

# UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE  
PERSONAS MIGRANTES EN ARIZONA Y SONORA**



**TESIS**

TODO · LO · ILUMINAN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Lugo Tarazón José Alfredo**

**Orduño Rodríguez Arely Carolina**

DIRECCIÓN:

**DRA. MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA**

HERMOSILLO, SONORA

NOVIEMBRE, 2021

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE  
PERSONAS MIGRANTES EN ARIZONA Y SONORA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Lugo Tarazón José Alfredo**

**Orduño Rodríguez Arely Carolina**

ASESORES:

Dr. Julio Alfredo García Puga

C.Dra. Claudia Figueroa Ibarra

Lisa Heidi Kiser, CNM, WHNP

Linda J Perez, M Admin, RN

HERMOSILLO, SONORA

NOVIEMBRE, 2021

Dedicatorias:

Esta tesis para obtener nuestro título de Licenciatura de Enfermería es dedicada a todos los migrantes de Sonora y Arizona participantes de nuestro estudio; son la razón de esta investigación, sin ellos no habría sido posible realizar nuestro trabajo, por su confianza de contarnos un poco de su historia incluso sabiendo que nos acababan de conocer, por enseñarnos a siempre seguir adelante, nunca rendirse ante las adversidades y ser felices con lo que tenemos y podemos lograr.

A mis padres y hermano por su apoyo incondicional, por brindarme las herramientas y siempre alentarme a seguir adelante con mis estudios y nunca rendirme, este trabajo es el fruto de sus sacrificios.

A mi familia y amigos que nunca me soltaron y confiaron en que podría lograr mis metas, por sus consejos, consuelos y apoyo, gracias.

Con cariño, Alfredo.

Quiero dedicar este proyecto de investigación para tesis de Licenciatura a todos los participantes de nuestra investigación, al comedor y dispensario médico “Grupo Humanitario Mateo 25:35”, a Clínica Amistad, pero, sobre todo, a cada migrante que puso su confianza en nosotros, gracias por contarnos sus anécdotas del viaje, por enseñarnos tanto sobre la humildad, la empatía y el esfuerzo. Les agradezco que me hayan permitido conectarme constantemente con esa parte tan humana de nuestra profesión, jamás olvidaré sus agradecimientos y sus ganas de salir adelante.

Con mucho amor a Dios, a mis padres Santiago e Irma, mis hermanos y a mi esposo Job, quienes en todo este proceso me alentaron a seguir adelante, siempre han sido para mí un soporte y pilar fundamental. Gracias por creer en mí de la forma en la que lo hacen, por enseñarme y retarme todos los días a ser mejor persona, y por estar siempre que los necesito. Esta meta cumplida no es solo mía, sino, es nuestra.

con amor Arely.

Agradecimientos:

**A Dios**, por mantenernos siempre con la perseverancia necesaria para lograr nuestros objetivos, así como brindarnos sentido de servicio y ayuda al prójimo y por ayudarnos en la toma de decisiones de nuestra labor.

**Enfermería**, por ser la ciencia y el arte del cuidado, nos has formado con la cualidad de la empatía. Gracias por enseñarnos a ver la salud desde la humanidad, el respeto y la integridad de cada persona. Nos motivas y alientas a ser mejores personas y profesionales.

**Universidad de Sonora**, agradecemos a nuestra alma mater por ser nuestra segunda casa y en algunos momentos la primera, donde tuvimos el privilegio de desarrollarnos como estudiantes y profesionales, porque somos búhos y volamos alto.

**Dra. María Olga Quintana Zavala**, por siempre impulsarnos a conseguir nuestros objetivos, por inculcarnos el interés por la investigación, por empaparnos sobre el tema y la importancia que tiene en la actualidad, pero, sobre todo, por su cariño y amistad.

**Dra. Lisa Kaiser y Linda Pérez**, por su gran cariño y calor humano, así como su gran aceptación y hospitalidad al recibirnos en sus hogares e incluirnos en sus familias. Gracias por su esfuerzo para hacer posible nuestra visita a EUA en momentos difíciles.

**A nuestros amigos Santos Antonio y Padre Gilberto Lezama,** por la bonita amistad que surgió durante nuestro servicio social, por motivarnos a ser mejores personas y por hacer de nuestro día a día una disposición constante de ayudar al prójimo.

Alfredo y Arely

**Dictamen de aprobación**

**CARTA DE APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL JURADO**

**Los miembros del jurado para revisar la tesis de José Alfredo Lugo Tarazón y Arely Carolina Orduño Rodríguez, la han encontrado satisfactoria y sugieren sea aceptada como requisito para obtener Título de Licenciado en Enfermería.**

---

**Dra. María Olga Quintana Zavala**

**Presidente**

---

**Dr. Julio Alfredo García Puga**

**Secretaria/o**

---

**c. Dra. Claudia Figueroa Ibarra**

**Vocal**

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	10
Capítulo I	13
Introducción	13
1.1. Planteamiento del problema .....	13
1.2. Justificación .....	17
1.3. Objetivos .....	20
1.3.1. Objetivo general:.....	20
Capítulo II	21
Marco referencial	21
2.1. Marco conceptual .....	21
2.2 Marco empírico.....	28
Capítulo III	32
Metodología	32
3.1. Tipo de estudio.....	32
3.2. Población, muestra y muestreo .....	32
3.3. Criterios de inclusión .....	32
3.4. Criterios de exclusión.....	32
3.5. Instrumento de recolección de datos.....	33
3.6. Procedimiento de recolección de datos .....	34
3.7 Plan de análisis .....	34
3.8 Consideraciones éticas.....	34
Capítulo IV	36
Resultados y Discusión	36

4.1. Resultados.....	36
4.2. Discusión.....	39
Capítulo V	45
Conclusiones	45
Referencias Bibliográficas	46
Anexos:	51

## Resumen

**Introducción:** La migración no es uniforme en todo el mundo, sino que responde a factores económicos, geográficos, demográficos y de otra índole que conforman claros patrones de migración, uno de ellos los “corredores” migratorios establecidos a lo largo de muchos años. México como principal corredor migratorio a Estados Unidos, da lugar a situaciones de riesgo y vulnerabilidad que atentan contra la integridad física de los migrantes, su salud y su propia vida.

**Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de migrantes en edad productiva en Arizona y Sonora.

**Metodología:** La presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. La población está constituida por migrantes ubicados en Sonora y Tucson Arizona, la muestra incluyó 83 participantes. Para medir la calidad de vida se utilizó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.

**Resultados:** La media de edad de los participantes fue de 42.28 años (DE= 13.408 años). El 63.6% de los participantes se entrevistaron en Sonora y el 36.4% en Tucson Arizona. Respecto a las dimensiones que evalúa el WHOQOL-BREF (donde el puntaje menor es 4 y el puntaje mayor 20) los resultados generales son los siguientes: Dimensión Física: 19.97, Psicológica 14.40, Relaciones Sociales 13.62, y Ambiente 11.72.

