
Datos Validos	Endometriosis	1	0.3%	98.2%
	Gastritis	1	0.3%	98.5%
	Hiperactividad	1	0.3%	98.8%
	Principios de Hipertensión y diabetes	1	0.3%	98.1%
	Vértigo	1	0.3%	99.4%
	VIH positivo	1	0.3%	99.7%
	Vitiligo	1	0.3%	100%
	Total	338	100%	
Fuente: Misma que Tabla 1				

Resultado no. 12

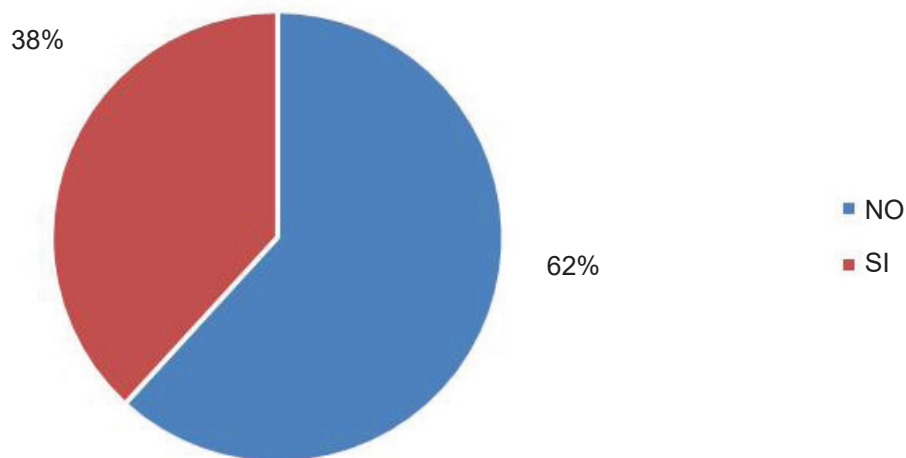
Distribución de Confirmación de Vida Sexual Activa en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 12
Distribución de Confirmación de Vida Sexual Activa en la Población en Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	NO	209	62%	61.8%
Datos Validos	SI	129	38%	100
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfico No. 12
Porcentaje de Confirmación de Vida Sexual activa en la Población de Estudio



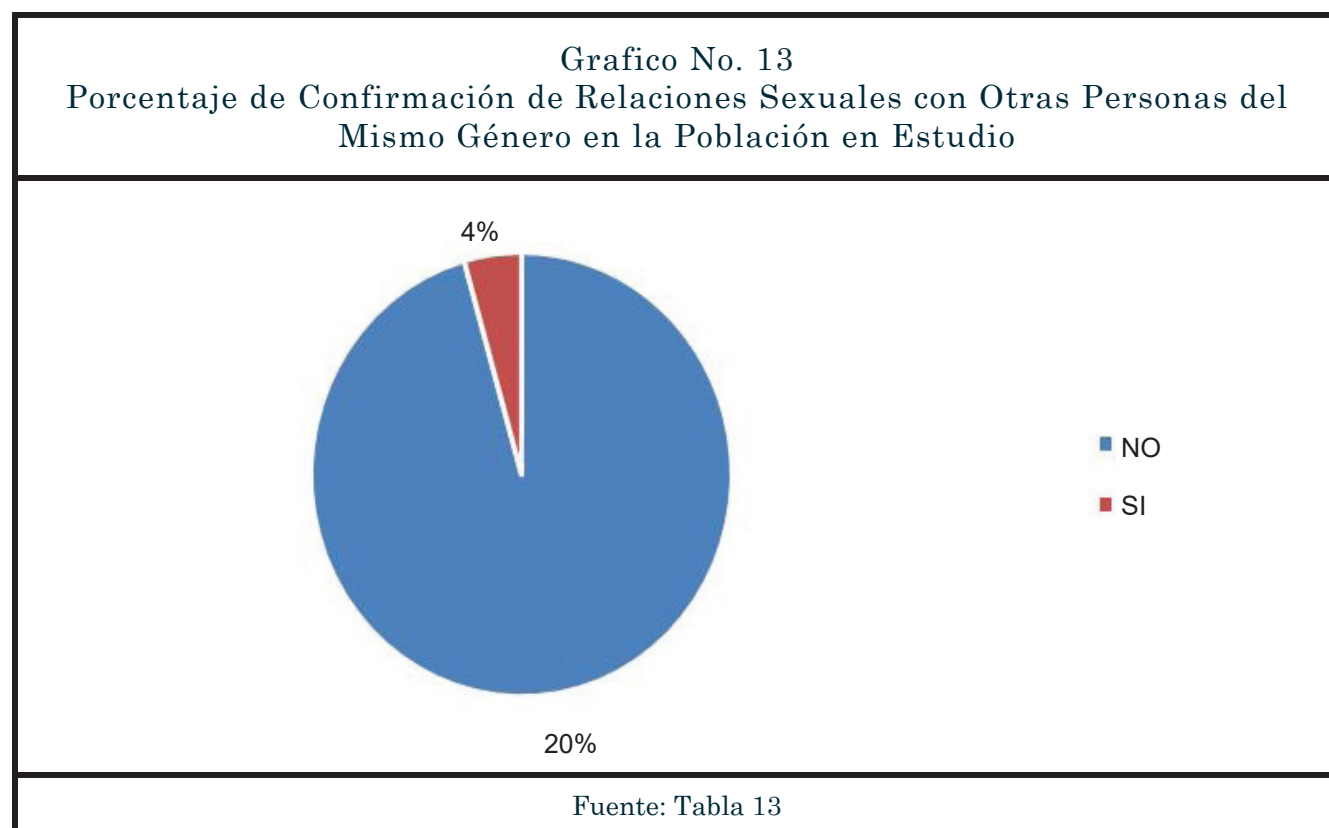
Fuente: Misma que Tabla 12

Resultado no. 13

Distribución de Confirmación de Relaciones Sexuales con Otras Personas del Mismo Género en la Población entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 13 Distribución de Confirmación de Relaciones Sexuales con Otras Personas del Mismo Género en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Validos	NO	323	96%	96.6%
	SI	15	4%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

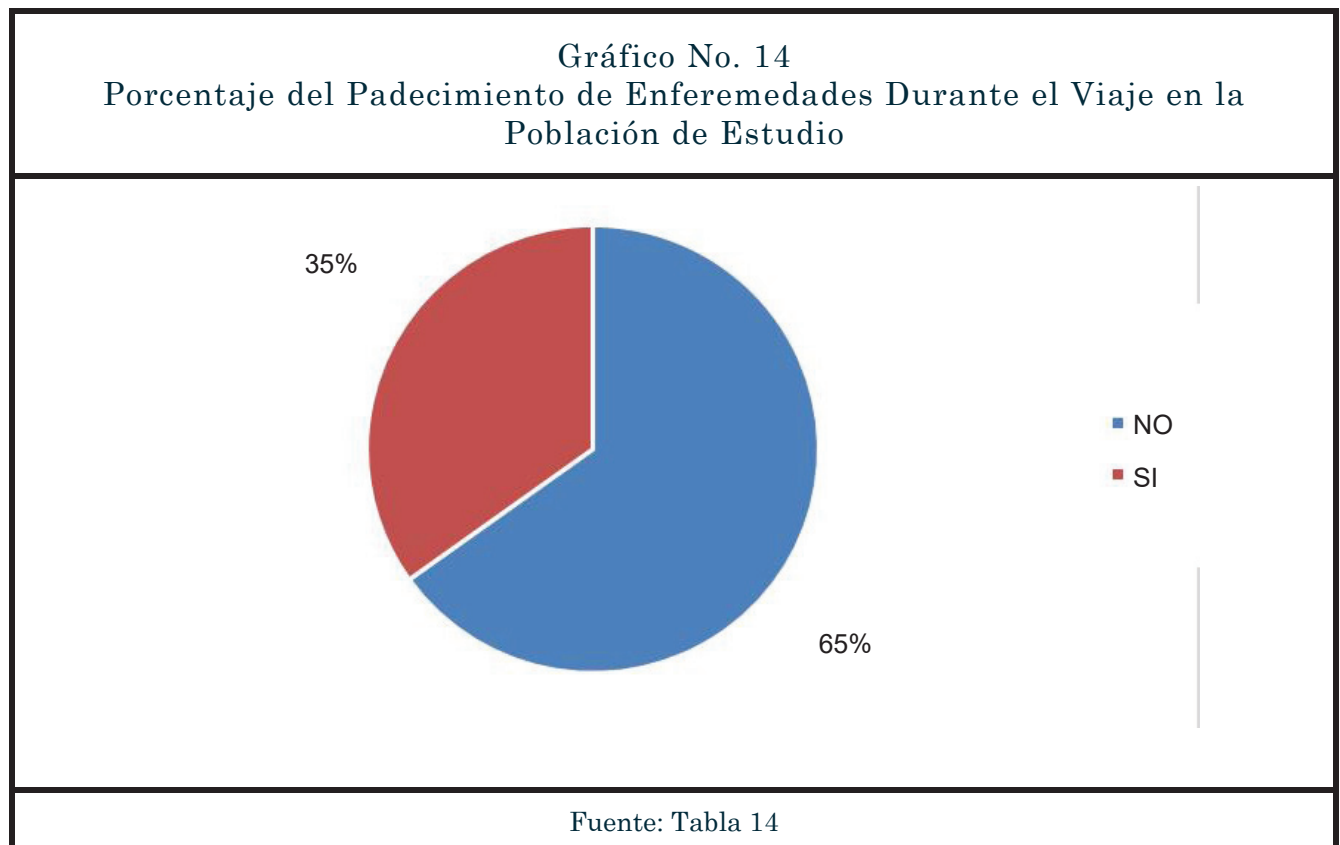


Resultado no. 14

Distribución del Padecimiento de Enfermedades Durante el Viaje en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 14 Distribución del Padecimiento de Enfermedades Durante el Viaje en la Población				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	NO	218	65%	65.1%
Datos Validos	SI	120	35%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Msma que Tabla 1



Resultado no. 15

Distribución de las Enfermedades Padecidas Durante el Viaje por la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 15
Distribución de las Enfermedades Padecidas Durante el Viaje por la Población en Estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
No	220	65.1%	65.1%
Diarrea y Gripe	30	8.9%	74%
Gripe	15	4.4%	78.4%
Diarrea	15	4.4%	82.8%
Gastroenterítis	7	2.1%	84.9%
Gastrítis	6	1.8%	86.7%
CHT	5	1.5%	88.2%
Insomnio	3	0.9%	89.1%
Deshidratación	3	0.9%	90%
Diarrea y Deshidratación	3	0.9%	90.9%
Insolación y Gripe	2	0.6%	91.5%
Insolación y Diarrea	2	0.6%	92.1%
Insolación	2	0.6%	92.6%
Gastroenterítis PI	2	0.6%	93.2%
Dermatítis	2	0.6%	93.7%
Conjuntivítis	2	0.6%	94.3%
CHT y Gripe	2	0.6%	94.9%
CHT y Diarrea	2	0.6%	95.5%
IVU	1	0.3%	95.8%
ITS	1	0.3%	96.1%
Gastroenterítis y Gripe	1	0.3%	96.4%

Fuente: Misma que Tabla 1

Tabla No. 15
Distribución de las Enfermedades Padecidas Durante el Viaje por la
Población en Estudio (continúa)

Esguince Grado III	1	0.3%	97%
Dificultad Motriz Caminar	1	0.3%	97%
Diarrea, Vomito y Gripe	1	0.3%	97.6%
Diarrea y Vomito	1	0.3%	97.9%
Diarrea EITS	1	0.3%	98.2%
Diarrea e Insomnio	1	0.3%	98.5%
Diarrea Aguda	1	0.3%	98.8%
Conjuntivitis y Diarrea	1	0.3%	99.1%
CHT y Gastroenteritis	1	0.3%	99.4%
CHT e Insolación	1	0.3%	99.7%
Vomito	1	0.3%	100%
Total	338	100%	100%

Fuente: Misma que Tabla 1

Resultado no. 16

Distribución de Presencia de Síntomas Adicionales al Diagnostico Durante el Viaje por la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

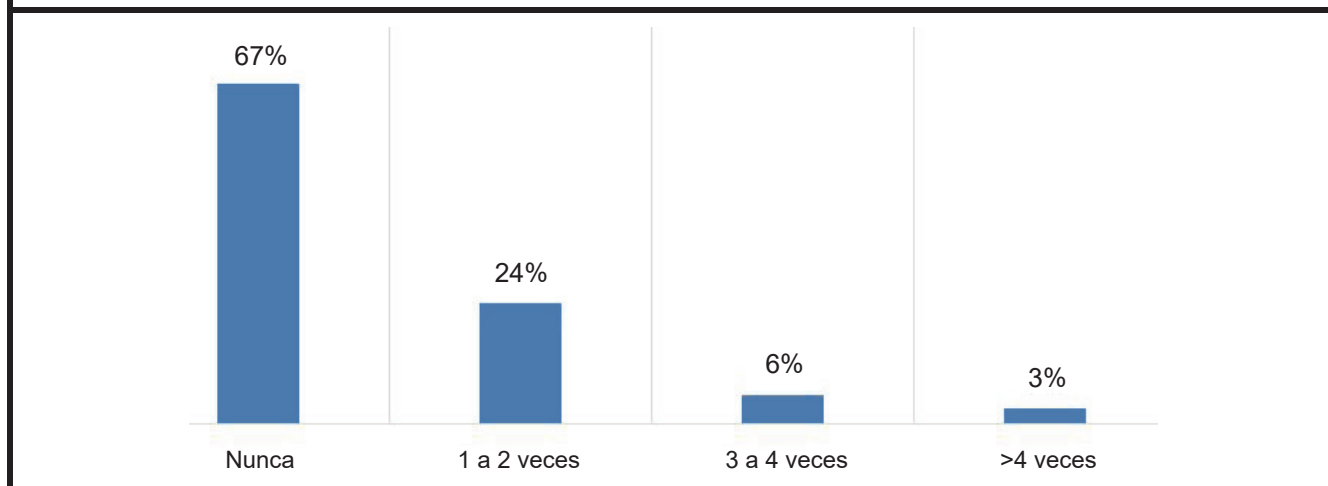
Tabla No. 16
Distribución de Presencia de Síntomas Adicionales al Diagnostico Referido Durante el Viaje por la Población en Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Nunca	227	67%	67.2%
Datos Válidos	1 a 2 veces*	81	24%	91.2%
	3 a 4 veces*	20	6%	97.1%
	>4 veces*	10	3%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

*Veces por semana en los últimos 15 días antes de la Entrevista en Huehuetoca

Gráfico No. 16
Presencia de Síntomas Adicionales al Diagnostico Referido Durante el Viaje por la Población en Estudio



Fuente: Tabla 16

* Veces por semana en los últimos 15 días antes de la Entrevista en Huehuetoca

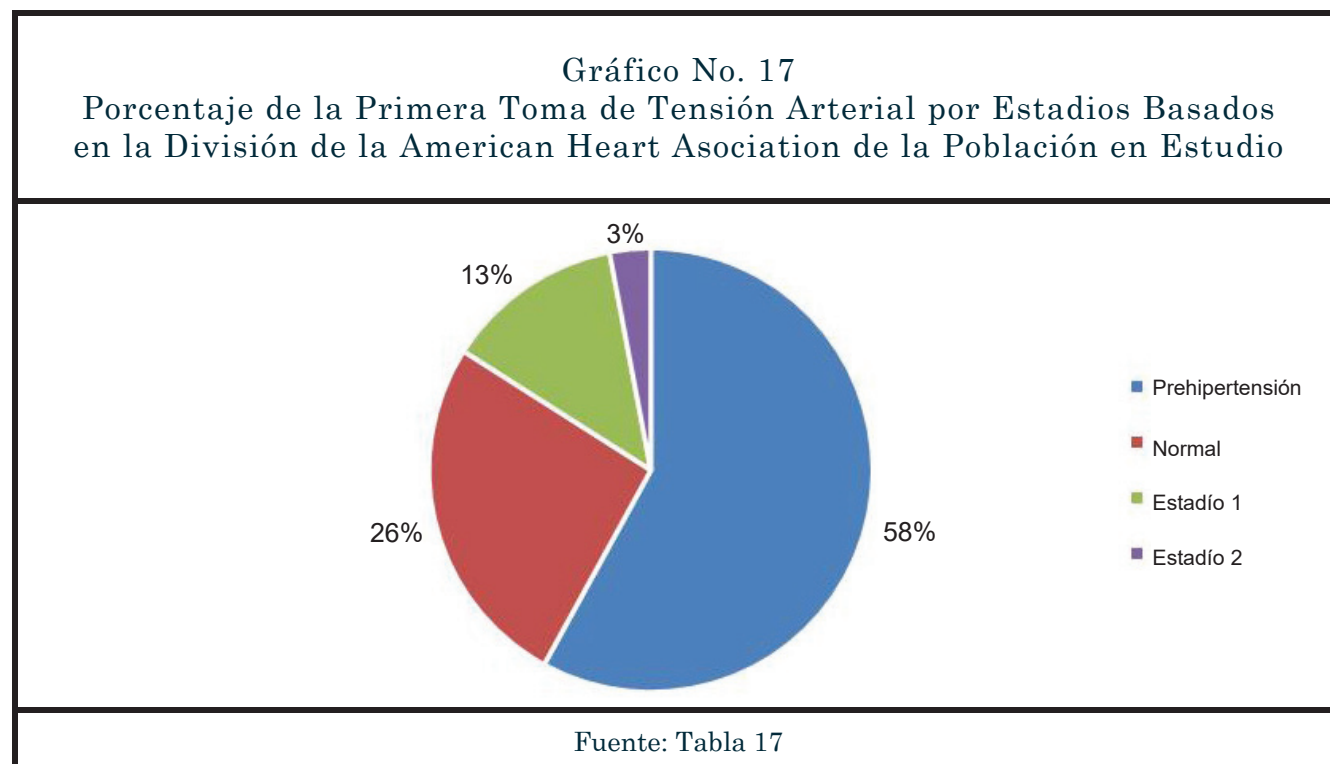
Tercer Apartado de Resultados: Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

Resultado no. 17

Distribución de la Primer Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División del American Heart Association de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 17 Distribución de la Primera Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División de la American Heart Association de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Pre hipertensión	196	58%	58%
Datos Válidos	Normal	88	26%	84%
	Estadio 1	44	13%	97%
	Estadio 2	10	3%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

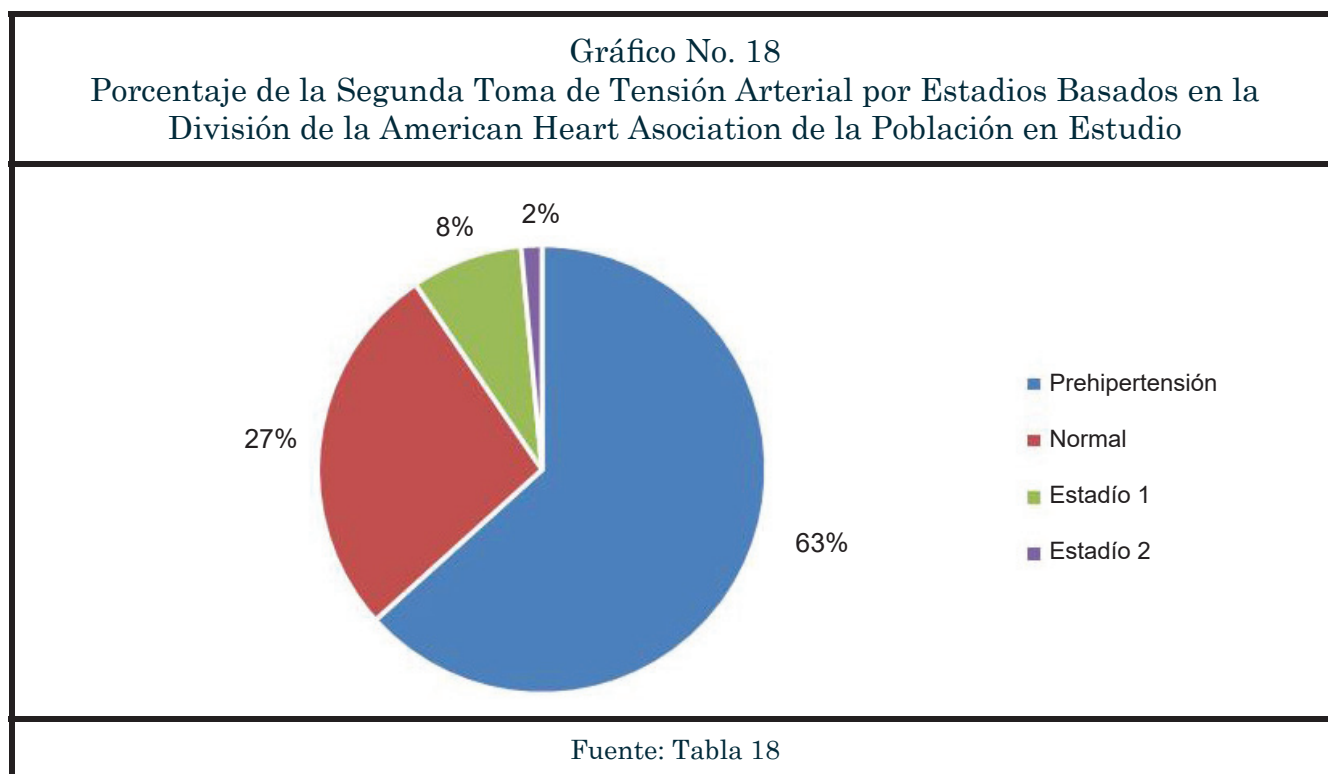


Resultado no. 18

Distribución de la Segunda Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División del American Heart Association de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 18				
Distribución de la Segunda Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División de la American Heart Association de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Pre hipertensión	214	63%	63.3%
Datos Válidos	Normal	92	27%	90.5%
	Estadio 1	27	8%	98.5%
	Estadio 2	5	2%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

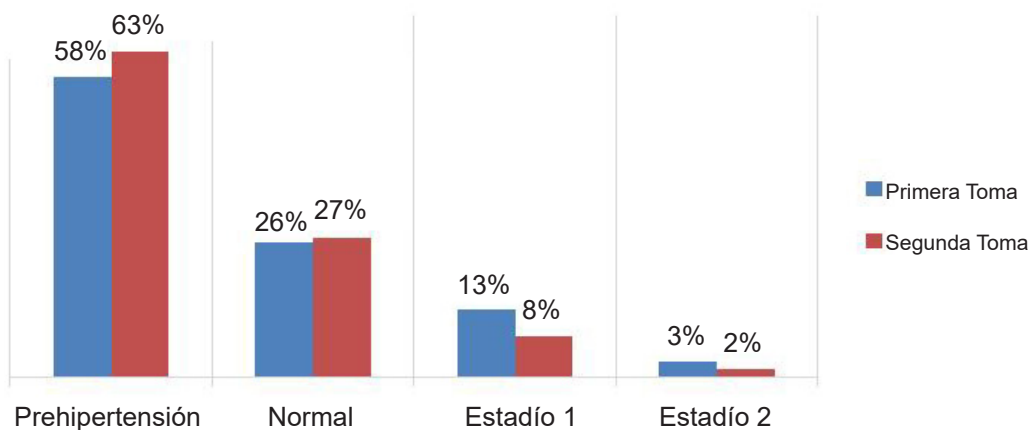


Resultado no. 19

Distribución Comparativa entre Primera y Segunda Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División del American Heart Association de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013

Gráfico 19

Porcentajes en Comparativa de la Primera y Segunda Toma de Tensión Arterial por Estadios Basados en la División de la American Heart Association de la Población en Estudio



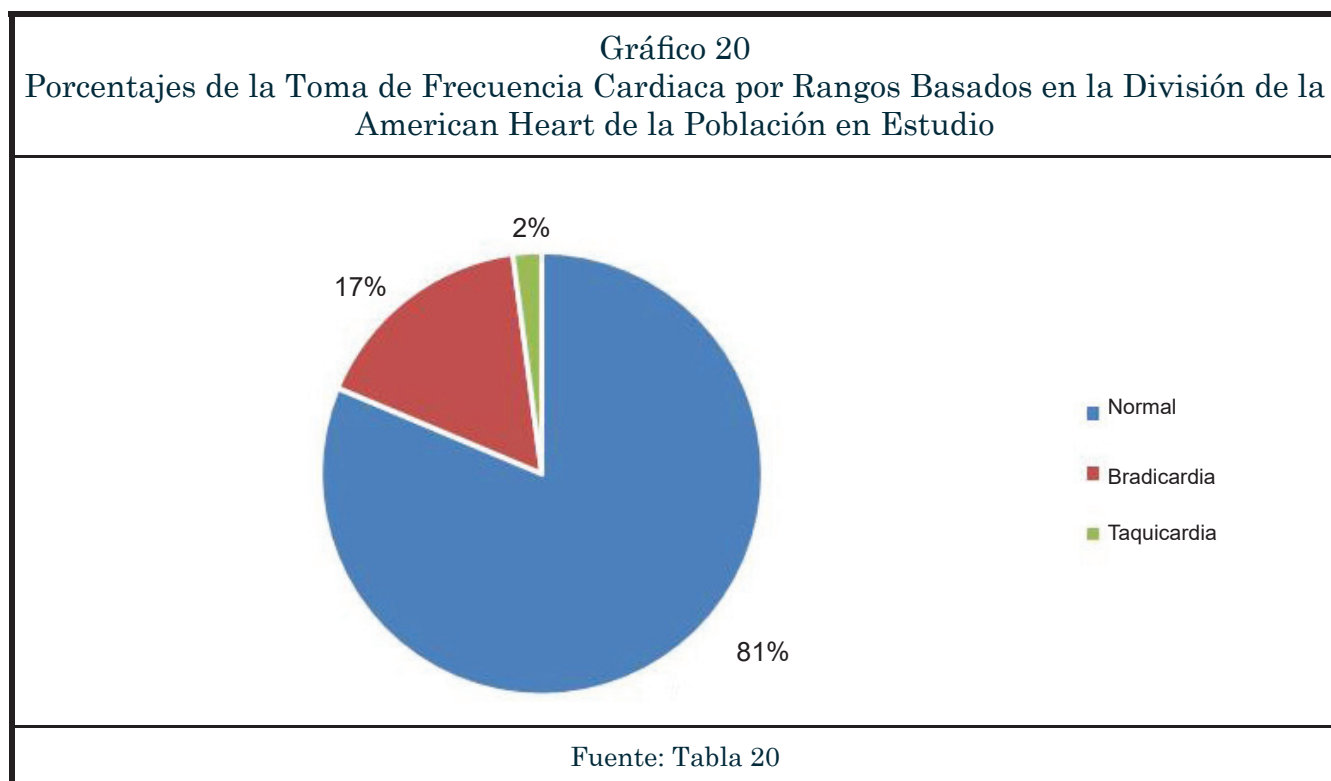
Fuente: Tabla 17 y 18

Resultado No. 20

Distribución de la Toma de Frecuencia Cardiaca por Estadios Basados en la División del American Heart Association en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla No. 20				
Distribución de la Toma de Frecuencia Cardiaca por Rangos Basados en la División de la American Heart Association de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Normal	275	81%	81.4%
	Bradicardia	56	17%	98%
Datos Válidos	Taquicardia	7	2%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

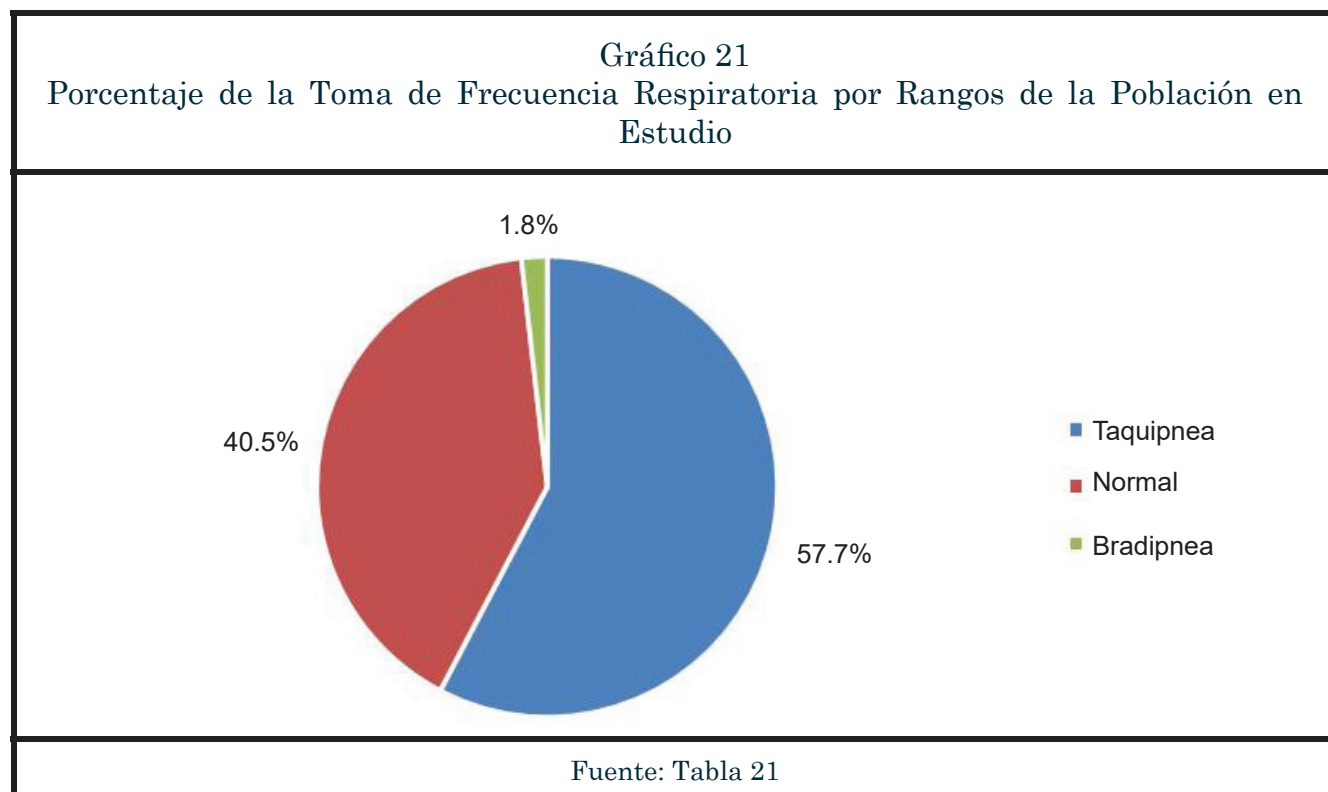


Resultado No. 21

Distribución de la Toma de Frecuencia Respiratoria por Estadios en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 21 Distribución de la Toma de Frecuencia Respiratoria por Rangos de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Taquipnea	195	57.7%	57.7%
Datos Válidos	Normal	137	40.5%	98.2%
	Bradipnea	6	1.8%	100%
	Total	338	100.0	

Fuente: Misma que Tabla 1

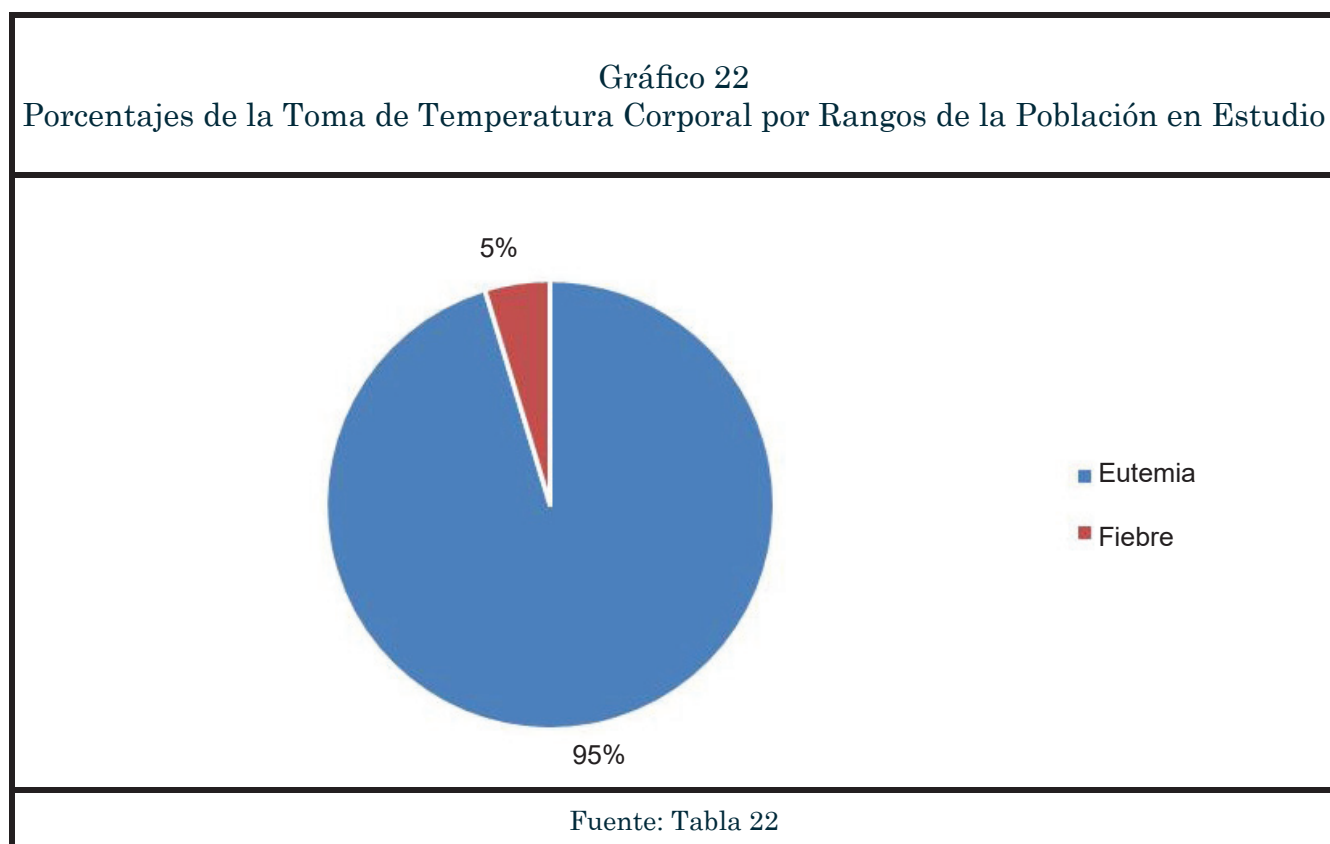


Resultado no. 22

Distribución de la Toma de Temperatura Corporal por Estadios en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013

Tabla no. 22				
Distribución de la Toma de Temperatura Corporal por Rangos de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	Eutemia	322	95%	95.3%
	Fiebre	16	5%	100.0%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