**Conclusión:** La calidad de vida de los migrantes, mejora a partir de su asentamiento en su lugar de destino. El poco acceso a los servicios sanitarios de salud, el medio ambiente (clima), la desinformación de sus derechos y aspectos globales como la pandemia por COVID-19 afecta la calidad de vida de los migrantes.

**Palabras clave:** Migración; Calidad de vida; Salud.

## **Abstract**

**Introduction:** Migration is not uniform throughout the world, but responds to economic, geographic, demographic and other factors that make up clear migration patterns, one of them the migratory “corridors” established over many years. Mexico as a migratory corridor gives rise to different situations of risk and vulnerability that threaten the physical integrity of migrants, their health and their own lives.

**Objective:** To determine the level of quality of life related to the health of migrants of productive age in Arizona and Sonora.

**Methodology:** This research was descriptive, cross-sectional and with a quantitative approach. The population is made up of migrants located in Sonora and Tucson Arizona. A total of 83 participants. To measure quality of life, the WHOQOL-BREF quality of life scale will be used.

**Results:** The mean age of the participants was 42.28 years (SD = 13,408 years). 63.6% of the participants were interviewed in Sonora and 36.4% in Tucson Arizona. Regarding the dimensions evaluated by the WHOQOL-BREF (where the lowest score is 4 and the highest score is 20) the general results are the following: Physical Dimension: 19.97, Psychological 14.40, Social Relationships 13.62, and Environment 11.72.

**Conclusion:** The quality of life of migrants improves from their settlement in their destination. The little access to health services, the environment (climate), the misinformation of their rights and global aspects such as the COVID-19 pandemic affect the quality of life of migrants.

**Keywords:** Migration; Quality of life; Health.

## Capítulo I

### Introducción

#### 1.1. Planteamiento del problema

Generalmente, cuando se aborda el tema de la migración, el punto de partida son las cifras. Según el dato más reciente, en 2019 había aproximadamente 272 millones de migrantes internacionales en el mundo, una cifra equivalente a 3,5 de la población mundial. El aumento de los migrantes internacionales a lo largo del tiempo, tanto en números absolutos como en proporción, ha sido evidente y un poco más rápido de lo esperado. (1)

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define el término “Migrante” a “toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones”. Una de cada 30 personas es migrante. A nivel mundial, el número estimado de migrantes internacionales ha aumentado en los últimos cincuenta años. El total estimado de 281 millones de personas que viven en un país que no es su país de origen en 2020 es 128 millones más que la cifra de 1990 y más de tres veces la cifra de 1970. (2)

La evidencia a lo largo del tiempo nos muestra que la migración internacional no ocurre de manera uniforme en todo el mundo, sino que está condicionada, entre otras cosas, por factores económicos, geográficos y demográficos; Estos trazan los “corredores” móviles, que son patrones migratorios definidos que se han establecido durante muchos años.

Debe reconocerse, sin embargo, que la creciente complejidad de la migración se debe en parte al hecho de que la información disponible sobre migración y migrantes es ahora mayor que nunca. Sabemos más sobre quiénes migran, y por qué, dónde y cómo lo hacen". Pero está claro que la cuestión más profunda de la "complejidad" se aplica a los muchos, muchos cambios que tienen lugar en el mundo. (1)

La migración y la salud representan una relación dinámica y compleja que va mucho más allá de los momentos de crisis. La migración puede conducir a una mayor exposición a riesgos para la salud, pero también está relacionada con una mejor salud. La salud de los migrantes se puede definir como las diferencias de salud observadas entre los migrantes y la población de origen y población objetivo, así como, entre diferentes entornos migratorios como la migración laboral, el desplazamiento internacional e interno o la migración. (1)

El que la salud de un migrante en particular mejore o empeore depende en parte de sus interacciones con los muchos factores que determinan su salud antes, durante y después del viaje migratorio. Estos factores, los determinantes sociales de la salud, incluyen el acceso a viajes seguros, vivienda de calidad y atención médica. (1)

La Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reconoce por primera vez la contribución de la migración al desarrollo sostenible. 11 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contienen objetivos e indicadores relevantes para la migración o el desplazamiento. El principio básico de la Agenda es "no dejar a nadie atrás" y esto incluye a los migrantes. La principal referencia a la migración en los ODS se establece en el objetivo 10.7: Facilitar la migración y la

movilidad de personas ordenadas, seguras, regulares y responsables, también a través de la implementación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas.

(3)

Se ha establecido un corredor migratorio para los migrantes hacia los Estados Unidos, y Arizona en particular, pasando por Sonora, que a menudo enfrentan importantes riesgos para la salud como altas temperaturas, deshidratación, violencia, accidentes y muerte, donde los migrantes tienen una baja percepción de riesgo de enfermedad, también suelen estar asociados con situaciones violentas, secuestros, detenciones por parte de las autoridades migratorias y problemas psicológicos como el miedo y el estrés que ponen en peligro la adaptabilidad del migrante. (4)

La Oficina del Médico Forense del Condado de Pima, AZ, ofrece un informe anual que desglosa la investigación sobre cualquier muerte repentina, violenta, inesperada o desconocida en el Condado de Pima. En estas áreas se encuentran (por nombrar solo algunos) asesinatos, suicidios, causas naturales, sobredosis, accidentes automovilísticos y restos de indocumentados en el cruce fronterizo que mueren tratando de cruzar el desierto de Arizona sin el permiso del gobierno de Estados Unidos. Hubo 220 fallecimientos identificados en el año 2020, el 71% (51 fallecidos) tenían entre 20 y 39 años. Además, el 75% (164) de los restos encontrados, identificados o no identificados, eran hombres, el 8% (18) eran mujeres y el 17% (38) no podía ser sexuado. En 2020, se encontraron 39 restos (en estados corporales completamente desarrollados) en menos de un día después de la muerte, que es el 18%; Se encontraron 47 restos (en estados corporales de

(descomposición, descomposición con esqueletización focal y momificación con esqueletización) con unos días a pocas semanas después de la muerte, correspondientes al 21%; y restos esqueléticos (estados corporales esqueletizados con articulaciones / ligamentos, esqueletización) desarticulación completa, esqueletización completa con resección ósea) representó 134 (61%) de los restos recuperados. (5)

La causa de la muerte fue inexplicada en el 74% (162) de los casos, principalmente por limitaciones en el examen de los restos óseos y descompuestos. El resto fue ambiental debido al calor o frío extremos combinados con la deshidratación, lo que representó el 21% (46) de las muertes. Otras causas de muerte menos comunes son los traumatismos violentos cerrados (10 casos), el ahorcamiento (1 caso) y las heridas de bala (1 caso). (5)

Estos datos nos presentan casos de muerte en el cruce fronterizo de personas en proceso de migración, el número de personas fallecidas solo en el 2020 indica que los migrantes tienen altas probabilidades de muerte en su intento de ingreso al país de destino, por lo que el tema de la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) en migrantes cobra vital importancia.