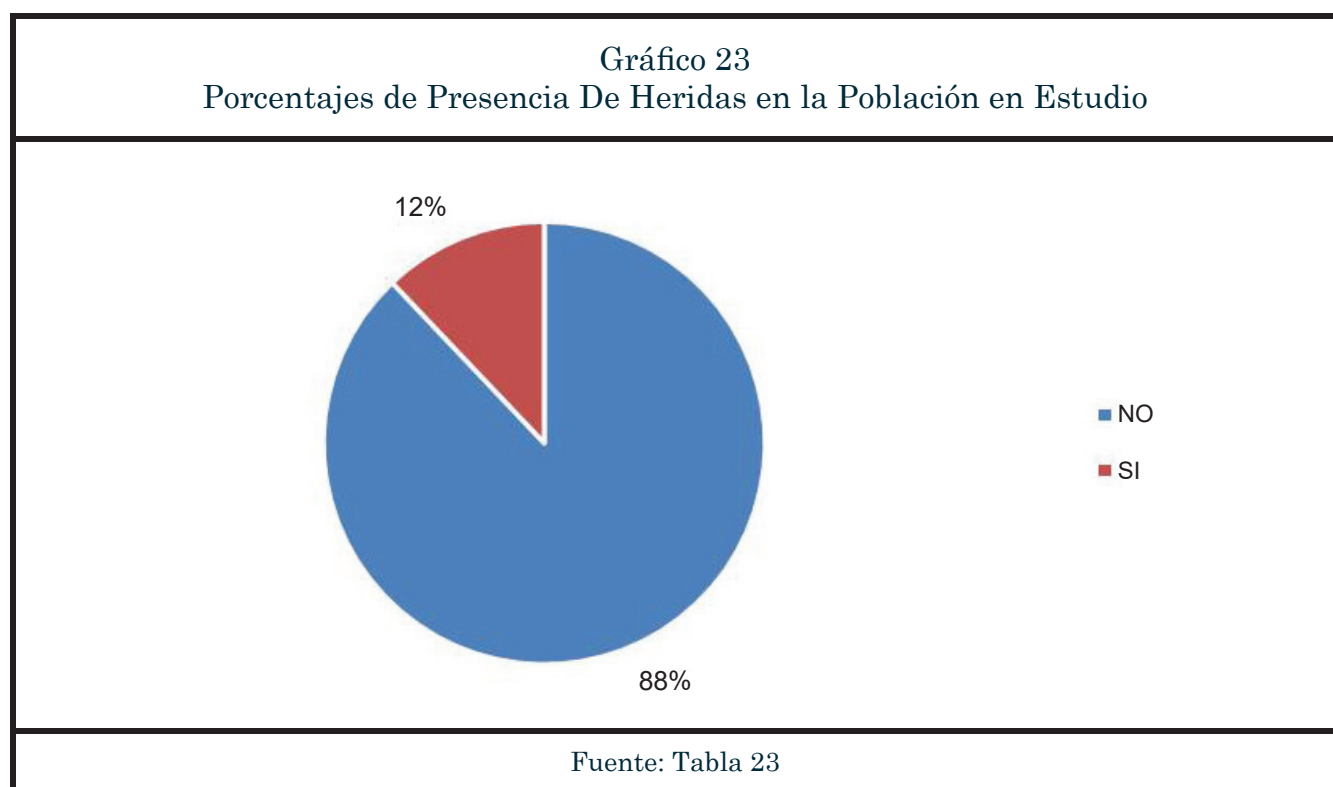


Resultado no. 23

Distribución de Presencia de Heridas en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013

Tabla no. 23 Distribución de Presencia De Heridas en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	NO	297	88%	87.9%
	SI	41	12%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

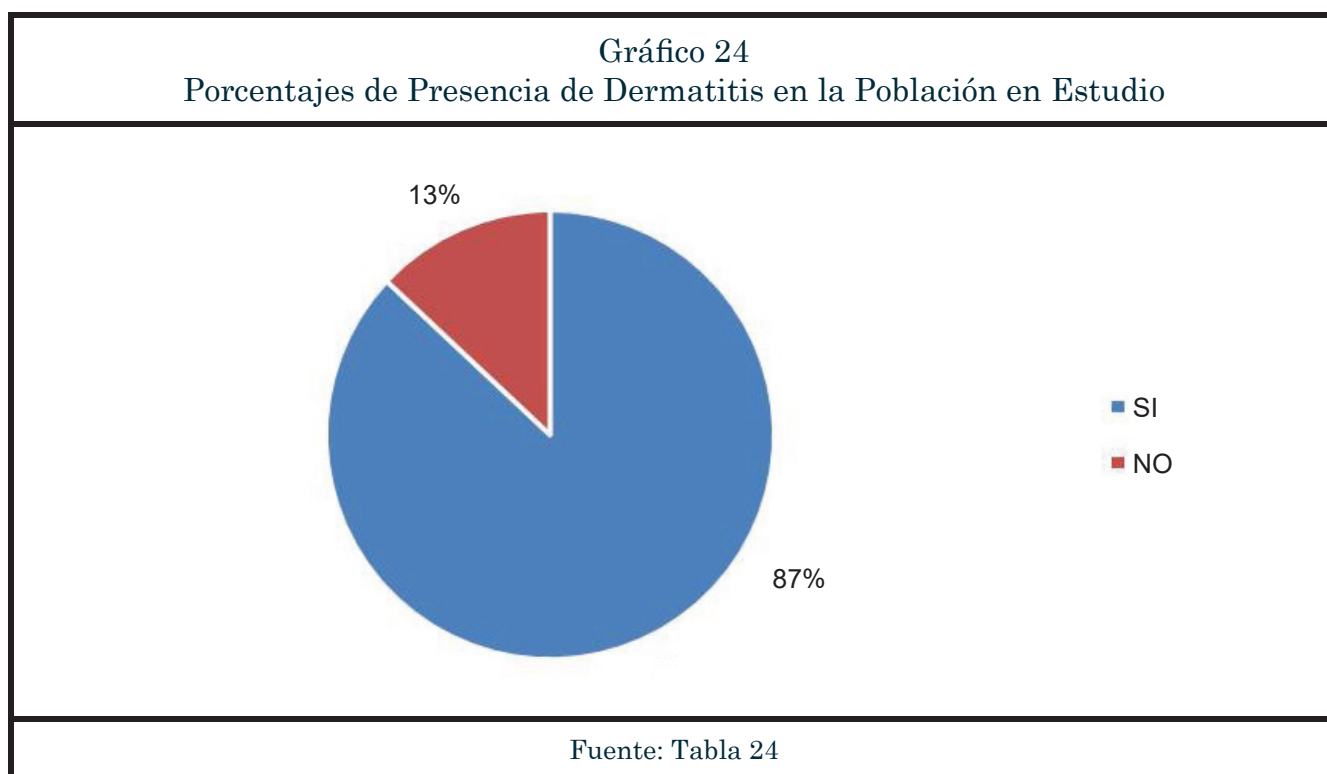


Resultado no. 24

Distribución de Presencia de Dermatitis en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 24 Distribución de Presencia de Dermatitis en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	Si	295	87%	87.3%
	No	43	13%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1



Resultado no. 25

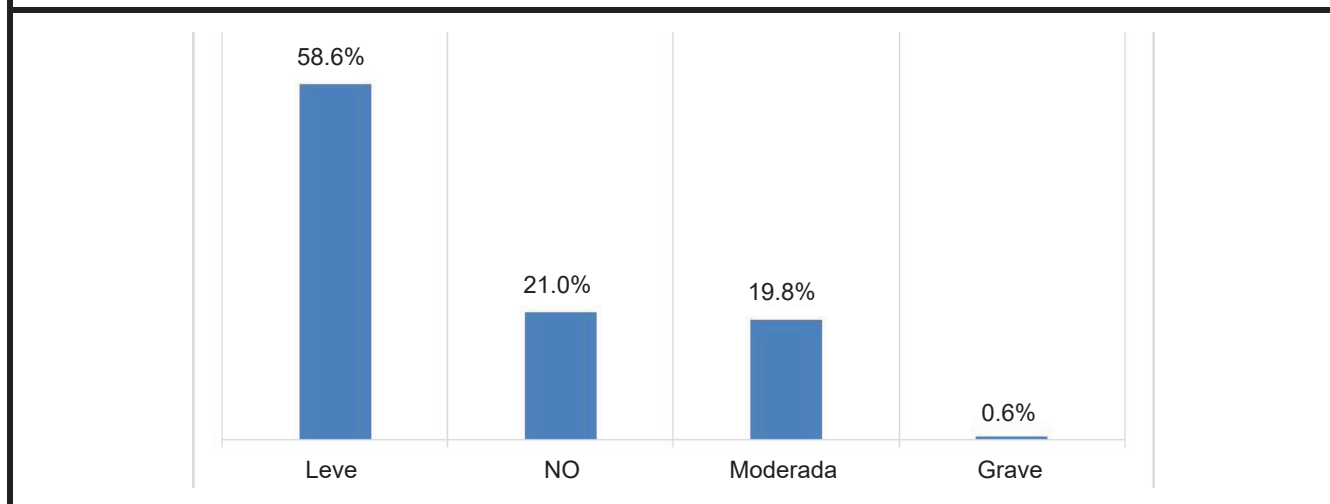
Distribución por Grados de Deshidratación de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 25
Distribución por Grados de Deshidratación de la Población en Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Leve	198	58.6%	58.6%
Datos Válidos	NO	71	21.0%	79.6%
	Moderada	67	19.8%	99.4%
	Grave	2	0.6%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfico 25
Porcentajes por Grados de Deshidratación de la Población en Estudio



Fuente: Tabla 25

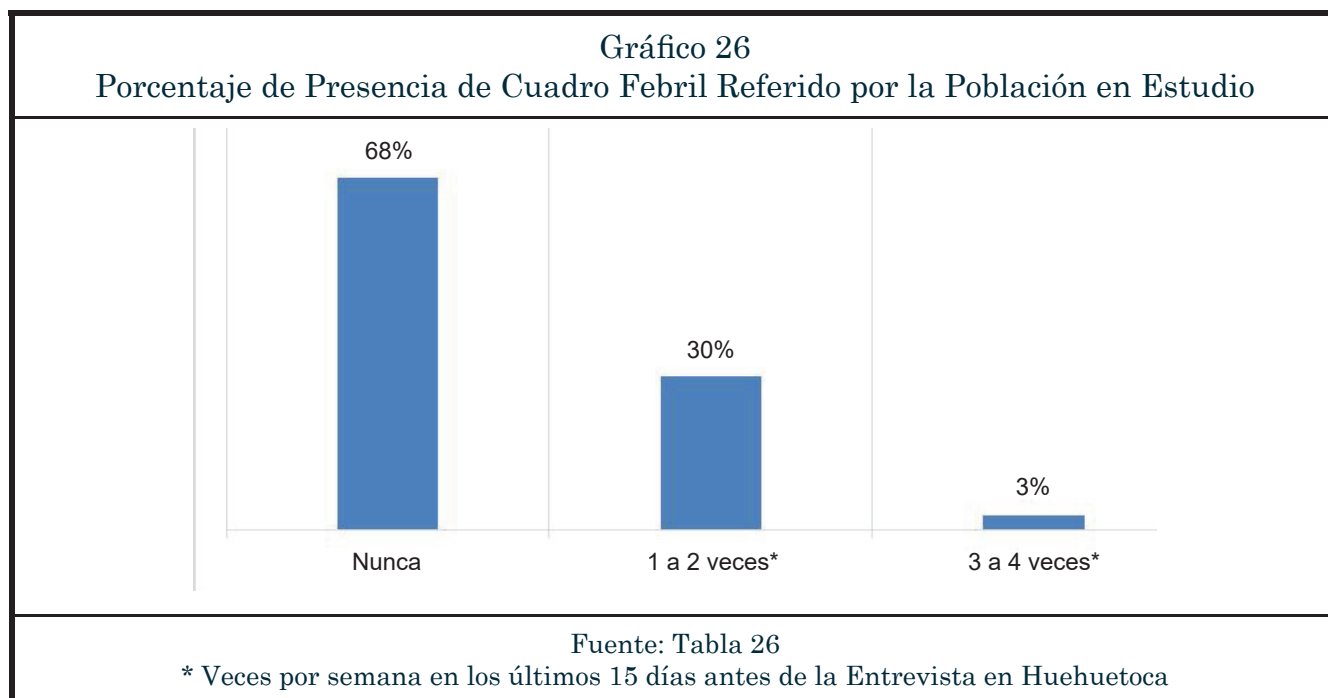
Cuarto Apartado de Resultados: Datos de Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población en Estudio

Resultado no. 26

Distribución de Presencia de Cuadro Febril Referido por la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 26 Distribución de Presencia de Cuadro Febril Referido por la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	Nunca	229	68%	67.8%
	1-2 veces*	100	30%	97.3%
	3-4 veces	9	3%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1
* Veces por semana en los últimos 15 días antes de la Entrevista en Huehuetoca

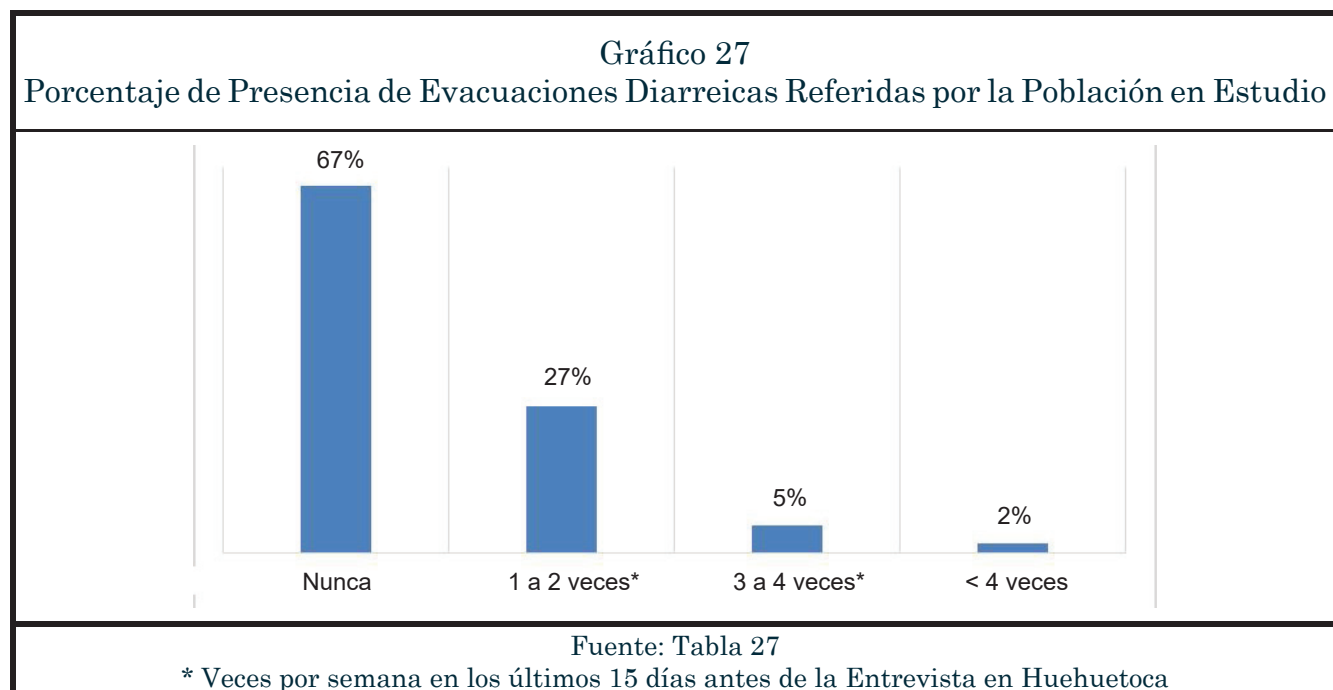


Resultado no. 27

Distribución de Presencia de Evacuaciones Diarreicas Referidas por la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 27				
Distribución de Presencia de Evacuaciones Diarreicas Referidas por la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Nunca	225	67%	66.6%
Datos Válidos	1 a 2 veces*	90	27%	93.2%
	3 a 4 veces*	17	5%	98.2%
	>4 veces*	6	2%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1
* Veces por semana en los últimos 15 días antes de la Entrevista en Huehuetoca

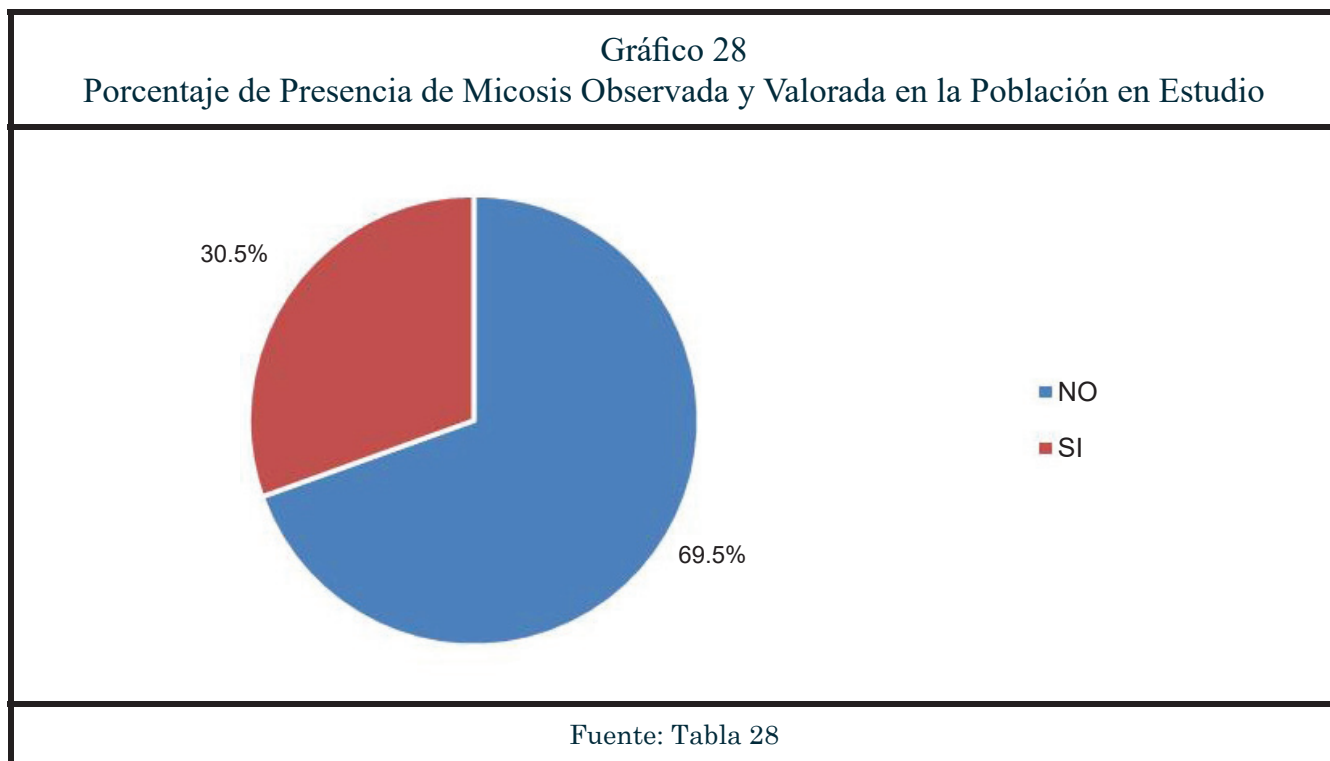


Resultado no. 28

Distribución de Presencia de Micosis Observada y Valorada en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 28				
Distribución de Presencia de Micosis Observada y Valorada en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	NO	235	69.5%	69.5%
	SI	103	30.5%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

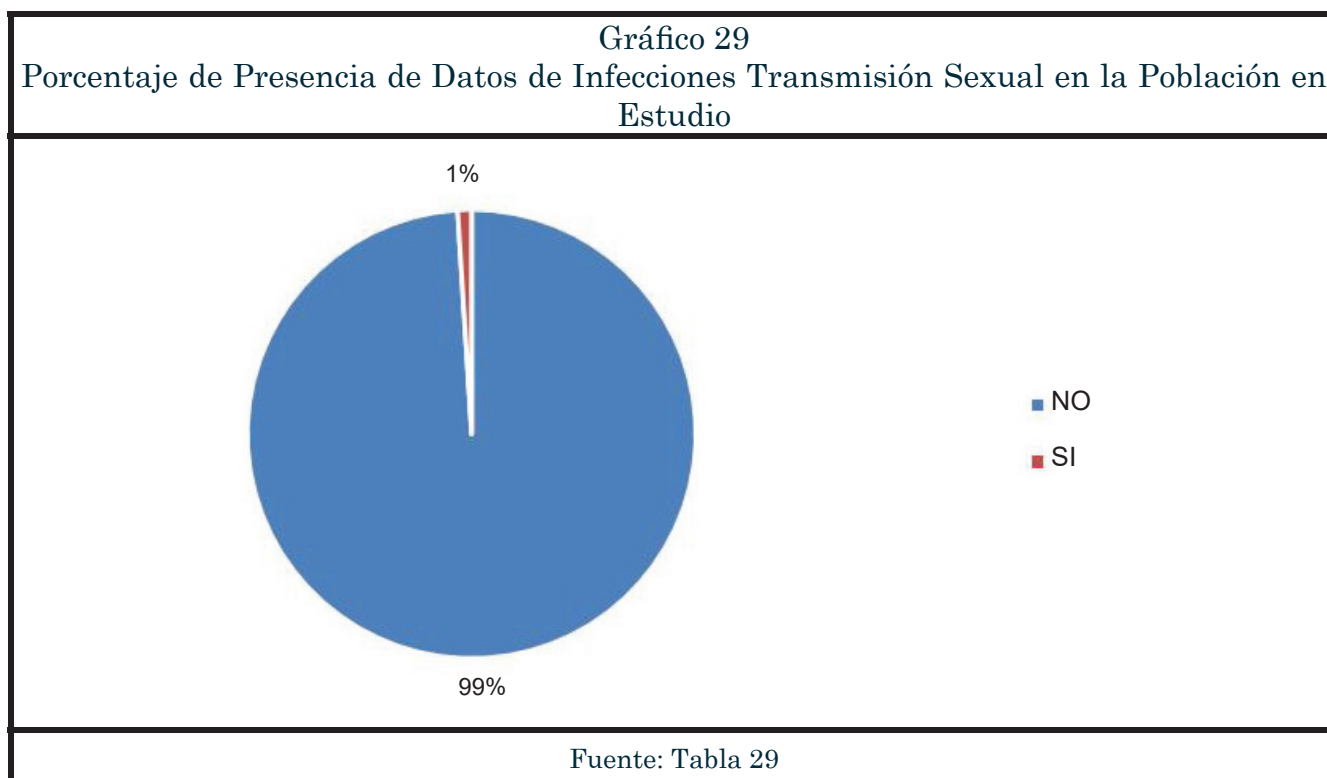


Resultado no. 29

Distribución de Presencia de Datos de Infecciones de Transmisión Sexual en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 29 Distribución de Presencia de Datos de Infecciones Transmisión Sexual en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	NO	335	99%	99.1%
	SI	3	1%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

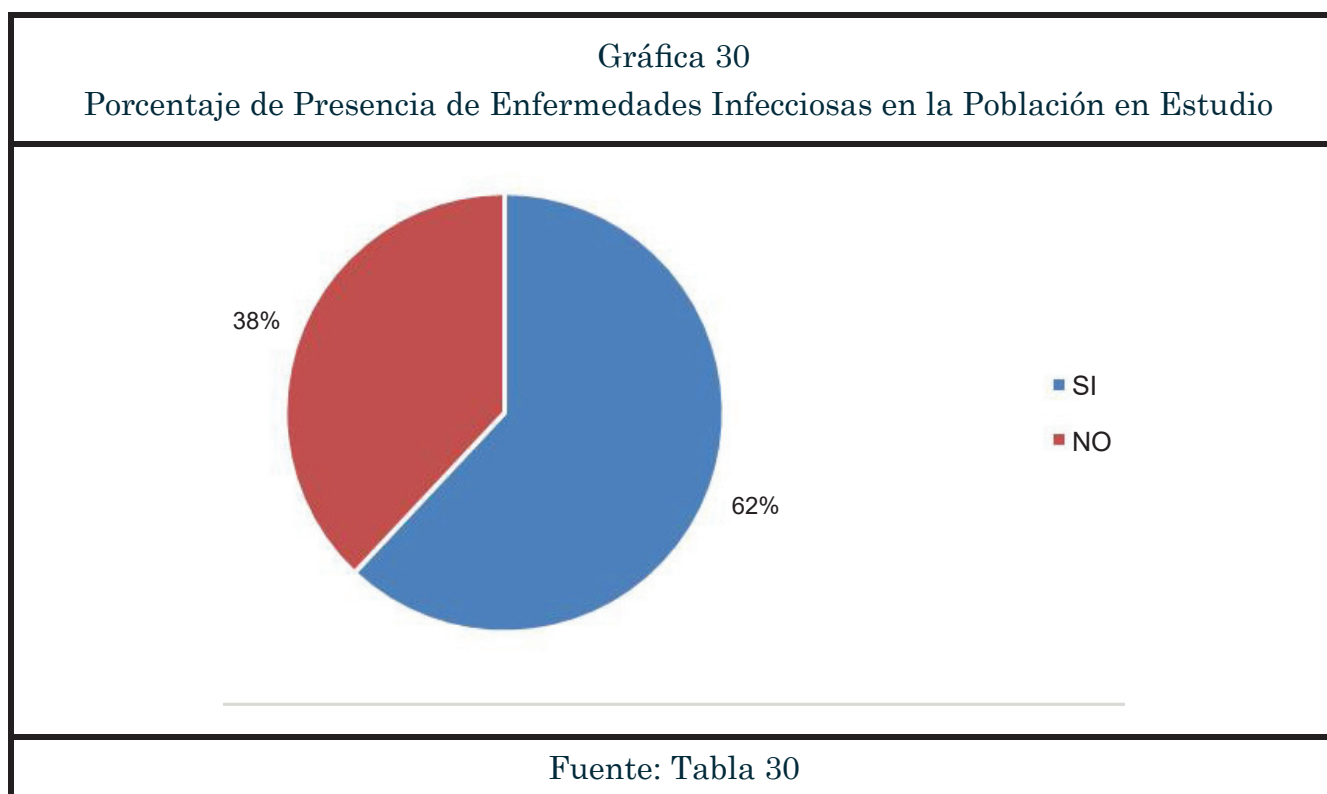


Resultado no. 30

Distribución de Presencia de Datos de Enfermedades Infecciosas en la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 30				
Porcentaje de Presencia de Enfermedades Infecciosas en la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	Si	211	62%	62.4%
	No	127	38%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1

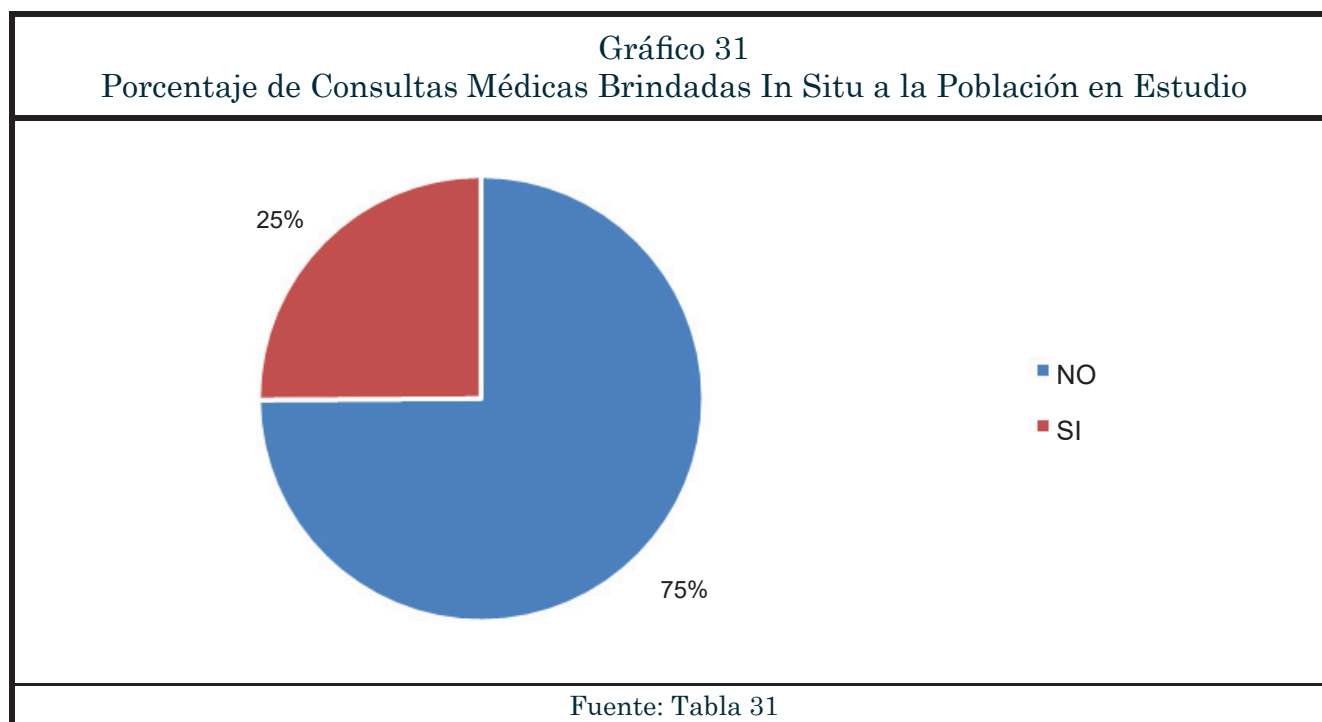


Resultado no. 31

Distribución de Consultas Médicas Brindadas In Situ a la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 31 Distribución de Consultas Médicas Brindadas In Situ a la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Datos Válidos	NO	253	75%	74.9%
	SI	85	25%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1



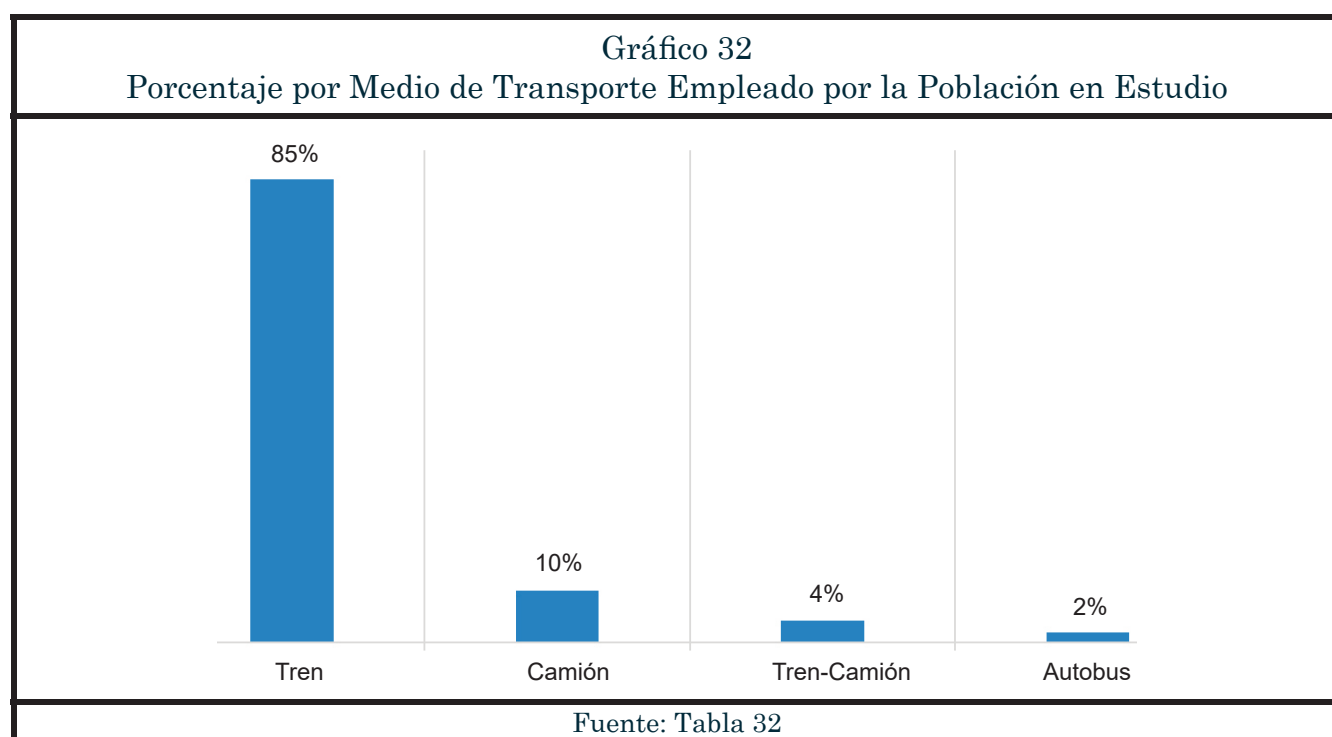
Quinto Apartado de Resultados: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio

Resultado no. 32

Distribución por Medio de Transporte Empleado por la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 32 Distribución por Medio de Transporte Empleado por la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Tren	286	85%	84.6%
Datos Válidos	Camión	32	10%	94.1%
	Tren-Camión	14	4%	98.2%
	Autobus	6	2%	100%
	Total	338	100%	

Fuente: Misma que Tabla 1



Resultado no. 33

Distribución por Tiempo Viajando en Días de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 33 Distribución por Tiempo Viajando en Días de la Población en Estudio		
N	Datos Válidos	338
	Datos Perdidos	0
Media		26.04
Mediana		17.50
Moda		30
Rango		269
Mínimo		1
Máximo		270
Sumatoria		8802
Fuente: Misma que Tabla 1		

Resultado no. 34

Distribución de Itinerario Pasado Recorrido de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Mapa no. 1:
Distribución de Itinerario Pasado Recorrido de la Población en Estudio



	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Apizaco	13	3.8%	Lecheria	64	18.9%
Arriaga	12	3.6%	Lecheria / Veracruz	3	0.9%
Chiapas	3	0.9%	Tapachula	27	8%
Coatzacoalcos	1	0.3%	Tenosique	65	19.2%
Cuautitlan Izcalli	6	1.8%	Tierra Blanca	65	19.2%
CDMX	2	0.6%	Lecheria / Tierra Blanca	1	0.3%
Huehuetoca	20	5.9%	Veracruz	1	0.3%
Ixtepec	3	0.9%	NA	52	15.4%

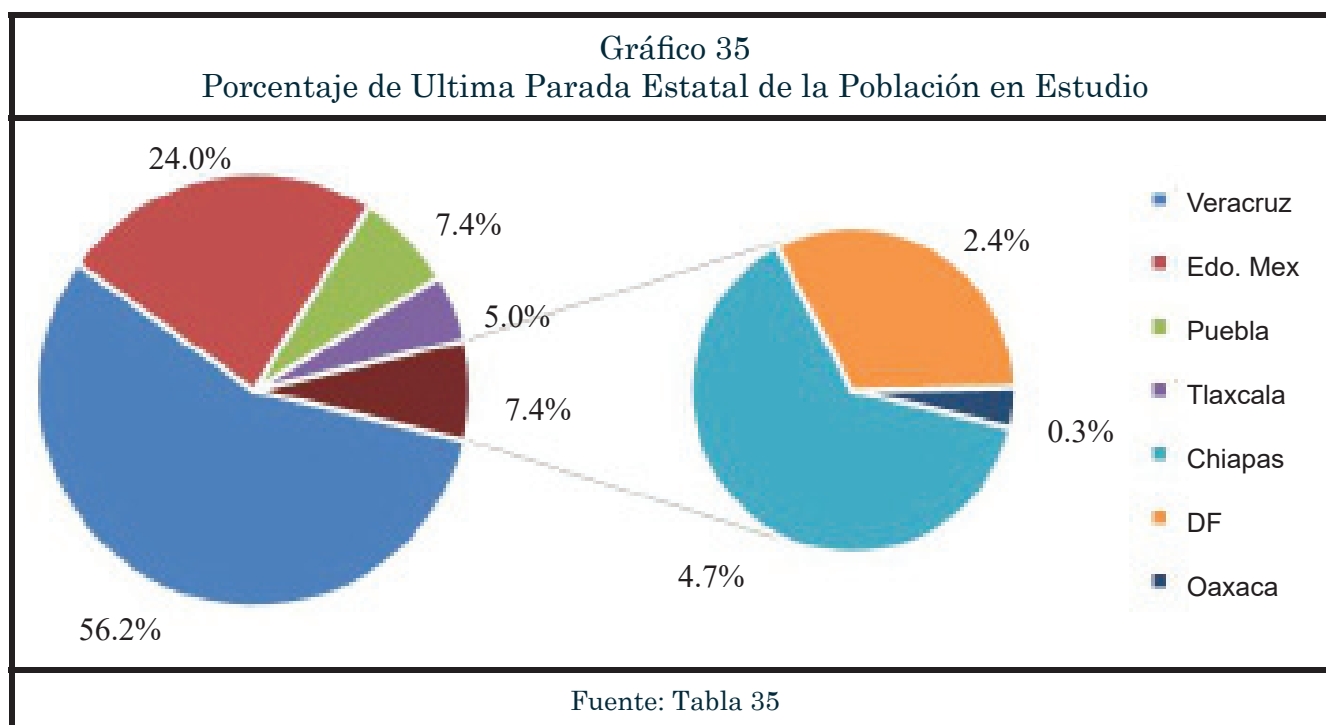
Fuente: Datos Procesados por Millán Hernández Erika G. ENEO-UNAM
Elaboración: DyCV Carrasco Rodríguez Edgar
Correspondiente a Resultado no. 34