## 1.2. Justificación

La Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”

El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de salud adecuados y de calidad. Los grupos vulnerables y marginados de las sociedades a menudo tienen que soportar una proporción desmesurada de problemas de salud. Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, etnia u otra condición. (6)

El tránsito por México conlleva varios riesgos además de un posible arresto y deportación por parte de las autoridades mexicanas. Una de las consecuencias de esta política de falta de atención y protección a los migrantes en tránsito es que están expuestos a situaciones de riesgo y peligros prácticamente diferentes que atentan contra su integridad física, su salud y su propia vida. (7)

Un corredor migratorio es la forma en que las personas que nacieron en un determinado país o que tienen esa nacionalidad suelen trasladarse a otro país. El corredor migratorio más importante del mundo es de México a Estados Unidos, que tenía 12,189,158 migrantes en 2012 y representaba casi el seis por ciento de la cuota mundial. (4)

Los Estados Unidos es el principal país receptor de la emigración de los países del Norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras, Salvador). Para las personas migrantes del norte de Centroamérica, México se convierte en el espacio de tránsito donde se enfrentan por primera vez a la experiencia de atravesar un territorio desconocido y ajeno. (6)

Las barreras crecen, las fronteras se ensanchan, la tecnología se convierte en un aliado, pero sin embargo el flujo de migrantes es imparable, consecuencia de las condiciones desiguales en el desarrollo económico de los países, especialmente en América Latina. La migración y el contexto migratorio enfrentan exclusión social, indiferencia, discriminación y políticas restrictivas que consumen y dañan la individualidad y la vida humana de los migrantes centroamericanos. (8)

Las personas que migran tienden a gozar de mejor salud que las que permanecen en su lugar de origen y pueden generar lo que se llama el efecto migrante saludable. Esto significa que quienes se mudan a otros lugares tienden a ser más saludables y vivir más que los miembros de sus comunidades de origen y aquellos a los que llegan. Pero las vulnerabilidades relacionadas con la salud y los factores de resiliencia están cambiando y evolucionando con el tiempo, y si la migración no se gestiona adecuadamente, la mejora de la salud puede verse comprometida por las malas condiciones de vida y de trabajo experimentadas después de la migración. Las condiciones que se dan en las diferentes fases del viaje migratorio (la fase anterior, el tránsito, la llegada y el regreso) pueden tener efectos negativos o positivos en la salud. (1)

Muchos migrantes tienen dificultades para acceder a la atención médica. Sin embargo, debido a la legislación de derechos humanos que consagra el derecho a la salud y la promoción de la atención médica universal para todos, los estados de México solo están obligados a proporcionar un mínimo básico de servicios médicos de emergencia a los migrantes irregulares. Incluso los migrantes regulares a veces encuentran obstáculos legales o manifestaciones de racismo y corrupción que

socavan su acceso a la atención médica. Además, muchos migrantes no utilizan todos los servicios de salud disponibles y tardan en ingresar a los centros de salud.

(1)

Los proveedores de atención médica luchan por brindar asistencia a los migrantes. Estos problemas incluyen barreras lingüísticas y culturales, recursos limitados para la prestación de servicios en los sistemas de salud e inconsistencias entre las normas profesionales y la ética, por un lado, y las leyes nacionales que restringen los derechos de los migrantes. Invertir en el monitoreo y la mitigación de los riesgos para la salud es fundamental para mantener la salud de los migrantes, lo que a su vez respalda el progreso hacia los objetivos de desarrollo sostenible y los objetivos de salud mundial. (1)

Es necesario fortalecer las capacidades de investigación sobre migración y salud a nivel mundial, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. La investigación publicada se centra de manera desproporcionada en algunas categorías de migrantes y problemas de salud, así como en la migración hacia y desde países de ingresos altos. (1) Lo que limita el conocimiento acerca del problema, por ende, restringe el acceso de las personas migrantes a su derecho los servicios de salud.

### 1.3. Objetivos

#### 1.3.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de los migrantes en Sonora y Arizona.

Objetivos específicos:

- Determinar el puntaje de la dimensión física de la CVRS de migrantes y compararlos entre los que residen en Sonora y Arizona.
- Determinar el puntaje de la dimensión psicológica de la CVRS de migrantes y compararlos entre los que residen en Sonora y Arizona.
- Determinar el puntaje de la dimensión de relaciones sociales de la CVRS de migrantes residentes en Sonora y Arizona.
- Determinar el puntaje de la dimensión ambiente de la CVRS de los migrantes que residen en Sonora y Arizona.

## Capítulo II

### Marco referencial

#### 2.1. Marco conceptual

Para entender mejor el interés de la enfermería por estudiar el proceso migratorio se deben comprender las bases filosóficas de la práctica de enfermería que derivan del entendimiento de cuatro conceptos metaparadigmáticos: salud, persona, ambiente, cuidado. Los cuales proporcionan elementos para comprender la relación que establece el ser humano con el entorno en la búsqueda de la salud.

“El metaparadigma es la perspectiva más global y abstracta de la disciplina. La necesidad de definir la disciplina enfermera ha dado lugar a que se determinen por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos son la persona, el entorno, la salud y el cuidado que forman el metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina. La función del metaparadigma, según Fawcett, es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo de una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal”. (9)

Los componentes del metaparadigma son:

- “Persona: incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados”.
- “Entorno: identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona”.
- “Salud: estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal”.
- “Cuidado: la propia definición de Enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”.

“También es necesario establecer relaciones entre estos fenómenos para determinar el objeto de estudio de una disciplina. Estas relaciones proposicionales son cuatro: persona-salud, persona-entorno, salud-cuidado y persona-entorno-salud. El metaparadigma define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orientando la organización de los modelos y las teorías de una profesión”. (9)

La calidad de vida es un término que se refiere a la totalidad de condiciones que contribuyen al bienestar del individuo y a la realización de su potencial en la vida social. La calidad de vida incluye factores subjetivos y objetivos. Los factores subjetivos incluyen la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social. Por otro lado, los factores objetivos incluyen el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el entorno físico y la comunidad. De ahí que muchos aspectos afecten la calidad de vida de una persona, desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales hasta la salud física, el estado mental y la armonía de sus relaciones personales y la comunidad. (10)

“En este sentido, podríamos analizar la calidad de vida considerando cinco grandes áreas:

- Bienestar físico asociado a la salud y la seguridad física de las personas;
- Bienestar material, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas;
- Bienestar social, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad;
- Bienestar emocional, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional; Desarrollo, relacionado con el acceso a la educación y las posibilidades de contribuir y ser productivos en el campo laboral. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida implicaría la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones”. (8)

El concepto de calidad de vida es adoptado por diversos campos de estudio como la economía, la medicina o las ciencias sociales. Para su análisis y medición se han desarrollado diversos instrumentos, como índices, encuestas, cuestionarios o escalas para determinar la calidad de vida en un municipio, ciudad, país o región.