Resultado no. 35

Distribución de Última Parada Estatal de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	Veracruz	190	56.2%	56.2%
	Estado de México	81	24.0%	80.2%
Datos Válidos	Puebla	25	7.4%	87.6%
	Tlaxcala	17	5.0%	92.6%
	Chiapas	16	4.7%	97.3%
	DF	8	2.4%	99.7%
	Oaxaca	1	0.3%	100%
	Total	338	100.0%	

Fuente: Misma que Tabla 1

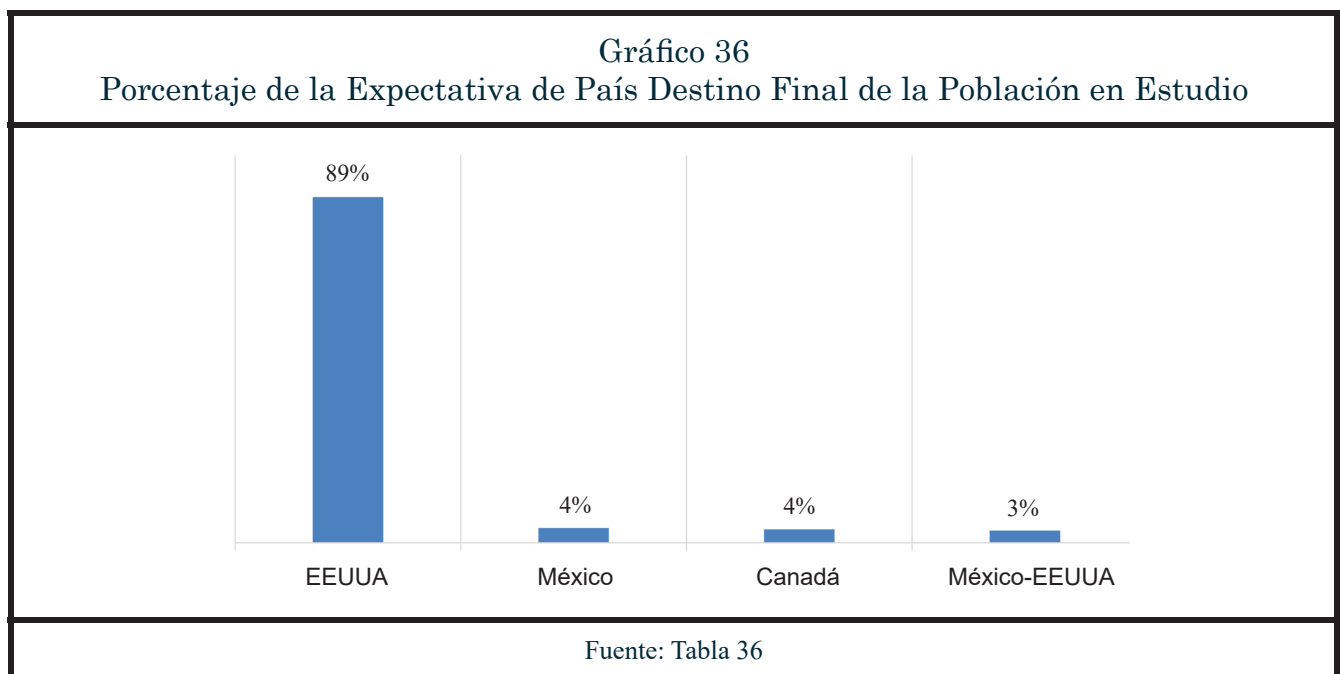


Resultado no. 36

Distribución de la Expectativa de País Destino Final de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Tabla no. 36 Distribución de la Expectativa de País Destino Final de la Población en Estudio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
	EEUU	302	89%	89.3%
	México	13	4%	93.1%
Datos Válidos	Canadá	12	4%	96.7%
	México-EEUU	11	3%	100%
	Total	338	100%	

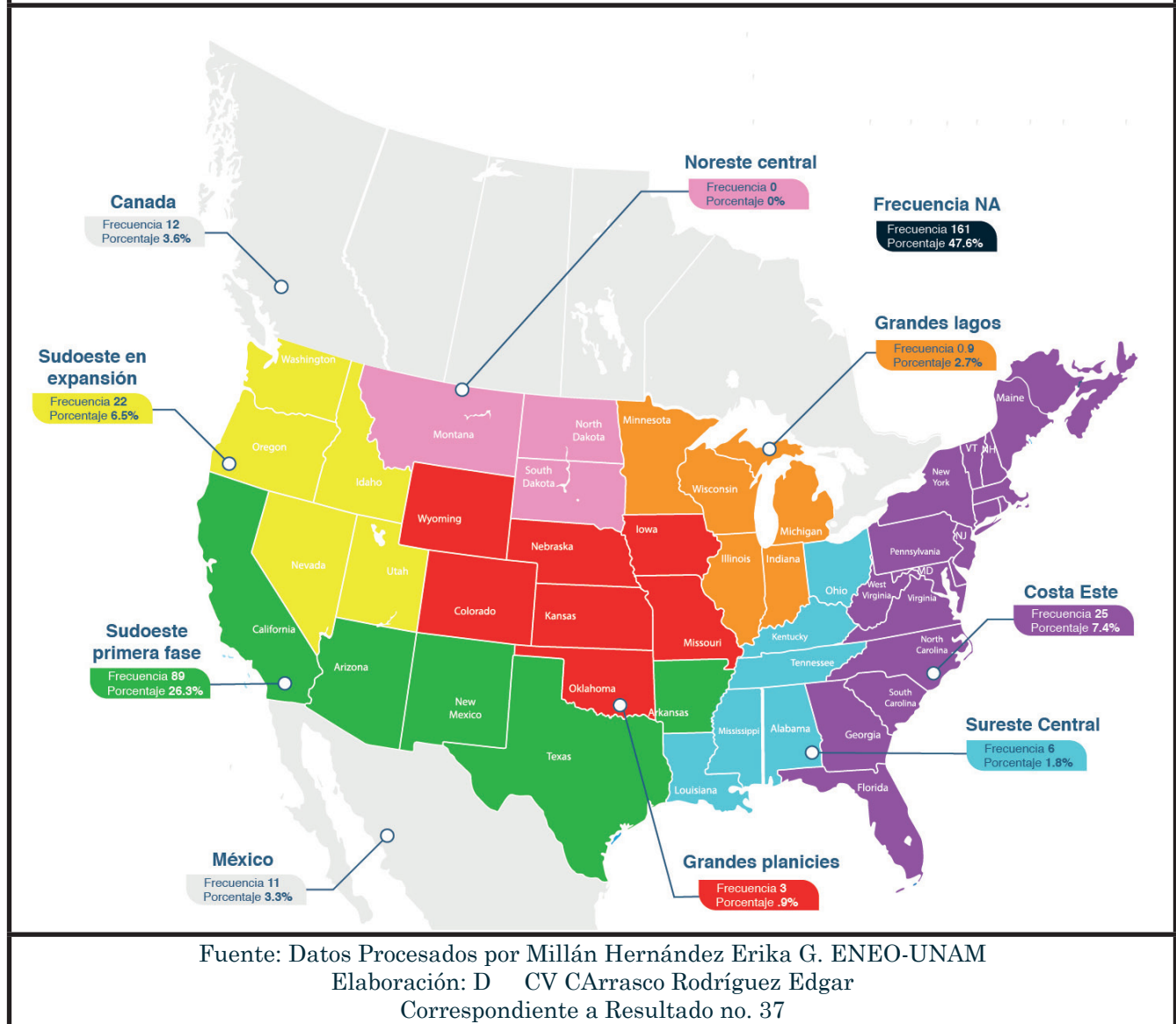
Fuente: Misma que Tabla 1



Resultado no. 37

Distribución por Regiones Migratorias en EEUUA como Expectativa de Destino Final de la Población Entrevistada para Valorar el Estado de Salud en Migrantes Irregulares Centroamericanos, en Casa del Migrante Huehuetoca, México, Durante el Periodo de Abril a Junio de 2013.

Mapa no. 2:
Distribución por Regiones Migratorias de EEUUA como Expectativa de Destino Final de la Población en Estudio





V I

CAPÍTULO

A N Á L I S I S D E R E S U L T A D O S

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Primer Apartado: Descripción de la Población en Estudio

En el momento de la entrevista - valoración se preguntaron algunos datos como parte de la ficha de identificación, sin incluir su nombre ya que se generó como una entrevista anónima, se les preguntó género, edad, nacionalidad, su ocupación laboral u oficio, y su religión, así como condiciones particulares de las viviendas en su lugar de origen, como el material de construcción, la presencia de hacinamiento y animales compartiendo el lugar dentro de sus hogares, para brindar un panorama general descriptivo de la población en estudio.

Parte de los primeros factores influyentes en la teoría manifestada por Leininger, habla directamente sobre la diversidad generada por los movimientos internacionales, como el que se aborda en el presente estudio, esta diversidad hace referencia a las grandes diferencias entre origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, educación, entre otras y por lo tanto la necesidad creciente de una enfermería transcultural.

Durante el tiempo en que fueron realizadas las entrevistas y consultas se observó población mayoritariamente masculina y por medio del análisis estadístico esto se da por sentado cuando casi el total de la población se demuestra masculina; de acuerdo a pláticas sostenidas con la población el flujo de migrantes femeninas es abundante al inicio de la migración, pero a lo largo del camino se dispersan más, hacen mayor número de paradas o se detienen por tiempos más prolongados, sin embargo es imposible definir o dar certeza acerca de ésta situación dentro del presente estudio.

Esto se relaciona con otro de los 8 factores influyentes para la teoría de Leininger, donde se aborda el aumento en los problemas de género, a pesar de que en este caso no se habla directamente del problema contra las mujeres, por el contrario la mayoría de la población es masculina y sin embargo apreciativamente durante el estudio y las pláticas sostenidas con los migrantes, se nota la diferencia con que se trata al hombre contra la mujer, asumiendo una menor necesidad de cuidado, seguridad y atención que por ser el “género fuerte” requieren y por lo tanto la responsabilidad de actuar sobre este aspecto.

Se puede observar que en general la población en este punto son jóvenes, ya que del total de los migrantes integrados en el estudio más de una tercera parte pertenecen al primer grupo de edad y son jóvenes entre 16 y 24 años, que el resto de la muestra se reparte entre personas de 25 y hasta 48 años y en el otro extremo se encontró que la minoría notable de los entrevistados son personas que superaran los 49 años de edad, señalando nuevamente, la diversidad en la que se desarrolla la migración.

Acorde a la expectativa la mayoría de los entrevistados son de Origen centroamericano, pero una vez que analizamos la incidencia por cada país en específico notamos que a pesar de que los países directamente fronterizos con México son Guatemala y Belice no son los que más migrantes aportan, ya que más de la mitad de los inmigrantes encontrados provienen de Honduras y la otra mitad está dividida casi equitativamente entre Salvadoreños, Guatemaltecos, Nicaragüenses y ninguno perteneciente a Belice, Costa Rica o Panamá.

Para el caso de la variable de religión profesada se pudo encontrar una tendencia marcada al cristianismo, siendo más de un tercio de los encuestados quienes se incluyen en ésta religión, otro tercio de la población en estudio se forma al conjuntar los católicos, los evangélicos y los creyentes.

Y la última tercera parte se engloba en el grupo “otras”, cuando los entrevistados no se encontraban a sí mismos pertenecientes a un grupo religioso específico, también se incluyen religiones diversas, creencias locales o no religiosas en un sentido estricto, como por ejemplo santeros, yorubas, los que profesan una creencia en la denominada “Santa Muerte” o “Malverde”, por mencionar algunas que, en las pláticas sostenidas con los migrantes, salían a la luz, sin embargo al no poderse hacer como subgrupos se mantienen englobadas.

Aunque el tema de religión profesada pueda no parecer relevante a la migración hay que considerar el conflicto o choque cultural por creencias, que se suma a los demás factores de cada individuo y que de acuerdo al nivel de relevancia en la profesión de su fe y creencias en la vida de cada individuo puede funcionar como factor protector, por el contrario, por ejemplo, la inaccesibilidad a lugares donde profesar sus creencias, o las limitantes que algunas religiones dictan, podrían ser un factor de riesgo sumado a las complicaciones del trayecto migratorio en sí y por tanto generar un impacto sobre los cuidados a la salud.

Para extender el conocimiento sobre la población en estudio se preguntó profesión, ocupación laboral u oficio que desempeñan y para la expresión de respuestas se generó una clasificación basada en la Clasificación Internacional Uniforme (CIUO-88) , donde se engloban dentro de 11 grupos.

Al relacionar los gráficos podemos concluir que la mayoría de la población que respondió esta parte de la entrevista se incluye en el grupo de artesanos y trabajadores de construcción, siendo casi un tercio de los entrevistados, el siguiente grupo con más frecuencia de inclusión es donde se incluyen los trabajadores de agricultura, pesca y desarrollo forestal, así como los Trabajadores de Plantas y Maquinaria, por el lado contrario los grupos con menos incidencia son los administrativos y trabajos de oficina.

Esto expone que la mayoría de los migrantes no cuenta con una carrera o trabajo profesional, mediante pláticas con las personas al momento de las entrevistas se denota también el hecho de la falta de empleos para oficios que saben desempeñar y las condiciones complicadas aun cuando una oportunidad de trabajo se presenta.

Al extrapolar y comparar con la expectativa desarrollada por el marco teórico, encontramos una coincidencia con el hecho de que las tasas de desempleo, subempleo y las malas condiciones laborales en sus lugares de origen pueden ser un factor importante en la decisión de iniciar con un viaje migratorio irregular así como el impacto a la salud, que de este movimiento y sus condiciones, se desprende, esto sirve como demostrativa de la importancia mencionada en la teoría del sol naciente sobre el efecto que los factores económicos y educacionales tienen y que se deben tomar en cuenta para el cuidado de la salud de los individuos.

Siguiendo con las variables en las que se intenta dar un panorama descriptivo de la población en estudio, se abordó el tipo de material de construcción de las viviendas donde reside cada migrante. Aquí podemos globalizar la división en cuatro partes, por lo tanto, la primera cuarta parte de la población estudiada vive en casas de lámina, y otra cuarta parte en casas de mampostería, la tercera cuarta parte viviría

en casas construidas con madera o adobe y por ultimo una cuarta parte de la población, no fue entrevistada sobre este aspecto, dado que la variable se implementó en el curso de la investigación y no desde un inicio viendo la posibilidad de ampliar el conocimiento de la población que estaba siendo estudiada.

Esto se correlaciona de alguna manera socioeconómica con la variable anterior donde vemos que de acuerdo a su clasificación la mayoría de los migrantes cuentan con empleos de obreros y en teoría poca remuneración económica.

Sobre las condiciones descriptivas del lugar de residencia de la población en estudio abordamos la presencia de hacinamiento como pregunta cerrada, donde hacinamiento se considera la ocupación mayor a 2.5 personas por dormitorio en promedio, así podemos observar que casi la totalidad de las personas que fueron encuestadas en este respecto, efectivamente vivían en condiciones de sobreocupación de la vivienda, dando congruencia a las teorías planteadas en el marco teórico donde se habla sobre la alta incidencia de familias viviendo por debajo del nivel de pobreza, como generalidad para los países centroamericanos.

Secundario a la encuesta sobre hacinamiento se preguntó sobre la convivencia directa con animales residiendo dentro de la misma vivienda, donde nuevamente casi el total de la población respondió que sí tienen mascotas u otros animales dentro de sus casas.

Desde este primer apartado debemos reconocer como se señala en la teoría transcultural de enfermería que todos los aspectos socioculturales, como la nacionalidad, género, edad, religión, modo de vivir y vivienda, estado socioeconómico entre otros, tienen un impacto directo en la forma en que la salud se entiende, se percibe en grado de importancia y es procurada por cada individuo para sí mismo, y que al integrarse estos individuos como una población migrante comparten esta perspectiva para generar una nueva grupal, y que por lo tanto se debe actuar y valorar tanto al individuo como al grupo, para entender las necesidades reales y desarrollar maneras dinámicas de brindar una atención transcultural específica y que cubra de una forma más completa las necesidades de los migrantes.

Segundo Apartado: Predisponentes del Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

Aun como antecedentes pero con el fin de empezar a abordar el tema central de la salud en el migrante, en este segundo apartado de análisis abordaremos las variables que marcan el estado de salud predisponente de las personas en estudio como es el contar con un diagnóstico previo en su lugar de origen y que diagnóstico en caso de tener uno, otras variables como la presencia de vida sexual activa y relaciones sexuales de riesgo, y por último la presencia de enfermedades y otros síntomas durante su recorrido migratorio, antes de llegar al comedor de Huehuetoca donde fueron abordados para este trabajo.

Por principio para este apartado se cuestionó sobre la existencia de un diagnóstico previo en su lugar de residencia de los entrevistados, donde solo 12 personas contestaron si, esto habla sobre una desatención a la salud, probablemente consecuente a las condiciones mencionadas anteriormente y en el marco teórico de tasas bajas de alfabetización, educación y altos niveles de pobreza.

Las enfermedades en las personas que contestaron afirmativamente a tener un diagnóstico certero en su lugar de origen son hipertensión, ansiedad, endometriosis, gastritis, hiperactividad, pre hipertensión y diabetes, vértigo, VIH positivo y vitíligo. Volviendo al tema del descuido a la salud y por medio de pláticas con cada una de las personas se denota una falta de tratamiento o continuidad en el mismo, ya sea con anterioridad, desde su hogar o posterior a causa del movimiento migratorio y las condiciones de limitantes económicas y de acceso a la salud que cada persona enfrenta.

Como un antecedente más de salud se cuestionó sobre si las personas mantenían una vida sexual activa durante el viaje migratorio, pregunta en la que se les explicaba lo que el termino significa o implica, aquí observamos que solo un tercio de los encuestados contestaron afirmativamente.

Por otro lado y sin cuestionar los resultados estadísticos, se conoce que el tema de la sexualidad se considera tabú o como sociedad se habla poco del mismo y más con personas ajenas, a pesar de la difusión que en últimos años se ha implementado, así que la respuesta a esta variable podría presentar un sesgo incalculable o por apreciación, que en la pregunta general se evitó al manejarla con respuestas cerradas.

En la siguiente variable se cuestionó de manera directa si en alguna ocasión las personas habían mantenido relaciones sexuales con parejas del mismo género, pregunta a la que 15 personas contestaron afirmativamente, como se menciona en el párrafo anterior podría existir un sesgo debido al tema tabú, sin embargo las personas quienes admitieron este tipo específico de relaciones sexuales, se mostraron interesadas en saber más sobre los riesgos que esto implica y los cuidados que debían tener para sostener este tipo de prácticas sexuales y en general, así que se considera importante que aunque el abordaje es complicado en los centros de migrantes pudiera darse más información sobre la salud sexual.

Dando seguimiento al abordaje de salud y yéndonos al recorrido migratorio un tercio de la población manifestó sí haber sufrido alguna enfermedad por la requirieron atención médica y/o cuidados a la salud durante el tiempo que llevan en migración.

De ese mismo tercio poblacional en estudio que manifestó a ver presentado alguna enfermedad durante su recorrido migratorio, se analizó que los padecimientos más frecuentes son las diarreas y síntomas de gripe, otros que llaman la atención, puesto que se esperan del migrante acorde al marco teórico son la gastroenteritis probablemente infecciosa, deshidratación, insolación, dermatitis, vómito, ansiedad e insomnio así como esguinces, torceduras y heridas cortantes o por fricción.

Otras que se podrían considerar secundarias a la falta de atención a la salud y que pueden representar un riesgo mayor son las crisis hipertensivas o signos y síntomas de las mismas, así como las infecciones de vías urinarias e infecciones de transmisión sexual que también fueron manifestadas como respuestas a esta variable.

Por expresión verbal de los migrantes se sabe que en ocasiones sí acuden a recibir atención médica o de medicina tradicional según sus posibilidades tanto económicas como de la localidad en la que presentaron la enfermedad, sin embargo los que acudieron a esta atención son pocos.

Como cierre para el antecedente de salud durante el recorrido migratorio se cuestionó si, independientemente de las enfermedades padecidas, los migrantes habían percibido algún otro síntoma concerniente a su estado de salud, sin embargo dos tercios de la población lo negaron, y del tercio restante fueron síntomas esporádicos de presencia solo una o dos veces y que ellos describían como incomodidades menores.

En este segundo apartado, se confirman las aportaciones de Leininger, sobre la importancia y necesidad de valorar a los migrantes como seres integrales, que vienen de un antecedente cultural y social que determina su estado de salud y condiciona su bienestar así como la respuesta que tienen al integrarse a este movimiento migratorio y enfrentarse a un choque cultural en cada paso del recorrido, que de igual manera genera un impacto al estado de salud.

Tercer Apartado: Estado de Salud Actual de la Población en Estudio

Ahora que ya se expresó en un panorama descriptivo el tipo de población integrada en el presente estudio, sus antecedentes y predisponentes de salud, continúa el abordaje del estado de salud actual presentado al momento de la valoración, la cual se definió por medio de la toma, valoración y análisis de los signos vitales, tensión arterial, tomada en dos ocasiones una al inicio de la consulta y otra al término, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, medición de temperatura corporal, presencia de heridas, dermatitis y deshidratación.

Con la primer toma de tensión arterial se observa que más de la mitad de la población presenta alteración en sus resultados agrupándose dentro de un estado de pre hipertensión, sin embargo aunque se presentan con menor porcentaje el estadio 1 y 2 de hipertensión arterial, preocupan más dado las posibilidades de complicaciones más serias al hecho de que las personas manejen cifras tan altas de tensión arterial y que dentro del recorrido migratorio los factores de riesgo son mayores, y la oportunidad de contar con atención médica oportuna es menor.

Si durante la primera medición se registró un resultado anormal incluido en los parámetros de pre hipertensión o estadio 1 y 2 de hipertensión, se realizaban intervenciones principalmente físicas, como el reposo y cambio de posición de sedente a decúbito, en caso necesario y con presencia del médico de apoyo también medidas farmacológicas acordes a la situación de cada persona, con el fin de mejorar su tensión arterial, y como resultante se nota un decremento en la manifestación de estadio 1 y 2 aumentando lógicamente el estado de pre hipertensión y tensión arterial normal.

Aunado a las medidas momentáneas, se daban recomendaciones futuras para el manejo de la tensión arterial, así como información para el reconocimiento de signos y datos de alarma.

Por ultimo en una comparativa entre las dos tomas de tensión arterial, se puede valorar el decremento en los Estadios 1 y 2, lo cual demuestra una mejoría en la tensión arterial general de los migrantes, ya sea consecuente a la relajación y tranquilidad ganada durante la entrevista, las medidas físicas y de reposo para cada uno, o en casos específicos, que con presencia del médico a cargo se realizaron, las intervenciones farmacológicas pertinentes o la canalización al centro hospitalario más cercano.

Es necesario mencionar el alto índice que, a pesar de la mejoría que de manera general se muestra entre la primera y segunda toma de tensión arterial, se observa en el estadio de pre hipertensión, esto marca un riesgo latente para complicaciones cardiológicas, que podrían presentar los migrantes durante su recorrido, como se menciona antes.

Valorando la frecuencia cardíaca la mayoría de la población se encuentra dentro de rangos normales; pero en este caso se educaba a los pacientes sobre el hecho de que la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, no van directamente relacionadas, ya que en algunos casos si notaban su frecuencia cardíaca en un rango normal, minimizaban el hecho de presentar una frecuencia arterial elevada, así que de igual manera se reafirman los datos de alarma para notar alteraciones en los signos vitales, y en qué casos necesitarían buscar ayuda médica.

Del mismo modo que la frecuencia cardíaca al valorar la frecuencia respiratoria se puede generalizar que la mayoría de la población se encuentra en un rango normal, dado que parte de la población que se encuentra considerada dentro de taquipnea se presentaba con un patrón respiratorio normal, y la frecuencia por la cual rebasan el límite de normalidad era mínima, pero a manera sistemática y para no generar un sesgo se conservan los rangos preestablecidos.

Siendo este un dato que se proyectaba se mostraría con estas variaciones dado el nivel de ansiedad observado en la población en estudio por el hecho de la entrevista, en otros casos porque su permanencia en el lugar de la entrevista era muy corto y no se permitían ni siquiera un tiempo de reposo para seguir con su camino migratorio, y por ultimo como un probable dato de afectaciones a la salud como la deshidratación y el agotamiento generalizado.

En el análisis específico de la temperatura corporal la gran mayoría de la población se encuentra en un rango normal y solo encontramos 41 personas con presencia de hipertermia, sin embargo aunque en el total de la población es relativamente poco, son datos relevantes, los cuales dentro de un ambiente controlado habría que analizar si la fiebre se muestra como signo o síntoma de alguna infección o enfermedad, pero por el tipo de población en movimiento migratorio y el lugar donde se realiza la entrevista – valoración esto se imposibilita, así que en base a las limitantes, solo se controló por medios físicos y se realizaron revaloraciones en las personas que lo presentaron a fin de tratar de estabilizarlos, en caso necesario al igual que con las variables anteriores si era necesario el tratamiento farmacológico se aplicaba con el medico de apoyo presente o en caso muy necesario se valoraba y canalizaba a los migrantes al centro hospitalario más cercano, y nuevamente se indicaba para toda la población presente las medidas de hidratación y prevención recomendadas así como los datos de alarma para la presencia de hipertermia.

Para continuar con el análisis del estado de salud actual se valoró la presencia de heridas en los migrantes entrevistados, en algunos casos las heridas las sufrieron al momento de su llegada a Huehuetoca y en el mismo lugar de la entrevista se realizaba la curación de las mismas, en otros casos cuando las heridas se percibían de días anteriores se realizaba limpieza y curación, se recomendaba a los migrantes como procurar la limpieza de dichas heridas para días posteriores y hasta que sanaran y como intervención de manera general a la población en estudio se daban medidas generales de curación o limpieza que

podieran implementar en caso de sufrir alguna lesión durante el resto de su recorrido migratorio a fin de prevenir infección de las mismas y en qué casos era necesario buscar atención médica.

La siguiente valoración es sobre la dermatitis cutánea presentada en los migrantes en estudio, por medio de la observación fue fácil diagnosticar la presencia de la misma dentro de la población, que como se puede esperar, por la exposición al sol, la tierra, los largos trayectos a pie que realizan algunos migrantes durante el día, en muchos casos las condiciones poco higiénicas que se derivan de la migración, dormir a la intemperie, la flora endémica con la que tienen contacto, la falta de hidratación oral y cutánea, probablemente entre muchos más factores, la gran mayoría de la población presentaba dermatitis ya fuera por contacto o atópica, sin embargo por las limitantes ya antes mencionadas un diagnóstico específico es complicado.

Como factor favorable el comedor Huehuetoca contaba con el servicio de duchas donde los migrantes podían bañarse y se les brindaba crema corporal para ayudar con la hidratación tópica, aunado a la intervención enfermera y del médico de apoyo en casos particulares se les proporciono tratamiento tópico específico a cada caso y se instruyó sobre las medidas para evitar el agravamiento en las personas que ya presentaban dermatitis o aparición en aquellas que no.

En la última variable para éste apartado se evaluó el nivel de deshidratación, notando que la mayoría de las personas mostraban síntomas de deshidratación leve o moderada, en estos dos casos se dieron medidas básicas del plan de rehidratación dependiendo cada caso, así como información pertinente para que los migrantes tuviesen en consideración para la prevención, en el resto de su recorrido y los pocos que mostraban síntomas de deshidratación grave fueron canalizados a los centros hospitalarios pertinentes.

Todo lo anterior se encuentra congruente con la manifestación verbal de las personas al limitado acceso a fuentes de agua confiable o potable y los bajos recursos con que viajan, así como en casos particulares el tiempo prolongado que llevan en tránsito migratorio y la poca agua que consumen, tanto como las condiciones climáticas calurosas y cambiantes que encuentran durante su camino.

Dentro de este tercer apartado, donde se evalúa el estado de salud por medio de los signos vitales, así como preguntas y valoraciones directas sobre los individuos, confirmamos la prospección de encontrar a los migrantes en un estado precario y descuidado de salud, congruente de igual forma con las manifestaciones verbales de los entrevistados, por lo tanto se reafirma la necesidad de una mayor atención en el hecho de que el estado de salud es poco considerado en las encuestas nacionales y cualquier estudio relacionado a los movimientos migratorios, así como la importancia de motivar la atención de enfermería hacia estas poblaciones.

Cuarto Apartado de Resultados: Datos de Enfermedades Infecciosas Referidos y Valorados en la Población en Estudio

Para concluir con la valoración del estado de salud de los migrantes incluidos en el presente estudio se valora la presencia de datos de enfermedades infecciosas por medio de la presencia de fiebre, diarrea, micosis o infecciones de transmisión sexual (ITS) y una sumatoria de estas para valorar la incidencia

general en la población en estudio.

Para empezar a desarrollar el apartado de enfermedades infecciosas la primer variable que se valoró fue el cuadro febril, notando que solo un tercio de la población presentó signos y síntomas de cuadro febril durante los últimos 15 días antes de que la entrevista – valoración fuera realizada, datos que los migrantes relacionan a la baja ingesta de agua durante su recorrido y las condiciones climáticas así como el hecho de que en ocasiones duermen a la intemperie y pasan o frío o calor excesivo.

A continuación se valoró de la misma forma en veces por semana en los últimos 15 días antes del arribo de cada migrante a Huehuetoca, la presencia de evacuaciones diarreicas y aquí se encontró que casi la mitad de la población si había presentado por lo menos una evacuación diarreica, y hasta más de 4 por semana.

Al abordar sobre el tema de manera más detallada y dentro de pláticas generales los migrantes manifiestan una falta de adaptación a los alimentos que pueden conseguir en México y al mismo tiempo la escasez de los mismos, así cuando se alimentan sienten que “les cae mal”, es en este tipo de ocasiones cuando presentan los cuadros diarreicos, según su percepción y es correspondiente con lo planteado por la literatura.

En la tercera variable de este apartado se cuestionó sobre la existencia de molestias como datos de micosis y luego se procedió a la valoración de cada migrante, encontrando que más de dos tercios de la población en estudio presentaban infección por micosis, esto se considera esperado acorde a las condiciones migratorias, donde caminan mucho, el tiempo que llevan en tránsito migratorio puede ser prolongado, las bajas condiciones higiénicas que pueden padecer durante el trayecto y la posibilidad que tuvieran la infección desde antes del inicio del viaje.

En algunos casos las micosis no solo se presentaban en pies, que suele ser lo más común, sino también en manos o axilas, las intervenciones en caso de presencia de micosis fueron recomendaciones higiénicas normales y la dotación de cremas antimicóticas cuando se tenía dotación en dispensario del comedor, con sus debidas indicaciones para la aplicación.

Por otro lado en el comedor practicaban lavados de agua con vinagre y después a modo de exfoliación la aplicación de bicarbonato como “remedio casero”, por su practicidad y bajo costo, procedimiento que según los migrantes que los practicaban, efectivamente les proporcionaba alivio a las molestias y mejoría si lo hacían de manera continua.

La última variable independiente de este apartado es sobre la presencia de infecciones de transmisión sexual, considerando como anteriormente se mencionó que el tema sexual suele ser tabú, se abordó por medio de cuestionamientos acerca de los síntomas más comunes como las molestias al orinar, o comezón e irritación en área genital, preguntar sobre relaciones sexuales de riesgo, entre otras.

Por último si el migrante tenía datos que nos indicaran la posibilidad de presencia de una ITS, y con autorización de la persona se procedía a la valoración física para confirmar o descartar la presencia de la infección, dejando esto como resultado a solo tres personas con diagnóstico confirmado de ITS, para los cuales el médico de apoyo realizó una consulta específica y se dieron medidas farmacológicas específicas y de referencia a centro médico.

Para finalizar este apartado se conjuntaron las variables anteriores, es decir que dos terceras partes presentaron al menos una enfermedad infecciosa y en algunos casos las cuatro, esto puede ser derivado de muchos factores, como el tiempo viajando, la edad, las condiciones predisponentes de cada persona, así como su resistencia y tolerancia a los factores de riesgo que en cada variable se abordan.

Así que dado el hecho de la alta incidencia en la presencia de enfermedades infecciosas las indicaciones de prevención generales se brindan al total de la población como platicas de retroalimentación y de manera particular cuando cada persona lo solicitaba.

Como variable adicional se menciona que una cuarta parte de la población ya sea por alguna necesidad derivada del estado de salud actual que presentaba al momento del estudio la población migrante, o de las enfermedades infecciosas padecidas, recibieron una consulta médica particular, por parte del médico que acudía en apoyo durante el tiempo en que el presente estudio se aplicó.

De igual manera a todos los individuos que formaron parte del presente estudio se les brindo una atención enfermera integral, congruente con un cuidado holístico considerando la perspectiva cultural de los individuos sobre el estado de salud, sus antecedentes y creencias, su estado emocional y perspectivas del cuidado y bienestar, tratando de integrar el saber científico pero también humanístico, para adaptar los cuidados enfermeros a las necesidades culturales de cada individuo.

Quinto Apartado: Análisis del Movimiento Migratorio de la Población en Estudio

Para culminar con los resultados, después de haber abordado la descripción poblacional, los factores predisponentes o afecciones padecidas durante el viaje, así como el estado de salud actual al momento de la aplicación de las entrevistas y las enfermedades infecciosas, en este último apartado se incluyen variables donde podemos analizar el movimiento migratorio anterior y proyectado a futuro por la población en estudio.

Estas variables son primero el medio de transporte que usan para migrar, el tiempo que llevan viajando, su itinerario completo anterior, así como el ultimo estado visitado antes de llegar a la localidad de Huehuetoca y posteriormente la expectativa que tienen en cuanto al país y ciudad destino que quieren alcanzar, de la cual por último se generó una subdivisión en regiones migratorias específicamente para EEUUA.

En la primer variable donde valoramos el medio de transporte empleado por los migrantes en su primer tramo de recorrido dentro del territorio mexicano, encontramos al el tren de carga, generalmente conocido como “la bestia” como el principal medio de transporte empleado, ya sea de manera exclusiva o en menor proporción de manera mixta con el uso de camiones, esto es congruente con la expectativa manifestada en la literatura y en el marco teórico del presente trabajo.