(11) Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha establecido el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como un indicador para medir la calidad de vida. Sus cálculos se basan en aspectos como la esperanza de vida, la educación y el PIB, que dejarían fuera otros aspectos igualmente importantes, como el acceso a la vivienda o la buena alimentación. (12)

Hoy, una mejor calidad de vida debe ser el objetivo de los países para tener ciudadanos más felices, con más bienestar y satisfacción. En general, la calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que ayudan a hacer la vida placentera y valiosa, o al grado de felicidad o satisfacción de una persona, particularmente en lo que respecta a la salud y sus áreas. Más recientemente, el constructo "calidad de vida" se ha equiparado con el de bienestar subjetivo, que incluye juicios cognitivos, así como, estados de ánimo positivos y negativos. La CVRS, es el aspecto de la calidad de vida que se relaciona específicamente con la salud humana y se utiliza para denotar los resultados concretos de la evaluación clínica y las decisiones terapéuticas. (13)

Este uso básico del concepto nació en Estados Unidos hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de investigación clínica sobre la medición del "estado funcional" y la otra la de investigación psicológica sobre el bienestar y salud de la salud mental. Como seres sociales, nuestra salud depende

esencialmente de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y aprobación cognitiva. Por tanto, la perspectiva sociológica de la calidad de vida nos recuerda que la persona, no es el objetivo exclusivo de la medicina, sino que la salud de las poblaciones también es un objetivo. La última cuestión es si debemos tratar al individuo, el organismo, como si fuera un todo, una unidad, cuando quizás la unidad de la vida humana es el grupo y no el individuo. (13)

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1947), que afirma que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Es evidente que la salud también está condicionada por otros derechos humanos fundamentales, como el acceso a agua potable y saneamiento, alimentos nutritivos, vivienda digna, educación y condiciones de trabajo seguras. El derecho a la salud también se refiere al derecho que toda persona debe tener a poseer su propia salud y cuerpo, y tener acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, sin sufrir violencia y discriminación. (14)

Toda persona tiene derecho a la privacidad y a ser tratada con respeto y dignidad. Nadie debe ser sometido a experimentación médica, pruebas médicas en contra de su voluntad o tratamiento sin consentimiento. Por esta razón, la OMS defiende la idea de la atención centrada en la persona, es decir, la realización de los derechos humanos en la práctica clínica. (14) En cuestión de salud, se pueden identificar al menos cinco fases vinculadas a las condiciones personales de salud desde el prisma migratorio en la región:

1. *Origen:* El perfil medio de población migrante incluye individuos que se encuentran en condiciones de salud por debajo de las óptimas, teniendo patologías y desnutrición o malnutrición ocasionada por inseguridad alimentaria, bajos rendimientos agrícolas y rezagos económico-sociales. (15)
2. *Detonador:* Ante un evento extremo como un huracán, sequía, hambruna, conflicto civil, muerte o enfermedad, etc., se genera un fenómeno o episodio detonador que impulsa a la población a emigrar, iniciando un proceso de evacuación o deserción de su residencia habitual.
3. *Desplazamiento:* Durante el desplazamiento, las condiciones de salud generalmente se deterioran debido a las condiciones de la ruta migratoria, la pérdida de infraestructura social y familiar, y la exposición a riesgos adicionales durante el trayecto, ya sea por agentes externos como los delincuentes o traficantes, o por las condiciones físicas crónicas del migrante.
4. *Estancias transitorias:* A lo largo de la ruta migratoria hacia un destino final deseado, los migrantes transitan por lugares donde se asientan temporalmente. (15) En dichos lugares, además de acarrear con los problemas de origen y del trayecto, quedan expuestos a riesgos adicionales, generalmente sin derechos migratorios en el país de tránsito y sin acceso a una atención médica adecuada.
5. *País destino:* En caso de lograr llegar al destino deseado, las condiciones de salud se habrán deteriorado durante el recorrido y podrían incluso empeorar en el país receptor, al menos en el corto plazo. Esto se debe, en parte, a las limitantes que puede haber en el acceso a los servicios de salud en el país

de acogida, y otros factores, como las redes familiares y la capacidad de los migrantes de integrarse en la economía del país anfitrión rápidamente. (15)

Desde la antigüedad, el ser humano ha estado en constante tránsito. Algunas personas se trasladan en busca de trabajo o nuevas oportunidades económicas, para reencontrarse con sus familias o para estudiar. Otros se van para escapar de conflictos, persecuciones, terrorismo o violaciones o abusos de los derechos humanos. Algunos lo hacen debido a los efectos negativos del cambio climático, desastres naturales u otros factores ambientales.

Según la Secretaría de Gobernación de México, México enfrentará un fenómeno migratorio sin precedentes entre enero y marzo de 2019: más de 300.000 personas ingresaron a Estados Unidos de manera irregular. (16) La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define a un migrante como cualquier persona que se muda fuera de su residencia habitual o ha cruzado una frontera internacional o dentro de un país, independientemente de: a) su situación legal b) el desplazamiento voluntario o involuntario c) las causas de la publicación d) la duración de su estancia. (2)

## 2.2 Marco empírico

Se realizó una búsqueda en Google académico y la base de datos EBSCO, bajo los criterios de selección del año 2015 a la fecha y con los términos de búsqueda “calidad de vida”, “migrantes”, “salud”. Se encontraron los documentos que se presentan a continuación.

Con el objetivo de describir la CVRS, en las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote en Perú, se realizó una investigación de tipo transversal en 212 migrantes venezolanos reclutados por muestreo tipo bola de nieve. La Calidad de Vida fue evaluada con el European Quality of Life-5 Dimensions en tres niveles (EQ-5D-3L) y se obtuvo por resultado: el porcentaje de participantes afectados en cada dimensión de calidad de vida fue: movilidad (1,4%), autocuidado (0,5%), actividades cotidianas (2,4%), dolor/malestar (18,4%) y ansiedad/depresión (68,9%). Los migrantes venezolanos que participaron del estudio reportaron problemas en su calidad de vida, más de dos terceras partes reportaron ansiedad/depresión, y uno de cada seis presentó dolor/malestar. La frecuencia de presentar ansiedad/depresión fue mayor en aquellos con instrucción universitaria. (17)

Con el fin de contribuir al desarrollo de políticas migratorias integrales, sobre todo en torno a la calidad de vida de las personas que viven el proceso migratorio, se realizó en la ciudad de Antofagasta al Norte de Chile un estudio en el que participaron 421 personas, de las cuales el 53.8% fueron de nacionalidad colombiana y el 46.2% de nacionalidad peruana. La calidad de vida fue evaluada a través del cuestionario WHOQoL-Bref y un cuestionario sociodemográfico, obteniendo por resultado que el dominio mejor evaluado en ambas poblaciones fue

el físico, en tanto el peor evaluado fue el ambiental. Las variables sociodemográficas que resultaron con mayor predicción en los dominios fueron la edad, nivel de ingresos mensuales, con quien vive y si se encuentra en pareja. Se deduce de los resultados obtenidos que en la población colombiana hay mejores índices de calidad de vida en los dominios físico, psicológico y social que en la población peruana participante. (18)