Otros medios de transporte empleado son el autobús y el camión, siendo este segundo el mayor empleado en su comparativa con el primero.

El camión fue expresado por los migrantes como un medio de transporte local y de más bajo costo, comparándolo con los autobuses de pasajeros que representan un costo monetario mayor y aunque el viaje suele ser directo existe la necesidad de tomarlos dentro de las centrales camioneras estatales, dándoles así un sentido de formalidad y vigilancia mayor, que, aunque presentan la ventaja de que las distancias que pueden realizar en autobuses son mayores, los migrantes suelen percibir esa formalidad como una desventaja, al sentirse más expuestos y en riesgo a ser detenidos mientras realizan su movimiento migratorio irregular.

Como expresión del siguiente resultado podemos observar de manera gráfica ubicados sobre el mapa no. 1, el sureste mexicano con los puntos que los migrantes integrados en el presente estudio reconocen haber pasado como parte del primer recorrido de internación a través del territorio mexicano.

Al localizarlos de esta manera se puede comprender que aunque las rutas y medios de transporte que cada migrante utiliza sean diferentes, se generan puntos en común que se abordan dentro del marco teórico como nodos, plataformas o sitios de paso migratorios, según la utilidad que el migrante les dé, si lo proyectamos a la geografía endémica de cada lugar nos pueden ampliar el panorama de los climas, terrenos y factores protectores o de riesgo a los que el migrante se enfrenta durante su recorrido migratorio irregular.

La siguiente variable sobre el movimiento migratorio es específicamente sobre la última parada estatal reconocida por los migrantes pertenecientes al presente estudio en la que podemos observar que más de mitad de la población provenía de Veracruz justo antes de su arribo a Huehuetoca, una cuarta parte más del mismo estado de México aunque de otros municipios, y el resto se encuentra dividido entre Puebla, Tlaxcala, Chiapas, Distrito Federal y Oaxaca de maneras muy aleatorias, donde por ejemplo casos como los provenientes de Oaxaca o Chiapas específicamente nos habla de recorridos más largos en tiempos más cortos.

La entrevista incluye también una pregunta sobre el país de destino final, donde como era esperado la mayoría de la población migrante se plantea como meta final el ingreso a EEUA, sea de manera directa o como migración en fases.

Durante de la entrevista se expresa que para algunos casos esta migración en fases se da con el objetivo de trabajar en zonas dentro del territorio mexicano para generar ingresos y finalmente internarse a los EEUA, por ultimo algunos otros proyectan México como su destino final y otros más planean llegar hasta Canadá.

Con el fin de conocer de manera más específica el destino final proyectado que tienen los migrantes, se generó una división por regiones migratorias dentro de EEUA, siendo consistente con la expectativa casi un tercio de la población en estudio se dirige a la región nombrada como Sudoeste Primera Fase, la cual incluye a los estados de Arizona, California, Nuevo México, Texas y Arkansas, que coinciden como los estados con mayor número de migrantes latinos acorde a la literatura consultada. Y así sucesivamente con el resto de las regiones migratorias que podemos observar a detalle en el mapa no. 2.

Sin embargo alrededor de la mitad de la población en estudio o bien no tienen una ciudad destino específica o las ciudades que mencionaban pertenecían a dos regiones migratorias por lo tanto no se proyectan dentro de la clasificación y queda en desconocimiento su plan migratorio final.

En este último apartado se valoró el movimiento migratorio de la población en estudio, en una perspectiva general y aunque las formas en que cada individuo se mueve son diferentes, se encuentran puntos de convergencia; en las pláticas sostenidas con los migrantes se encuentra que la toma de decisiones está basada en el conocimiento y brebaje cultural de cada uno, sea por haber realizado esta misma migración con anterioridad, o las recomendaciones que en sus lugares de origen reciben, por el contacto con otros que ya han migrado, así como el integrarse a grupos migratorios y la convivencia con sus pares cuando ya se encuentran migrando, es importante recalcar que la forma de migración, sea el transporte, los tiempos y lugares por los que pasan claramente generan un impacto sobre el estado de salud, el choque cultural y las formas en que sus necesidades requieren ser cubiertas.



VII

CAPÍTULO

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Considerando como primera intención del presente trabajo la demostración del estado de salud actual de los migrantes irregulares provenientes de la frontera sur y América Central, en su camino hacia la frontera norte, abordados en un comedor para migrantes de la zona centro de México, durante el periodo de Abril a Junio de 2013, se concluye un objetivo logrado, dado que a través del instrumento generado para este estudio en específico se generaron las suficientes variables de análisis para completar el objetivo.

Con respecto a los migrantes irregulares en estudio se puede definir que presentan un estado de salud deteriorado, deficiente o comprometido, dado que en parámetros generales la mayoría de los individuos presentan diferentes afecciones sanitarias, sean éstas la manifestación de enfermedades infecciosas, heridas o lesiones y deterioro cutáneo, así como signos vitales alterados y con datos de alarma para padecimientos severos en un futuro.

Si bien esto corresponde a la expectativa planteada para el estado de salud de los migrantes, la demostración de su relación directa con los muchos factores de riesgo y pocos de protección bajo los cuales se realiza el movimiento migratorio, es complicada.

Se asume que los factores de riesgo son mayores y la alta incidencia de enfermedades o padecimientos relacionados al viaje los confirman, ya que las alteraciones al estado de salud no solo fueron valoradas durante la entrevista, sino que, por medio del instrumento así como el análisis y desglose de variables, se valoraron también los padecimientos presentados con anterioridad durante el recorrido migratorio completo.

El análisis de resultados también nos brinda datos sobre las precarias condiciones predisponentes de salud de la población en estudio, las cuales demuestran una clara falta de atención a la salud en sus lugares de procedencia y suma riesgos al estado de salud actual de cada individuo.

De manera apreciativa y consecuente a la afirmación de que los factores de riesgo son determinantes, se relaciona que los tiempos migratorios efectivamente influyen al estado de salud, se observa que aquellos con poco tiempo viajando no han sufrido de enfermedades infecciosas derivadas de un cambio drástico de alimentación o hidratación, aquellos que llevan mayores tiempos de traslado y con estancias estatales prolongadas, ya se han adaptado a esos mismos cambios, sin embargo aquellos que se encuentran en la media temporal de traslado son los que más sufren de signos y síntomas de enfermedades infecciosas, solo por mencionar un ejemplo.

Secundario a esto, la plática extendida con la población en estudio, confirma las condiciones inhumanas bajo las cuales se desarrolla el movimiento migratorio irregular, marcando aún más la importancia de los factores de riesgo como condicionantes a la salud y nos señala la gran necesidad de atención, medidas sanitarias y de apoyo en general que estas poblaciones presentan, y a pesar de que en algunas ocasiones encuentran redes de apoyo creadas por parte de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y grupos particulares, en diferentes formas como son los de centros de acogida, casas de migrantes y comedores comunitarios ejemplo el comedor de San José Huehuetoca, donde el presente

estudio fue realizado, la capacidad y alcance que éstos tienen, a pesar de representar un factor protector, es muy limitada.

Debido a la confirmación del estado de salud precario en que se presentan los sujetos en estudio, se pueden proyectar condiciones de salud similares para el general de este tipo de poblaciones, por lo tanto se resalta la importancia de generar una conciencia sobre la relevancia de incluir temas de salud en las poblaciones migrantes dentro de documentos como lo son las encuestas sobre migración en las fronteras norte y sur (36), dado que como se menciona, es un tema descuidado por todas las instancias, y con el gran flujo migratorio irregular percibido por las encuestas nacionales, se puede considerar la poca investigación con respecto a la salud de estos individuos, como un riesgo sanitario para las poblaciones mexicanas por donde transitan, sumado a la importancia que debe darse a el cuidado a la salud de los migrantes como personas.

Una proyección incumplida fue el realizar la intervención de investigación hasta el mes de Agosto de 2013, esta limitante al estudio fue determinada por razones de seguridad debido al riesgo presentado hacia la integridad del personal investigador, en el mes de Junio, dando por terminada en ese momento, la intervención, y por lo tanto dejando la muestra en 338 inmigrantes cubiertos hasta ésa última visita al comedor para migrantes de San José Huehuetoca.

Como experiencia enfermera este trabajo deja un enriquecimiento, al notar que durante las visitas realizadas, las intervenciones y contacto logrado con los migrantes como personas era muy importante para ellos y generó un impacto real en la importancia que demostraban hacia el cuidado a la salud y la diseminación de información entre sus pares, por otro lado incrementó la preocupación por los semejantes dado la notabilidad del precario estado de salud encontrado en la población en estudio y como se mencionó antes la nula información y cuidado que sobre la misma se tiene.

Dado que la enfermería por la teoría de Leininger se maneja en un rol dualista al pertenecer a las ciencias de la salud y las ciencias sociales y humanas, teniendo en consideración las creencias culturales, las conductas del cuidado, y los valores de los individuos, familia y grupos con el fin de brindar cuidados efectivos, satisfactorios y coherentes, aunado al propio conocimiento científico, se sustenta la necesidad de la aplicación de la profesión enfermera como parte vital de la atención de los individuos, en movimiento migratorio.

Leininger señala la importancia de una enfermería transcultural y dado el creciente número de personas a nivel mundial en movimiento migratorio, sea este regular o no, por el aumento en las identidades multiculturales, la diversidad de las poblaciones como justificación y las alarmas en cuanto al precario estado de salud de los migrantes integrados en el presente estudio, se genera la necesidad de diseminar entre el gremio de enfermería la importancia de la atención a la salud requerida para las poblaciones migrantes, en especial las irregulares.

Incentivar la curiosidad, la participación, la investigación y la intervención enfermera, como profesionales de la salud con las poblaciones migrantes irregulares es relevante, ya que como personal de enfermería tenemos la capacidad y responsabilidad de brindar un cuidado holístico, intercultural y humanitario, así como de actuar para la prevención de enfermedades, en cualquier campo, empezando a actuar de menos a más, generando un impacto creciente, que no solo beneficie al migrante irregular, sino a la profesión misma y la calidad de salud general de la población.



VIII

CAPÍTULO

R E F E R E N C I A S

1. Ruiz García, Aida. Migración Oaxaqueña una Aproximación a la realidad. Oaxaca, México : Coordinación Estatal de Atención del Migrante Oaxaqueño, 2002. pág. 13.
2. Alvarado Fernández, Paulina. La Migración Centroamericana Indocumentada En Su Paso por México: El Papel de la Iglesia Católica y La Política de Regulación Migratoria en México. México : UDM, 2006.
3. Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos. Migración Irregular, Tráfico Ilícito de Migrantes y derechos Humanos: Hacia la Coherencia. Locle, Suiza : ClimatePartner-ICHRP, 2010.
4. World Health Organization . Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos . Ginebra, Suiza : WHO, 2003.
5. Organización Internacional para las Migraciones. Organización Internacional para las Migraciones. Los Términos Clave de Migración. [En línea] 2006. [Citado el: 08 de 07 de 2013.] <http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html#Migraci%C3%B3n%20irregular>.
6. A Civil Rights Organization for Color Blind Justice. Adversity.net. [En línea] Adversity.net.inc, 08 de 08 de 2009. [Citado el: 23 de 06 de 2013.] http://www.adversity.net/Terms_Definitions/TERMS/Illegal-Undocumented.htm.
7. Secretaría de Gobernación. Manual de Criterios y Trámites Migratorios del Instituto Nacional de Migración . México : Diario Oficial Secretaría de Go, 2010.
8. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española Vigésima Segunda Edición . [En línea] Real Academia Española, 2010. [Citado el: 20 de 06 de 2013.] <http://www.rae.es/rae.html>.
9. Sin Fronteras IAP. Ser Migrante No Me Hace Delincuente. México : Grupo Comercial, 2013.
10. Organización Internacional para las Migraciones. Organización Internacional para las Migraciones. International Migrant Stock: The 2008 Revision. [En línea] United Nations Population Division, 2009. [Citado el: 8 de 07 de 2013.] <http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>.
11. Límites y demarcaciones de América Central. Santana, Adalberto. 24, San Cristóbal : Aldea Mundo, nov. 2007, Vol. 12.
12. The World Factbook. Central Intelligence Agency. [En línea] USA.gov, 2013. [Citado el: 20 de 06 de 2013.] <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>.
13. Castillo, Manuel Ángel. Tendencias y Determinantes Estructurales de la Migración . s.l. : Gobernación, 2004. págs. 187-209.
14. Arambula Reyes, Alma. El Flujo Migratorio Centroamericano Hacia México . México : Centro de Documentación, Información y Análisis Cámara de Diputados XL legislatura, 2007.
15. Grupo del Banco Mundial. Datos Sobre Migración y Remesas 2011. s.l. : World Bank org, 2012.
16. Sin Fronteras IAP. México y su Frontera Sur. México : Sin Fronteras IAP, 2005.
17. Rodríguez Chávez, Ernesto, Berumen Sandoval, Salvador y Ramos Martínez, Luis Felipe. Apuntes sobre Migración . México : Instituto Nacional de Migración , 2011.
18. ONG. Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal. [En línea]
19. Los Migrantes que No Importan.
20. Casillas R, Rodolfo. Las Rutas de los Centroamericanos por México, Un Ejercicio de Caracterización, Actores

Principales y Complejidades. Migracion y Desarrollo . Mexico : Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2008.

21. Benítez Manaut, Raúl. México, Centroamérica y Estados Unidos: migración y seguridad. [ed.] Atril. Migración y seguridad: nuevo desafío en México. Mexico, D.F. : Ediciones de Lirio, 2011, págs. 179-193.

22. Los Riesgos de Cruzar: La Migracion Centroamericana en la Frontera México-Guatemala. Marrujo Ruiz, Olivia. 25, Mexico : El Colegio de la Frontera Norte AC, 2001, Vol. 13.

23. Chávez Galindo, Ana Maria y Landa Guevara, Antonio. Migrantes En Su Paso por México: Nuevas Problemáticas, Rutas, Estrategias y Redes. Mexico : s.n., 2012.

24. wordpress. La 72 Casa De Migrantes . [En línea] wordpress.com, 2013. [Citado el: 20 de 07 de 2013.] <http://la72casademigrantes.wordpress.com/page/4/>.

25. World Health Organization . Organizacion Mundial de la Salud . [En línea] 1946-2013. [Citado el: 10 de 07 de 2013.] <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

26. Las Enfermedades transmitidas por Vector en Mexico. Jose, Rodríguez Domínguez. 3, s.l. : FacMed UNAM, Mayo a Junio 2002, Vol. 45.

27. Vilata Corell, Juan Jose. Micosis Cutaneas. Buenos Aires, Madrid : Medica Panamericana , 2005.

28. Centers For Disease Control and Prevention . Centers For Disease Control and Prevention Home . STDs And Travel. [En línea] 19 de 03 de 2013. [Citado el: 22 de 06 de 2013.] <http://www.cdc.gov/features/TravelSTDs/>.

29. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. Vivancos, R, Abubakar, I y Hunter, PR. 10, UK : International Journal Of Infectious Diseases, 2010, Vol. 14.

30. AVELLANAS CHAVALA M.L, CAPELLA CALLAVED E, CIVEIRA MURILLO E. GIL CEBRIÁN J, MARTÍNEZ GARCÍA P, RUIZ-CABELLO JIMÉNEZ M., Agentes Exogenos Medioambientales. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. España : S.L. Alhuila, 2014, 9.

31. Madeleine Leininger: Clear and dark transcultural. Fontdevila, David Fornons. 2-3, Granada : Scielo, 2010, Vol. 19. 10.4321/S1132-12962010000200022 .

32. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Lic. Olivia Aguilar Guzmán*, Lic. Miroslava Iliana Carrasco González*, Lic. María Aurora García Piña*, Lic. Araceli Saldivar Flores*,. 2, México : ENEO-UNAM PRACTICA PROFESIONAL, 2007, Vol. 4.

33. Looking for a model of nursing cares in a multicultural environment. González, Daniel Leno. 32, Ciudad de Coria, Cáceres. : Gaseta de Antropologia, 2006, Vol. 22. 10481/7118.

34. "Special Research Report: Dominant Culture Care (EMIC) Meanings and Practice Findings from Leinmger's Theory.". Leininger, M. 2, s.l. : Journal of Transcultural Nursing, 1998, Vol. 9.

35. CHOQUE CULTURAL. Cortés, Gabriela. 2, MEXICO : ARCHIVO DE TIEMPO Y ESCRITURA , 2002, Vol. 13.

36. COLEF, CONAPO, STPS, INM, SRE, UPM, CONAPRED, CONACYT, SEDESOL, SEGOB e instancias asociadas. Encuestas Sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México . [En línea] El Colegio de la Frontera Norte, 2013. <https://www.colef.mx/emif/index.php>.



IX

CAPÍTULO

A N E X O S



Anexo 1 Instrumento de Investigación

Hola, buen día, nosotras somos Enfermeras Pasantes Voluntarias de la UNAM, nuestros nombres son _____ y _____ el día de hoy estamos aquí para ofrecerles una Consulta Valoración Enfermera Rápida y recomendaciones de Salud para su viaje y estancia; esta plática con usted(es) será completamente confidencial y nuestro propósito es poder ayudarlos en algunas de sus principales necesidades de Salud y poder conocer la realidad de lo que pasa durante el viaje para poder seguir interviniendo de manera eficaz y eficiente en estas mismas o diferentes necesidades de Atención a la Salud.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Antes de iniciar este viaje, ¿Tenía algún tipo de atención de salud en su lugar de residencia?

¿Sabe usted si está enfermo? Si es así, ¿sabe de qué está enfermo?

Durante el viaje ¿Se ha enfermado?

Actualmente ¿Esta o se siente enfermo?

FIEBRE/DESHIDRATACIÓN

¿En la última semana antes de llegar a Huehuetoca se sintió mal? ¿Cuántas veces?

¿Qué clase de síntomas ha tenido?

¿Ha sentido que le de fiebre/temperatura? ¿A que asocia esto?

¿Qué hace si lo presenta?

¿Alguna vez ha amanecido mojado/sudado?

¿Cuenta con vida suero oral? ¿Sabe cómo prepararlo?

¿Ha tenido diarrea? ¿A que asocia esto?

¿Qué ha hecho cuando eso pasa?

¿Ha tenido algún otro síntoma como escalofríos, dolor del cuerpo, calambres, dolor de coyunturas o algún otro que no hayamos mencionado antes?

DERMATOLÓGICOS; MICOSIS

¿Ha tenido molestias en sus pies?

¿Cuántas veces ha presentado dolor e hinchazón en la última semana antes de llegar a Huehuetoca?

¿Ha tenido comezón y/o ardor? ¿Qué tan frecuentemente?

¿Presenta algún olor en los pies?

¿Con que lo relaciona?

¿Durante el viaje a sufrido lesiones en los pies?

¿Qué tipo de lesiones han sido y que ha hecho al presentarlas?

¿Ha tenido otras lesiones en alguna otra parte del cuerpo?

ITS

También nos interesa hablar un poco en lo relacionado a su vida sexual ya que los riesgos a la salud en este tema son importantes tanto para el viajero como para la población en general.

¿Ha presentado alguna molestia al orinar, o algún cambio en la piel de las ingles o directamente en el área genital?

¿En este momento tiene alguna molestia?

¿Ha tenido vida sexual activa durante el tiempo que ha viajado?

¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de tu grupo?

¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo género?

Para finalizar y reiterando que ésta plática es completamente confidencial, nos ayudaría con fines de estudio y para poder descubrir otras necesidades de Salud y mejorar el empleo del tiempo que tendremos aquí, el saber un poco acerca más de usted(es).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad

Sexo

Religión

Lugar de nacimiento, municipio o equivalente. Estado, provincia o departamento y país.

Materiales de construcción de la vivienda donde creció (techo, paredes piso, número de habitaciones y habitantes, servicios. agua, luz y drenaje)

¿Compartía la cama para dormir?

¿Convive con animales dentro de esta vivienda? (perro, gato, roedores)

País y Estado de Destino

Desde que salió de su residencia, ¿Cuánto tiempo ha viajado?

Durante el viaje ¿por que estados de la República Mexicana a pasado?

En cuanto a tiempo de viaje que le espera y según los estados que crea pasará ¿Qué tipo de enfermedades le preocupan?

Anexo 2 Definición de Variables Originales

N	Nombre de la Variable	Atributos (Generalidades)	Tipo 1	Tipo 2
1	Personal que Atendió	1. Enfermería 2. Enfermería y Medicina	Cualitativa	Nominal
2	Edad	NUMÉRICA	Cualitativa	Ordinal
3	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
4	Nacionalidad	1. Honduras 2. Guatemala 3. Salvador 4. México 5. Nicaragua	Cualitativa	Nominal
5	Provincia/Departamento	Abierta	Cualitativa	Nominal
6	País Destino	1. EEUUA 2. México 3. México/EEUUA 4. Canadá	Cualitativa	Nominal
7	Ciudad Destino	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
8	Ocupación	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
9	Religión	1. Católico 2. Cristiano 3. Creyente 4. Evangélico 5. Creyente 6. Otra	Cualitativa	Nominal
10	Transporte	1. Tren 2. Camión 3. Autobús 4. Tren/Camión	Cualitativa	Nominal
11	Tiempo Viajando	NUMÉRICA	Cualitativa	Ordinal
12	Último Estado Visitado	1. Veracruz 2. Estado de México 3. Tlaxcala 4. Puebla 5. Oaxaca 6. Distrito Federeal 7. Chiapas	Cualitativa	Nominal
13	Ciudades Visitadas	ABIERTA	Cualitativa	Nominal

* Veces por semana en los últimos 15 días antes de llegar a Huehuetoca

Anexo 2 Definición de Variables Originales (continúa)

N	Nombre de la Variable	Atributos (Generalidades)	Tipo 1	Tipo 2
14	TA S1	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
15	TA D1	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
16	TA S2	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
17	TA D2	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
18	CHT S	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
19	CHTD	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
20	FC	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
21	FR	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
22	TEMPERATURA °C	NUMÉRICA	Cualitativa	Discreta
23	NOTAS	NUMÉRICA	Cualitativa	Nominal
24	Deshidratación	1. NO 2. Leve 3. Moderada 4. Grave	Cualitativa	Nominal
25	ETS	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
26	Micosis	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
27	Fiebre*	1. Nunca 2. 1-2 veces 3. 3-4 veces 4. >4 veces	Cualitativa	Nominal
28	Diarrea*	1. Nunca 2. 1-2 veces 3. 3-4 veces 4. >4 veces	Cualitativa	Nominal
29	Conocimiento Vida Suero Oral	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
30	Aplicación Plan de Hidratación	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
31	Atención Médica	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal

* Veces por semana en los últimos 15 días antes de llegar a Huehuetoca

Anexo 2 Definición de Variables Originales (continúa)

N	Nombre de la Variable	Atributos (Generalidades)	Tipo 1	Tipo 2
32	Problemas Pies	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
33	Heridas	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
34	Enfermedades Previas	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
35	Enfermedades Previas ¿Cuáles?	ABBIERTA	Cualitativa	Nominal
36	Enfermedades Durante el Viaje	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
37	Enfermedades Durante el Viaje ¿Cuáles?	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
38	Otros Síntomas*	1. Nunca 2. 1-2 veces 3. 3-4 veces 4. >4 veces	Cualitativa	Nominal
39	Otros Síntomas ¿Cuáles?	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
40	Lesiones en el Viaje	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
41	Vida Sexual Activa	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
42	Relaciones Sexuales con Mismo Género	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
43	Dermatitis	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
44	Material de Construcción	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
45	Hacinamiento	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
46	Animales Dentro de Vivienda	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal
47	Tipo Domesticos	0. No 1. Si	Cualitativa	Nominal

* Veces por semana en los últimos 15 días antes de llegar a Huehuetoca

Anexo 3: Presentación de Búsqueda

Fecha en que se llevó a cabo: 11 de Junio de 2013

Base de Datos: Pubmed / Medline

Dirección web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Fechas que cubrió el estudio: 1979 a Junio 2013-06-12

1. “ilegal alien” (14)
2. “ilegal alien” OR “undocumented immigrant” AND health (38)
3. “legal alien” OR “undocumented immigrant” AND “central america” (2)
4. health AND “central america” AND migration (94)
5. health AND “central america” AND migration AND mexico (44)
6. health AND “hispanic migrants” (8)
7. “legal alien” OR “undocumented immigrant” AND “central america” AND mexico (5)

Numero de Artículos Despues de Escaneado 36

1. Healthcare Coverage and Use Among Undocumented Central American Immigrant Women in Houston, Texas.
Montealegre JR, Selwyn BJ.
J Immigr Minor Health. 2012 Dec 8. [Epub ahead of print]
2. Congenital transmission of Chagas disease - Virginia, 2010.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012 Jul 6;61(26):477-9.
3. Policy barriers to health care access fuel discriminatory treatment: the role of Promotoras in overcoming malos tratos.
Pacheco TL, Ramirez MA, Capitman JA.
J Ambul Care Manage. 2012 Jan-Mar;35(1):2-14. doi: 10.1097/JAC.0b013e31822c8d66.
4. Social determinants of workers' health in Central America.
Aragón A, Partanen T, Felknor S, Corriols M.
Int J Occup Environ Health. 2011 Jul-Sep;17(3):230-7.
5. Violence committed against migrants in transit: experiences on the Northern Mexican border.
Infante C, Idrovo AJ, Sánchez-Domínguez MS, Vinhas S, González-Vázquez T.
J Immigr Minor Health. 2012 Jun;14(3):449-59. doi: 10.1007/s10903-011-9489-y.

6. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination.
Urquia ML, Glazier RH, Blondel B, Zeitlin J, Gissler M, Macfarlane A, Ng E, Heaman M, Stray-Pedersen B, Gagnon AJ; ROAM collaboration.
J Epidemiol Community Health. 2010 Mar;64(3):243-51. doi: 10.1136/jech.2008.083535. Epub 2009 Aug 19.
7. Immigration status and use of health services among Latina women in the San Francisco Bay Area.
Fuentes-Afflick E, Hessol NA.
J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1275-80. doi: 10.1089/jwh.2008.1241.
8. Using theory to interpret beliefs in migrants diagnosed with latent TB.
Wyss LL, Alderman MK.
Online J Issues Nurs. 2006 Nov 16;12(1):7.
9. Implications for case management: ensuring access and delivery of quality health care to undocumented immigrant populations.
Carr DD.
10. Lippincotts Case Manag. 2006 Jul-Aug;11(4):195-204; quiz 205-6. Review.
11. Leaving family for work: ambivalence and mental health among Mexican migrant farm-worker men.
Grzywacz JG, Quandt SA, Early J, Tapia J, Graham CN, Arcury TA.
J Immigr Minor Health. 2006 Jan;8(1):85-97.
12. Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women.
Marshall KJ, Urrutia-Rojas X, Mas FS, Coggin C.
Health Care Women Int. 2005 Nov-Dec;26(10):916-36.
13. Social and economic development and change in four Guatemalan villages: demographics, schooling, occupation, and assets.
Maluccio JA, Melgar P, Méndez H, Murphy A, Yount KM.
Food Nutr Bull. 2005 Jun;26(2 Suppl 1):S25-45.
14. Use of commercial sex workers among Hispanic migrants in North Carolina: implications for the spread of HIV.
Parrado EA, Flippen CA, McQuiston C.
Perspect Sex Reprod Health. 2004 Jul-Aug;36(4):150-6.

15. Making up for lost time: the experience of separation and reunification among immigrant families.
Suárez-Orozco C, Todorova IL, Louie J.
Fam Process. 2002 Winter;41(4):625-43.

Issues of separation and reunification in immigrant Latina youth.
Schapiro NA.
Nurs Clin North Am. 2002 Sep;37(3):381-92, vii. Review.
16. Migrants and asylum seekers: policy responses in the United States to immigrants and refugees from Central America and the Caribbean.
Mcbride MJ.
Int Migr. 1999;37(1):289-317.
17. Mexico and Central America.
Bronfman M.
Int Migr. 1998;36(4):609-42.
18. [Political logic and regional integration. Migration to Latin America].
Marmora L.
Rev Eur Migr Int. 1995;11(2):13-33. French.
19. Still sons of the shaking earth: Mexicans and Guatemalans in the East Coast migrant labor stream.
Pellet LB.
Migr World Mag. 1994;22(2-3):28-31.
20. Migration patterns in Central America seen in the context of economic integration and the need for sustainable development.
Stein E.
Rev OIM Sobre Migr Am Lat. 1993 Aug;11(2):53-97.
21. [International migration in Central America in the 1990s: causes, implications, and consequences].
Alvarado Umanzor RA.
Estud Migr Latinoam. 1993 Apr;8(23):31-53. Spanish.
22. Matching humanitarian norms with cold, hard interests: the making of refugee policies in Mexico and Honduras, 1980-89.
Hartigan K.
Int Organ. 1992 Summer;46(3):709-30.

23. Child health outcomes among Central American refugees and immigrants in Belize.
Moss N, Stone MC, Smith JB.
Soc Sci Med. 1992 Jan;34(2):161-7.
24. [Government Resolution No. 408-91 declaring the necessity and national urgency of the orientation, formulation, execution, supervision, and follow-up of programs and projects directed at providing immediate attention to persons who are refugees or who have been repatriated, displaced, demobilized, or resettled, as well as other groups or sectors of the population affected by the internal armed conflict, 28 June 1991].
Guatemala.
D Cent Am. 1991 Aug 2;241(89):1969-70. Spanish.
25. [Migration and post-traumatic stress disorders: the case of Mexicans and Central Americans in the United States].
Salgado de Snyder VN, Cervantes RC, Padilla AM.
Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1990 Jul-Dec;36(3-4):137-45. Spanish.
26. Immigration and urban change.
Waldinger R.
Annu Rev Sociol. 1989;15:211-32.
27. [Internal migration in Guatemala].
Garcia Estrada NG.
Rev Belge Geogr. 1988;112(41):169-75. French.
28. Migration tradeoffs: men's experiences with seasonal lifestyles.
Guendelman S, Perez-itriago A.
Int Migr Rev. 1987 Fall;21(3):709-27.
29. The incorporation of Mexican women in seasonal migration: a study of gender differences.
Guendelman S.
Hisp J Behav Sci. 1987 Sep;9(3):245-64.
30. Pathology of Central American refugees.
Molesky J.
Migr World Mag. 1986;14(4):19-23.
31. The Mexican "illegal alien" commute.
Decker P.
Migr World Mag. 1986;14(3):12-21.

32. Migration and intervening opportunities.
Denslow DA, Eaton PJ.
South Econ J. 1984 Oct;51(2):369-87.
33. Potential labor force supply and replacement in Mexico and the states of the Mexican Cession and Texas: 1980-2000.
Bradshaw BS, Frisbie WP.
Int Migr Rev. 1983 Fall;17(3):394-409.
34. Aliens in irregular status in the United States: a review of their numbers, characteristics, and role in the U.S. labor market.
Houstoun MF.
Int Migr. 1983;21(3):372-414.
35. Estimating the approximate size of the illegal alien population in the United States by the comparative trend analysis of age-specific death rates.
Robinson JG.
Demography. 1980 May;17(2):159-76.
36. Providing health and social services to illegal alien families: a dilemma for community agencies.
Young CL, Hall WT, Collins J.
Soc Work Health Care. 1979 Spring;4(3):309-18.

Base de Datos: Scielo

Dirección web: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>

Fechas que cubrió el estudio: 2009 a Junio 2013-06-12

inmigrantes indocumentados AND mexico (5)

“central america” AND migration (7)

Numero de Artículos Despues de Escaneado 4

1 United States-Mexico cross-border health insurance initiatives: Salud Migrante and Medicare in Mexico/ Iniciativas transfronterizas de seguro de salud entre México y los Estados Unidos: Salud Migrante y Medicare en México

Vargas Bustamante, Arturo; Laugesen, Miriam; Caban, Mabel; Rosenau, Pauline
Rev Panam Salud Publica 31(1): 74-80, ND. 2012 Jan.

2 U.S. Immigration Policy and the Mobility of Mexicans (1882-2005)/ La política de inmigración de Estados Unidos y la movilidad de los mexicanos (1882-2005)

Alarcón, Rafael

Migr. Inter 6(1): 185-218, GRA, TAB. 2011 Jun.

3 Conociendo la Encuesta sobre Migración en la Frontera Guatemala-México: alcances y limitaciones/ Acknowledging the Survey on Migration in the Mexico-Guatemala border: scopes and limitations

Nájera-Aguirre, Jéssica Natalia

Pap. poblac 16(63): 49-83, MAP, TAB. 2010 Mar.

4 El trabajo migratorio de indocumentados en México

González Chávez, María de Lourdes; González Gómez, Gabriela Beatriz

Migr. Inter 5(2): 97-122, ND. 2009 Dec.

Base de Datos: Scielo

Dirección web: <http://www.redalyc.org/>

Fechas que cubrió el estudio: 2009 a Junio 2003-06-12

migración Y centroamerica (2)

inmigrante Y mexico (22)

migración Y frontera sur (2)

mexico Y frontera sur (3)

mexico Y migración (122)

Numero de Artículos Despues de Escaneado 13

1. Dinámica económica y migración en el centro de México: impronta territorial de dos procesos convergentes

Guillermo Olivera-Lozano, Carlos Galindo-Pérez

Economía, Sociedad y Territorio, 2013 XIII(42)

2. Tan lejos y tan cerca: Involucramientos transnacionales de inmigrantes hondureños/as en la ciudad fronteriza de Tapachula, Chiapas

Carmen Guadalupe FERNÁNDEZ CASANUEVA

Migraciones Internacionales, 2012 6(4)

3. Brújula rota. Cultura "nómada" de los trabajadores migratorios centroamericanos

Miguel Huezo-Mixco, Amparo Marroquín Pducci

Revista de Estudios Sociales, 2006 (24)

4. ¿VÍCTIMAS NADA MÁS?: MIGRANTES CENTROAMERICANOS EN EL SOCO-NUSCO, CHIAPAS

Jaime Rivas Castillo

Nueva Antropología, 2011 XXIV(74)

5. Murallas y Fronteras: El desplazamiento de la relación entre Estados Unidos - México y las comunidades trans-fronterizas
Lynn Stephen
Cuadernos de Antropología Social, 2011 (33)
6. Nuevas tendencias de largo plazo de la emigración de mexicanos a Estados Unidos y sus remesas
David RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ, Salvador BERUMEN-SANDOVAL, Jesús ARROYO-ALEJANDRE
Papeles de Población, 2010 16(63)
7. Migraciones y agua en la frontera entre México, Guatemala y Belice: aproximaciones en torno a una relación multiforme
Edith F. Kauffer Michel
Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos, 2010 VIII(2)
8. Frontera sobre ruedas. Las camionetas y la industria de la migración
RUBÉN HERNÁNDEZ LEÓN
Trayectorias, 2008 X(26)
9. Condom use and migration in a sample of Mexican migrants: potential for HIV/STI transmission infecciosas
Teresa Torres López, Ramiro Caballero Hoyos, Thomas W. Valente, Raquel Fosados
Salud Pública de México, 2006 48(1)
10. La nueva nación latina: inmigración y la población hispana de los Estados Unidos
Alejandro Portes
Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 2006 (116)
11. Fronteras, migración y seguridad en México
Manuel Ángel Castillo
Alteridades, 2005 15(30)
12. Rumbo al norte: nuevos destinos de la emigración veracruzana
María Eugenia Anguiano Téllez
Migraciones Internacionales, 2005 3(1)
13. Mexico-Guatemala Border: New Controls on Transborder Migrationsin View of Recent Integration Schemes?
Manuel Ángel Castillo
Frontera Norte, 2003 15(29)