Se realizó un estudio en Llagostera (Girona), con el objetivo de conocer, a través de la encuesta COOP/WONCA Charts, aspectos sobre la calidad de vida y de la salud en la población inmigrante, la cual pertenece a varias nacionalidades (originarios de África, Europa y Sudamérica); el estudio es de tipo descriptivo-cualitativo. Los resultados presentaron una percepción de la calidad de vida proporcional a mayores ingresos económicos y mayor nivel de estudio. En los ítems de ejercicio físico y dolor se presentan mejores resultados en la población africana, mientras que la población de los países del este de Europa y centro y Sudamérica presenta una mejor interacción social. La sensación de calidad de vida global es intermedia. Se puede deducir que la calidad de vida influye en la percepción de salud de los pacientes. (19)

Se realizó una investigación con el objetivo de conocer los niveles de calidad de vida de latinoamericanos y caribeños que residen en Madrid, España; para el efecto, se diseñó la Encuesta sobre Calidad de Vida en Migrantes Latinoamericanos Internacionales (ECVMLI) que fue aplicada a 135 personas. Los resultados señalan que existen indicadores insatisfechos como el salario, la participación cívica y política y, la salud mental, en tanto que los satisfactores que muestran niveles aceptables se encuentran en la capacidad para la práctica de la cultura, incluyendo

la religión, celebración de fiestas y tradiciones ancestrales, así como las satisfacciones básicas como el alimento, el hogar y su equipamiento, y, los servicios de salud y educativos. En niveles aceptables se encuentra también la valoración por la vida, la percepción sobre un buen futuro y la satisfacción en el proyecto de migración. (20)

En España se realizó un estudio con el objetivo de estudiar la CVRS, en población inmigrante de edad productiva (16–50 años). Utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2006, se emplearon modelos *probits* para estudiar las cinco dimensiones del instrumento genérico de Calidad de Vida Relacionado con la Salud EQ-5D. Los resultados evidencian que las personas inmigrantes presentaron peores resultados en salud en las dimensiones relacionadas con dolor/malestar y ansiedad/depresión. Los resultados indican diferencias entre mujeres y hombres inmigrantes respecto a las personas nativas, así como diferencias asociadas al país de nacimiento y al tiempo de permanencia en España. (21)

En Chile se realizó una síntesis de los principales hallazgos de los proyectos con financiamiento FONDECYT, en el campo de la salud y migración en el periodo 2002 – 2015. Donde se realizó una búsqueda en el repositorio de CONICYT en las categorías proyecto y Fondecyt mediante cuatro palabras clave: inmigrantes – migrantes -migración – inmigración – immigrant. En los resultados, de los 57 proyectos aprobados por Fondecyt para ejecución en el tema migratorio, solo se encuentran 2 vinculados a la salud de las personas. Se resumen los principales resultados de ambos proyectos, uno dedicado a la generación de evidencia epidemiológica sobre condiciones de vida y salud en migrantes internacionales en Chile comparado con población local, para la construcción de políticas públicas y el

otro que inquiriere sobre bienestar, salud y calidad de vida en población migrante colombiana y peruana en tres ciudades de Chile. (22)

En resumen se han realizado estudios sobre CVRS de migrantes en diversos países como España, Chile y Perú, donde se utilizaron diferentes instrumentos para su evaluación, tales como European Quality of Life-5 Dimensions en tres niveles (EQ-5D-3L), WHOQOL-BREF, COOP/WONCA Charts, Encuesta sobre Calidad de Vida en Migrantes Latinoamericanos Internacionales (ECVMLI), Calidad de Vida Relacionado con la Salud EQ-5D, los resultados muestran que a pesar del que los migrantes presentan bienestar físico, en algunos casos, presentan problemas psicológicos y económicos, se concluye que es necesario realizar mayor número de investigaciones sobre la relación entre salud y migración.

## Capítulo III

### Metodología

#### 3.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo con una metodología de valoración que busca determinar la CVRS de los migrantes.

#### 3.2. Población, muestra y muestreo

La población de interés son todas las personas migrantes en las distintas etapas del ciclo de la migración que utilizaran o utilizaron el cruce fronterizo de Sonora y Arizona. La muestra de trabajo fueron 83 participantes, de los cuales 53 son personas encuestadas en Hermosillo, Sonora y 30 personas encuestadas en Tucson, Arizona. Muestreo no probabilístico y muestra por conveniencia.

#### 3.3. Criterios de inclusión

Personas en proceso de migración localizadas en Hermosillo, Sonora (en específico a los alrededores del dispensario médico y comedor para migrantes “Mateo 25-35” en el ejido La Victoria) y Personas localizadas en Tucson Arizona (en específico personas que asisten a la “Clínica Amistad”) y que aceptaron participar en la investigación.

#### 3.4. Criterios de exclusión

Personas que no se encuentran en proceso de migración y que no aceptaron participar en la investigación.

### 3.5. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos es la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF ya que es un instrumento validado y cuenta con un Alfa de Cronbach de .838.

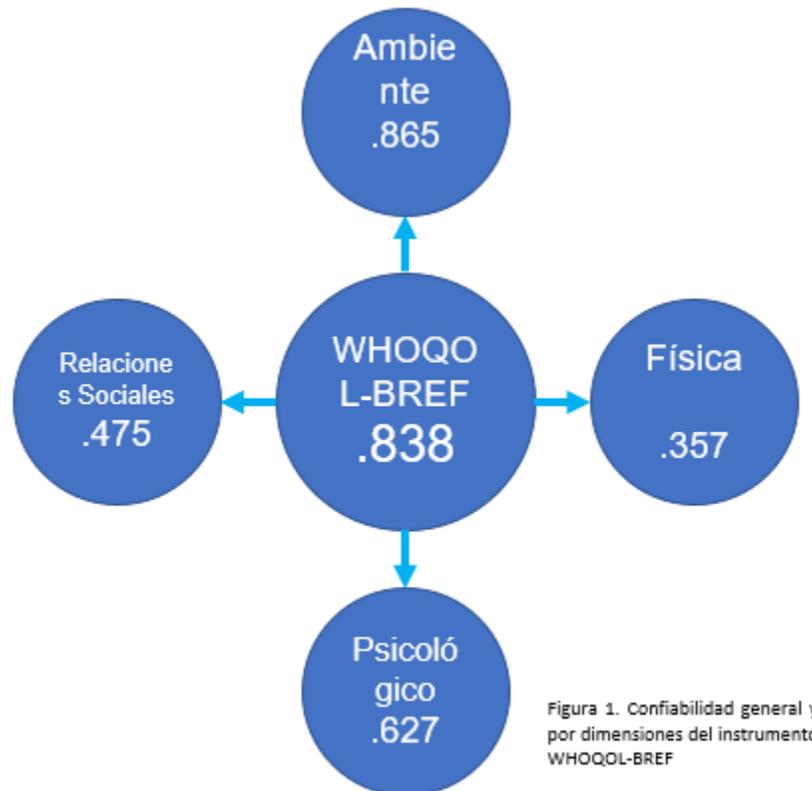


Figura 1. Confiabilidad general y por dimensiones del instrumento WHOQOL-BREF

Se constituye por 26 ítems, distribuidos en un perfil de 4 dimensiones: Salud física (donde se incluyen 7 ítems), Salud psicológica (donde se incluyen 6 ítems), Relaciones sociales (donde se incluyen 3 ítems) y Ambiente (donde se incluyen 8 ítems). Su interpretación es a mayor puntuación (valor máximo de 20 puntos por dimensión) mayor calidad de vida percibida.

### 3.6. Procedimiento de recolección de datos

Por la inexactitud de la información referente a la cantidad de población migrante la muestra fue por conveniencia y se buscó a participantes en el dispensario médico y comedor para migrantes “Mateo 25-35” y en “Clínica Amistad” de las ciudades de Hermosillo y Tucson Arizona respectivamente, por medio de la técnica de bola de nieve. Se les pregunto si aceptaban participar, de ser así firmaban una carta de consentimiento informado y se procedía a realizar una entrevista para el llenado de la cedula de recolección de datos.

### 3.7 Plan de análisis

La organización, el procesamiento y el análisis estadístico se realizaron en el programa SPSS versión 22 para Windows mediante una estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar.

### 3.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se basa en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de Seres Humanos, así como lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información de los participantes, ya que no se dará a conocer ningún dato que permita identificar a los participantes, los cuales tendrán el derecho a retiro voluntario del estudio en el momento que lo deseen, este proyecto fue

enviado a evaluación al comité de ética e investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, el cual obtuvo un dictamen aprobatorio. Aprobado por la comisión de evaluación y seguimiento de proyectos académicos.

## Capítulo IV

### Resultados y Discusión

#### 4.1. Resultados

La muestra de estudio se conformó por 83 participantes. En cuanto al sexo el 68.7% corresponde a masculino y femenino con 31.3%. Referente a la escolaridad el 6% de los participantes cuenta con estudios universitarios. La edad media de los participantes fue de 42.28 años (DE= 13.408 años) con un mínimo de 17 años y un máximo de 70 años. El estado civil de los participantes muestra un 49.2% soltera/o.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos*

Variable	F	%
Sexo		
Femenino	57	68.7
Masculino	26	31.3
Escolaridad		
Ninguno	14	16.8
Primarios	44	52.8
Medios	20	24.0
Universitarios	5	6.0
Edad		
17-27	15	18.0
28-38	18	21.6
39-49	21	25.2
50-60	23	27.6
61-71	6	7.2
Estado civil		
Soltero/a	41	49.2
Separado/a	8	9.6
Casado/a	17	20.4
Divorciado/a	10	12.0
En pareja	6	7.2
Viudo/a	1	1.2

Fuente:

*n*= 83

La entrevista fue realizada en dos locaciones. El 63.6% de los participantes se entrevistaron en Sonora y el 36.4% de la muestra fue entrevistada en Tucson Arizona. Como lugar de procedencia en los entrevistados el 78.3% provienen de México. En el ítem de motivo de salida de su lugar de origen tuvo resultado la necesidad económica con un 38.6%. Y en el último ítem de datos sociodemográficos 32 participantes de los 83 manifestó sentirse o estar enfermo.

Tabla 1.1 *Datos sociodemográficos (continuación)*

Variable	F	%
Lugar donde se realizó la entrevista		
Sonora	53	63.6
Arizona	30	36.0
Lugar de Procedencia		
Guatemala	3	3.6
Honduras	7	8.4
Salvador	7	8.4
México	65	78.3
Brasil	1	1.2
Motivo de salida de su lugar de origen		
Violencia-extorsión		
Necesidad económica	11	13.3
Trabajo-contrato temporal	32	38.6
Aventura	19	22.9
Problemas familiares-personales	5	6.0
Familiares en EUA	5	6.0
	11	13.3
Actualmente, ¿está enfermo?		
Si	32	38.6
No	51	61.4

Fuente:

*n*= 83

Respecto a los puntajes por dominio obtenidos al aplicar el WHOQOL-B (donde el rango posible se encuentra entre 4-20). En la dimensión física los resultados generales presentan una media de 12.97. En la dimensión psicológica los resultados generales presentan una media de 14.40. En la dimensión Relaciones Sociales los resultados generales presentan una media de 13.62 y por Estado una de 13.03 en Sonora y una de 14.66 en Arizona. En la dimensión ambiental los resultados generales presentan una media de 11.72 y por Estado son una media de 9.73 puntos en Sonora y una media de 15.25 puntos en Arizona.

Tabla 2. Características de los puntajes obtenidos en cada una de las 4 dimensiones del WHOQOL-BREF

Dimensión	N de ítems	Mediana	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>General</b>						
Física	7	13.14	12.97	2.01	8.00	17.14
Psicológica	6	14.00	14.40	2.29	9.33	19.33
Relaciones sociales	3	13.33	13.62	2.70	6.67	20.00
Ambiente	8	12.00	11.72	3.39	5.50	19.50
<b>Sonora</b>						
Física	7	13.14	12.70	1.93	8.00	16.57
Psicológica	6	14.00	14.12	2.14	9.33	18.67
Relaciones sociales	3	13.33	13.03	2.67	6.67	20.00
Ambiente	8	9.50	9.73	2.24	5.50	14.00
<b>Arizona</b>						
Física	7	13.42	13.44	2.10	8.57	17.14
Psicológica	6	15.00	14.91	2.49	10.67	19.33
Relaciones sociales	3	15.33	14.66	2.47	10.67	18.67
Ambiente	8	15.25	15.25	1.88	12.00	19.50
Fuente:						<i>n</i> = 83

## 4.2. Discusión

Entre los migrantes de Sonora y Arizona que participaron en el estudio en cuanto al género predomina el masculino, lo que coincide con autores que mencionan que la mayoría de los migrantes son varones, situación que se puede relacionar con el hecho de que al género masculino le es atribuido el rol de proveedor de familia tradicionalmente en el contexto latinoamericano (1).

Referente a la escolaridad, la mayoría de los entrevistados presentan un nivel de escolaridad básico, lo cual coincide con estudios realizados en España, donde los autores afirman que “los migrantes cuentan con un nivel educativo básico, donde saben leer y escribir, pero no tienen acceso a educación superior” (19), en este sentido, cabe destacar que dentro de la muestra se observó un caso de un migrante que refiere estudios superiores y pesar de que contaba con negocio propio, el crimen organizado lo presiono a cerrar ya que continuamente fue extorsionado y obligado a pagar una cuota para poder seguir trabajando, lo que contribuyó a concretar su decisión de migrar desde Guatemala a Estados Unidos, localizándolo en el momento de la entrevista durante su trayecto en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

La variable edad, mostró una media de 42.28 años, lo cual coincide con los autores respecto a que casi la totalidad de los migrantes son personas en edad de trabajar o económicamente activas de 20 a 64 años (1), sin embargo, cabe destacar que la edad más baja identificada fue de 17 años, mientras que la más alta fue de 70 años aproximadamente, observándose que los adultos mayores identificados fueron trabajadores agrícolas temporales, que conservan una buena condición física,

aunque con la piel deteriorada por los daños del sol, lo que da a lugar a una apariencia mayor a su edad real.

En cuanto a la variable estado civil, gran parte de los participantes son solteros, lo cual coincide con autores que reportaron resultados similares en un estudio realizado en España (21), lo anterior se puede atribuir a que es muy difícil que los hombres migrantes viajen en compañía de sus familias, lo que resulta en una desintegración de la misma, también puede estar relacionado al aspecto económico elevado de viajar en grupo familiar y decisión de no exponer a la familia a riesgos durante el trayecto migratorio.

Respecto a la variable del lugar donde se realizó la entrevista, casi dos tercios de los participantes fueron entrevistados en Hermosillo, Sonora; esto fue debido a la dificultad en el momento de la aplicación de encuestas de estar en espacios con aglomeraciones debido a la pandemia de COVID-19. Lo anterior evidencia que el lugar de procedencia de los participantes en gran medida fue de México, esto concuerda con autores que afirman que México es, con diferencia, el principal país de migración de América Latina y el Caribe. (1)

En cuanto a la variable de motivo de salida de su lugar de origen, más de un tercio de los entrevistados salieron de su lugar de origen por necesidad económica, lo cual coincide con estudios que afirman que “la crisis económica recurrente, así como, la conformación de sistemas y estilos de desarrollo dependientes y asimétricos que profundizan las desigualdades sociales y productivas internas e internacionales y ponen a los países en una situación de subdesarrollo, pobreza y desigualdad social, lo cual influye en la decisión de las personas a migrar y buscar nuevas oportunidades de mejorar su calidad de vida” (7).

En cuanto a la variable actualmente ¿está enfermo?, se observó que la gran mayoría de las personas encuestadas, no se encuentran enfermos lo cual difiere con estudios realizados por autores en salud y migración que afirman que “el perfil promedio de población migrante incluye personas que se encuentran en condiciones de salud por debajo de las óptimas, padeciendo enfermedades y desnutrición o malnutrición ocasionada por inseguridad alimentaria, bajos rendimientos agrícolas y rezagos económico-sociales”.(15)

Es importante puntualizar que las entrevistas aplicadas en Sonora, fueron a la población que se encontraba en el trayecto migratorio, quienes, con la ilusión de llegar a su lugar de destino y el desafío que significaba sobrevivir, no prestaban mucha atención a su salud. Esta pregunta de “¿Actualmente está enfermo?” es hecha al inicio de la entrevista, sin embargo, al concluirla, platicando con los entrevistados muchos referían enfermedades ligadas a la incertidumbre del viaje como deshidratación, golpes de calor, dolores y malestares estomacales, gastritis por el tiempo prolongado de ayuno, diarrea, y no menos importante, heridas en los pies por los largos trayectos que caminan o por el calzado inadecuado y en malas condiciones que poseen.

Las entrevistas realizadas en Arizona, aproximadamente un tercio del total de las entrevistas, fueron realizadas a personas ya establecidas en su lugar de destino, en una clínica sin fines de lucro que provee de atención médica a personas sin seguridad social, quienes por lo menos, ya tenían más de 5-10 años residiendo en EUA, quienes se atendían principalmente por enfermedades crónico-degenerativas como control de HTA, DM 2, Dislipidemias, artritis, artrosis, entre otras.

En cuanto las dimensiones que comprenden la calidad de vida relacionada con la salud, la dimensión con la mejor media fue la psicológica, lo cual difiere con los autores chilenos los cuales afirman que “la media del dominio mejor evaluado por los migrantes fue el físico, posiblemente porque la gran mayoría de los participantes son adultos jóvenes, sin grandes dificultades o enfermedades que afecten su salud física como en poblaciones más adultas, o bien a que los migrantes tienen otras preocupaciones más relevantes, donde no consideran su estado físico como un obstáculo que afecte su percepción de calidad de vida” (18). Otro aporte significativo que se puede hacer en este punto, es el estigma, el tabú y la desinformación que existe en América Latina sobre el tema de la salud mental, (23).

La OMS en una publicación del 2004 resalta que “en efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general, la publicación menciona que no existe un grupo inmune, sin embargo, existe un riesgo más alto en personas pobres, sin hogar, desempleado, víctimas de violencia, migrantes, entre otros”. (24)

También la OMS, establece que “la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales y que está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. Que significativamente, si lo ponemos en contexto, son

situaciones que viven y sufren los migrantes en su trayecto y quienes en el siguiente dominio “Ambiental” lo expresan”. (25)

En la dimensión ambiental de manera general fue la que obtuvo una media menor lo cual coincide con las afirmaciones de los autores chilenos: “no obstante, se debe considerar que las dificultades de acceso a la atención en salud influyen en la dimensión ambiental de la CV, el cual fue el dominio peor evaluado en ambas poblaciones”.(18) En cuanto a la comparación de las medias de las dimensión Ambiental entre Sonora y Arizona se observó que las medias más elevadas de esta dimensión se localizaron en Arizona respecto a la media de Sonora con una desviación estándar significativa, lo cual se encuentra influenciado por la etapa del proceso migratorio en la que se encuentran y si el tipo de viaje ya sea planificado o forzado, bajo qué condiciones se produce el proceso migratorio, la forma de ingreso al país receptor (18), entre otras variables; ya que es bien conocido y evidenciado por autores (4) lo difícil que puede ser atravesar el desierto de Sonora.

La variable de salud física de manera general obtuvo una media inferior a comparación de estudios realizados en Chile (18), lo cual nos hace pensar que esto se debe a que los migrantes cerca de su lugar de destino (después de recorrer grandes distancias) o ya establecidos en el, se encuentran agotados de todo el viaje y los cambios que traen las largas distancias recorridas anteriormente.

En cuanto a la variable de Relaciones Sociales de manera general obtuvo una media inferior a la media de estudios realizados en Chile, lo cual hace pertinente evidenciar que la mayor parte de los migrantes participantes en el estudio viajaban solos y que gran medida de las amistades o relaciones que podrían formar con las demás personas en algún punto del trayecto se dividían sus destinos o simplemente

dejaban de relacionarse con ellos y seguían su camino solos de nuevo. (18) Aparte del limitado acceso que tienen a los servicios de comunicación como teléfonos celulares, o algún otro dispositivo que los mantenga en contacto con su familia o amistades.

## Capítulo V

### Conclusiones

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar el nivel de CVRS de los migrantes en Sonora y Arizona. En este sentido, después del análisis de la información y los resultados, se concluye lo siguiente: los participantes encuestados en Arizona mostraron una mejora en las medias de las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiental a comparación de los participantes entrevistados en Sonora. La media de la dimensión ambiental mejoró significativamente en las personas entrevistadas en Arizona que en comparación con las personas encuestadas en Sonora. Por lo tanto, aunque en gran medida es muy subjetivo tratar de medir la calidad de vida en las personas, tenemos datos que refieren que la calidad de vida de los migrantes, mejora a partir de su asentamiento en su lugar de destino. Y también se puede concluir que el poco acceso a los servicios sanitarios de salud, la inclemencia del clima, la desinformación de sus derechos y aspectos globales como la pandemia por Covid-19 afecta en gran medida la CVRS de los migrantes.

## Referencias Bibliográficas

1. INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2020 [Internet]. OIM. 2019 [citado 1 septiembre 2021]. Disponible en: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf)
2. SOBRE LA MIGRACIÓN. Definición de la OIM del término "Migrante" [Internet]. OIM. 2021 [citado 1 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
3. Desafíos globales. Migración [Internet]. NACIONES UNIDAS. . 2020 [citado 1 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
4. Díaz Caravantes, Rolando Enrique, & Calvario Parra, José Eduardo. (2017). Percepción del riesgo a las altas temperaturas de los migrantes que transitan por Sonora. *Migraciones internacionales*, 9(1), 237-267. Recuperado en 13 de septiembre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062017000100237&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062017000100237&lng=es&tlng=es).
5. Pima County Office Of The Medical Examiner – Annual Report 2020 [Internet]. PIMA COUNTY. 2021 [citado 9 septiembre 2021]. Disponible en: [https://webcms.pima.gov/UserFiles/Servers/Server\\_6/File/Government/Medical%20Examiner/Resources/Annual-Report-2020.pdf](https://webcms.pima.gov/UserFiles/Servers/Server_6/File/Government/Medical%20Examiner/Resources/Annual-Report-2020.pdf)
6. Salud y derechos humanos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 1 septiembre 2021]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

7. Desarrollo y Migración. Desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica [Internet]. CEPAL. 2019 [citado 1 septiembre 2021]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454_es.pdf)
8. El migrante centroamericano de paso por México, una revisión a su condición social desde la perspectiva de los derechos humanos [Internet]. SCIELO. 2011 [citado 9 septiembre 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352012000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352012000100007)
9. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2015 [citado el 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/2/>
10. "Calidad de vida". En: *Significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/calidad-de-vida/> Consultado: 15 de septiembre de 2021, 11:52 am.
11. Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

12. Javier Sánchez Galán (31 de marzo, 2016). *Índice de desarrollo humano (IDH)*. Economipedia.com
13. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Cieza Alarcos. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2010 Abr [citado 2021 Sep 15]; 84( 2 ): 169-184. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es).
14. La salud es un derecho humano fundamental [Internet]. OMS . 2017 [citado 9 septiembre 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>
15. SALUD Y MIGRACIÓN [Internet]. CEPAL, COMISCA, SICA. 2019 [citado 9 septiembre 2021]. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/revista\\_salud\\_regional\\_segunda\\_edicion.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/revista_salud_regional_segunda_edicion.pdf)
16. Caravanas de migrantes: la "histórica" oleada de indocumentados de todo el mundo que está llegando a México [Internet]. BBC News Mundo, México. 2019 [citado 2 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48033101>

17. Figueroa-Quiñones Joel, Cjuno Julio, Ipanaqué-Neyra Juan, Ipanaqué-Zapata Miguel, Taype-Rondan Alvaro. Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Sep [citado 2021 Sep 15] ; 36( 3 ): 383-391. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000300383&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000300383&lng=es). Epub 19-Sep-2019. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4517>.
18. Urzúa, Alfonso, Vega, María, Jara, Alexandra, Trujillo, Susana, Muñoz, Roxana, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Terapia psicológica, 33(2), 139-156. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008>
19. Cristina Regata Cuesta, Calidad de vida en inmigrantes. Taller grupal sobre educación en salud, Atención Primaria Práctica, Volume 1, Issue 3, 2019, Pages 39-44, ISSN 2605-0730, <https://doi.org/10.1016/j.appr.2019.01.001>
20. Rentería-Pedraza, Víctor Hugo. (2019). Calidad de vida en migrantes latinoamericanos y caribeños asentados en Madrid, España. Papeles de población, 25(99), 161-185. Epub 25 de mayo de 2020. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.99.07>
21. Pilar García-Gómez, Juan Oliva, Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva, Gaceta Sanitaria, Volume 23,

Supplement 1, 2009, Pages 38-46, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.008>

22. Urzúa A, Cabieses B. Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. 2018 Oct [cited 2021 Sep 15];58(4):152. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=lth&AN=136222327&lang=es&site=eds-live>

23. Camhaji E. Estigma, tabú y falta de recursos: el laberinto de la salud mental en México [Internet]. Elpais.com. 2018 [citado el 30 de septiembre de 2021]. Disponible en:

[https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169\\_873780.html](https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169_873780.html)

24. Conicyt.cl. [citado el 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>

25. OMS. 2018. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* . [en línea] Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>> [Consultado el 30 de septiembre de 2021].

## Anexos:



Instrumento de evaluación nº 18 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz de Salud, 2010.



# ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.

[http://www.llave.conmed.com.ar/portalnoticias\\_vernoticia.php?codigonoticia=17621](http://www.llave.conmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621)

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004



Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5

5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5

2 2	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nu nca	Rarament e	Moderada mente	Frecuente mente	Siem pre
2 6	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

**Gracias por  
su ayuda**

## Normas de administración y puntuación

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición  
Barcelona: Lilly. 2007

- Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.  
[http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias\\_vernoticia.php?codigonoticia=17621](http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621):

- Administración:
  - El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
  - El cuestionario debe ser autoadministrado.
  - Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- Puntuación:

- El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.
- Sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. OMS. Ginebra. 1996:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Puntuación:
  - Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
  - Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

## UNIVERSIDAD DE SONORA

Departamento de Enfermería  
Comité de Ética en Investigación

Hermosillo, Sonora, septiembre 30, 2021.

Oficio CEI-ENFERMERÍA-LEN-117-2021

**Dra. María Olga Quintana Zavala**  
**Maestra de Tiempo Completo**  
**Departamento de Enfermería**  
**Universidad de Sonora**  
**Presente.**

**Asunto:** Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERIA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado: "Calidad de vida relacionada con salud de personas Migrantes en Arizona y Sonora", que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado; así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERÍA- LEN-117-2021**.

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería

  
c. Dra. Claudia Figueroa Ibarra  
Presidente



"COMITE DE ETICA  
EN INVESTIGACIÓN"

C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERIA.



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA A:  
**PSS. Arely Carolina Orduño**

Por su valiosa participación como **Invitado(a) especial** del curso: **"Inducción al Servicio Social Universitario"** con la temática: **Experiencias de Servicio Social "Consultorio de Enfermería en desayunador de migrantes"**, en la modalidad virtual llevado a cabo el 28,29,30 de Junio de 2021. Duración **20 horas**.

**M.Ed Maria del Carmen  
Valle Figueroa**

ENCARGADA DE LA JEFATURA DEL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**Dr. Julio Alfredo García  
Puga**

RESPONSABLE DEL SERVICIO  
SOCIAL, DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERÍA



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA A:  
**PSS. José Alfredo Lugo Tarazón**

Por su valiosa participación como **Invitado(a) especial** del curso: **"Inducción al Servicio Social Universitario"** con la temática: **Experiencias de Servicio Social "Consultorio de Enfermería en desayunador de migrantes"**, en la modalidad virtual llevado a cabo el 28,29,30 de Junio de 2021. Duración **20 horas.**

**M.Ed Maria del Carmen  
Valle Figueroa**

ENCARGADA DE LA JEFATURA DEL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**Dr. Julio Alfredo García  
Puga**

RESPONSABLE DEL SERVICIO  
SOCIAL, DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERÍA