

**Afectaciones del estado psíquico en mujeres migrantes
de Tijuana, Baja California, México**

Magallanes Rodríguez Ana Gabriela, Sámano Sánchez Alfonso, Barraza Escalona Zuleima,
Torres Cibrán Abdel Alejandro, Vega Álvarez Irene Viridiana, Vega Gutiérrez Patricia,
Viveros Cruz Eduardo, Villanueva García Azael.

Universidad Autónoma de Baja California, Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle
de las Palmas.

gabriela.magallanes@uabc.edu.mx

Resumen

Las consecuencias que experimentan en el ámbito de la salud las personas al migrar impactan directamente en la salud física y psicológica al exponerse a un mayor número de factores de riesgo. **Objetivo:** Identificar el estado psíquico de las mujeres que han migrado a Tijuana, Baja California en la frontera norte de México y que viven en zonas de bajos recursos. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal no experimental por medio de la aplicación de una cédula de identificación y el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE OM). La muestra se compone de 51 mujeres migrantes. **Resultados:** La totalidad manifiesta afectaciones en el estado de salud psíquico en relación a la percepción y satisfacción con la vida actual. Resalta la ausencia de personas que se encuentren con un estado psíquico saludable. **Conclusión:** La región fronteriza en el noroeste de México ofrece menores oportunidades de empleo y desarrollo para las mujeres que dificultan el mantenimiento de un estado psíquico saludable.

Palabras clave: migración, mujer, estado psíquico, CORE-OM, bajos recursos.

Introducción

Desde hace tiempo se ha observado la relación de migración con la enfermedad, Sin embargo, sólo durante el último siglo se ha explorado la salud pública vinculada con la migración. La salud requiere un estado de bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de una enfermedad o padecimiento.

Las consecuencias que experimentan en el ámbito de la salud las personas al migrar impactan directamente en la salud física y psicológica al estar expuestas a un mayor número de factores de riesgo relacionados con el estrés, la vulnerabilidad social, la desprotección, las condiciones insalubres, las amenazas a la satisfacción de las necesidades y violación a los derechos humanos, las cuales dependen considerablemente de su condición legal y de las políticas reglamentarias propias del país al que llegan, por lo que el migrante se encuentra vulnerable, con un alto riesgo psicosocial y físico (CONAPO, 2008).

El migrante experimenta pérdidas que afectan su bienestar mental contribuyendo a la depresión, desorientación y marginación. Las enfermedades mentales que han sido mayormente reportadas y descritas en migrantes son trastornos psicóticos, reacciones paranoides con tendencia a desórdenes afectivos, depresión unipolar, ansiedad, dificultades en la adaptación, alcoholismo y estrés postraumático.

La cuestión de género es un elemento adicional que favorece la presencia de otros factores que pueden producir alteraciones emocionales como las responsabilidades domésticas, tener una posición subordinada en la sociedad dentro y fuera del hogar, asumir la responsabilidad de armonizar las emociones, conflictos y tensiones de la vida familiar, tener pocas opciones legítimas de escape y pocos espacios propios, tener una relación de pareja no satisfactoria, no tener en quién apoyarse emocionalmente, entre otras.

Tratar la salud de los migrantes proporciona beneficios a las sociedades huéspedes. La mala salud de los migrantes puede ocasionar un aumento de la discriminación y la xenofobia debido a que las sociedades huéspedes suelen percibir a los migrantes como portadores de enfermedades infecciosas y como miembros no productivos de la comunidad.

La prevención y la educación sanitaria, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno pueden ahorrar costos económicos, sociales y políticos importantes. Cada vez emigran más mujeres y se carece de datos epidemiológicos que evidencien certeramente el estado de salud de la población.

Justificación

Estudiar el estado de salud mental de la población migrante es importante dadas las condiciones geográficas de la población elegida debido a que la ciudad de Tijuana, Baja California en la frontera noroeste de México presenta una dinámica particular por ser un punto geográfico altamente utilizado de manera transitoria para quienes se dirigen a los Estados Unidos principalmente, sin embargo, una gran parte de la comunidad de migrantes residentes en la zona no consiguen la meta final y por tal razón se establecen de manera permanente en la ciudad, obligándose a iniciar una vida con menos recursos económicos, emocionales y sociales que los que tendrían en su lugar de origen.

Dirigir estudios específicamente hacia el género femenino es además importante porque es evidente que las mujeres son víctimas de discriminación en distintos aspectos, incluidas las oportunidades de desarrollo y crecimiento profesional y laboral, lo que limita por tanto los escenarios de los que se pueda partir dadas las circunstancias previamente mencionadas.

Es imposible frenar el ritmo y movimiento migratorio en una ciudad ubicada en un punto relevante para la economía de la región y de impacto a nivel internacional, por lo que se considera trascendente estudiar en la medida de lo posible las condiciones presentes y generar estrategias efectivas de intervención en las mujeres migrantes.

Planteamiento del problema

La falta de oportunidades en el país de origen en su mayoría zonas urbanas, suburbanas y rurales impulsa a la población a buscar una mejor calidad de vida, lo que se vuelve un motivo de migración, de acuerdo con Alba, 1994. La mayoría de los movimientos que se efectúan dentro de este fenómeno es de un país de menor desarrollo a otro con mayor poderío, quienes suelen controlar el flujo migratorio a través de sus fronteras un aspecto importante es la ubicación geográfica ya que aporta características al tipo de migración (legal – ilegal) en el caso de la migración México-Estados Unidos de América (EUA) los motivos por los cuales se produce este flujo es por conexiones familiares, laborales y culturales entre los dos países.

De acuerdo con Giménez (2003), la migración es un desplazamiento de una o más personas de su lugar de residencia a otro con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir algún tipo de mejoría. El proceso migratorio conlleva una serie de particularidades no sólo para la persona que emigra sino también para las personas que se encuentran en el lugar de llegada del migrante.

Existen cuatro etapas del proceso migratorio que Tirzón (1993) describe de la siguiente manera:

- La preparación; en esta primera etapa se evalúa lo que se tiene y lo que se puede conseguir. En la cuestión familiar toman en cuenta las limitaciones y los problemas que los rodean, deben elegir qué es lo que se podrán llevar a la nueva residencia, en especial las personas que si podrán acompañarlos.
- El acto migratorio; en esta etapa es meramente el desplazamiento de su lugar de origen al destino ya previsto.
- Tercera etapa es el asentamiento; es del momento de la llegada, la adaptación emocional y al ambiente, aceptación de nuevas costumbres hasta llegar a una integración de las mismas.
- Cuarta y última etapa, es la inmersión e incorporación de la nueva cultura y sentirla como propia implicando un abandono de las creencias anteriormente existentes.

La decisión de migrar difiere entre hombres y mujeres de acuerdo con García y Paiewonsky (2006) las mujeres que migran con el objetivo de obtener una buena economía y enviar a sus familiares un sustento para ellos, en gran parte del total de las mujeres que migran.

Migración México-Estados Unidos de América (EUA)

Existen cambios significativos en la migración de México a EUA, en tanto volumen, extensión territorial y características socio demográficas que lo vuelven un tema prioritario además de político debido al notable crecimiento de la población migrante mexicana.

En la migración se ven involucrados aspectos familiares y culturales, agregando de igual forma el aspecto económico, tomando en cuenta las condiciones de la economía

mexicana y los escenarios sociales que se presentan en el vecino país hace más atractivo el cambio de país. En el año 2005 se consideraba a México como el país con mayor número de migrantes a nivel mundial solamente seguido por China y Pakistán, así mismo con mayor número en territorio estadounidense, durante el periodo de 2000–2005, la migración anual internacional de mexicanos oscilaba entre 475 mil, según los datos de Conapo (2006).

Mujer migrante

La cantidad de mujeres que migra hacia EUA ha tenido un aumento evidente desde los años setenta a la actualidad, tomando en cuenta que en 1970 residían en ese país un aproximado de 436 mil mujeres nacidas en México, para el año 2012 su magnitud se amplió cerca de 5.5 millones, lo cual representaba 46% de la población mexicana residente en territorio estadounidense, ubicándose como el mayor grupo de migrantes en EUA.

De acuerdo a datos proporcionados por CONAPO (2012), los estados en los que son frecuentes los asentamientos son California con 38%, Texas con 23%, Illinois con 6.3% y Arizona con 5.4%. Del total de este grupo, sólo 2.6 millones de mujeres mexicanas entre 16 y 64 años son económicamente activas, lo que corresponde al 55%; ubicándose por debajo de las otras inmigrantes con 66% y las nativas blancas 70% (CONAPO, 2012). En EUA, de un total de 4.7 millones de hogares mexicanos, 2.1 millones son encabezados por mujeres, cubriendo el 44% del total, duplicando la de los hogares en México teniendo un 24.5% en 2010.

El incremento de mujeres migrantes se puede vincular al asentamiento de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos, Hondagneu-Sotelo (1994) hace referencia a que es mayor la tendencia en la mujer migrante de residir permanentemente en EUA a comparación de los hombres. Marcelli y Cornelius (2001) hacen mención del cambiante flujo entre México-EUA referente al sexo, edad, origen de los migrantes provenientes de un estado o urbano-rural.

El crecimiento de la inmigración mexicana en Estados Unidos se ve reflejado en el paulatino aumento de su descendencia nacida y radicada en ese país. Durante el año 2009 las mexicanas radicadas en EUA tuvieron 346 mil hijos siendo el 50% entre 2000 y 2010. Durante el periodo 1994–2011 la descendencia de mexicanos creció en 11 millones, lo que significa que las mujeres tuvieron 605 mil hijos por año. Las cifras mostradas

sugieren que las mujeres mexicanas tienden a tener más hijos que las mujeres residentes en México, según INEGI, (2010) las mujeres residentes en México experimentan una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer, mientras que la de las mujeres mexicanas residentes en EUA para ese mismo año asciende a 3.1 hijos por mujer. De acuerdo con Camarota (2005), los niños nacidos de inmigrantes en EUA son realmente el efecto a largo plazo y más importante de la inmigración.

Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”. El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”.

La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.

El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de

formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.

Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes. Así, los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada.⁴ Dentro de las premisas que rigen las acciones del Sector Salud en nuestro país, el Programa de Salud 2000-2006 menciona:

a) La buena salud como objetivo de desarrollo y condición indispensable para alcanzar igualdad de oportunidades.

b) La salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano, capital más importante de individuos y naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer al individuo y a la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida.

c) Dado su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben seguir.

En este sentido, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables. Cabe mencionar, con base en lo expuesto, que cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención a las enfermedades, o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender este aspecto: el abordaje biológico y físico, y menos el mental.

Es necesario considerar todos los elementos que integran a la salud y entender al humano como un ente bio-psico-social, con una visión integral, comprendiendo que existen varios aspectos que forman parte de un solo fenómeno. Tradicionalmente la salud del hombre ha sido pensada en lo relativo sus aspectos biológicos, mientras que a las

cuestiones mentales: de personalidad o psicológicas, no se les ha dado la misma importancia. Así se requiere ser sano, física y mentalmente.

Relación entre enfermedad mental y enfermedad física

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.

Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.

Atender entonces la salud mental por medio de la exploración del estado psíquico en relación a la condicionante de vivir en zonas de bajos recursos económicos con perspectiva de género en migrantes es un aspecto relevante para la comprensión integral del ser humano en esta circunstancia.

Objetivo

Identificar el estado psíquico de las mujeres que han migrado a Tijuana, Baja California en la frontera norte de México y que viven en zonas de bajos recursos.

Variables

Dependiente

Estado psíquico

Independiente

Migración

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal no experimental. La recolección de datos fue por medio de la aplicación de una cédula de identificación además del instrumento *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE OM), que evalúa el estado usuario en relación a cuatro dimensiones definidas: bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general y riesgo.

Muestra

La muestra se compone de 51 mujeres migrantes de distintas comunidades de bajos recursos en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Criterios

Inclusión

- Mujeres mayores de 18 años
- Originarias de algún estado fuera de Baja California
- Residentes de comunidades de bajos recursos

Procedimiento

Se realizaron aplicaciones en las principales comunidades de bajos recursos identificadas en la ciudad de Tijuana, Baja California, resaltando las colonias Milenio 2000, Rancho Las Flores, Nido de las Águilas, Valle San Pedro, Las Torres y El Niño.

Se intervino con población voluntaria en diferentes momentos por cada comunidad, aplicando primero el consentimiento informado, posteriormente la cédula de identificación personal y finalmente, el cuestionario CORE OM.

Análisis estadístico

Se capturó la información en el software Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 20 y se realizó análisis de frecuencias y descripción de variables

Resultados

La distribución de la muestra fue en el rango de edad de 18 a 80 años. El tiempo de residencia en la ciudad de las mujeres encuestadas comprendía desde 8 días hasta 50 años. Respecto al estado civil, de la totalidad el 49% se encuentra casada, el 18% cohabita con su pareja, el 16% soltera, el 10% divorciada, el 6% viuda y el 2% omitió esta información.

Se consideró pertinente explorar si existe consumo de sustancias alucinógenas, así como alcohol y/o tabaco, resaltando que el 76% de la comunidad no consume ninguno de los tres tipos de estimulantes indicados. Del resto, el 14% ingiere alcohol, el 6% tabaco y el 4% ambos.

En relación a los resultados obtenidos por el principal instrumento aplicado, el CORE-OM en versión para mujeres se puede valorar 4 dimensiones, que son bienestar subjetivo, problemas y síntomas, funcionamiento general y riesgo, además de un perfil general y un estado general en proporción al riesgo.

Bienestar subjetivo

Estos reactivos valoran tanto el bienestar como el malestar general, permitiendo obtener indicadores acerca de la satisfacción con la vida, la felicidad y las capacidades afectivas. Los resultados en esta escala reflejan que el 33% de la población presenta una afectación psíquica leve, 25% en un nivel severo, 25% a nivel medio, 12% en nivel moderado y el 4% se encuentra en un nivel sano. Lo anterior representa que el 96% de las mujeres migrantes manifiesta una alteración relacionada con la satisfacción que encuentra en su vida actualmente.

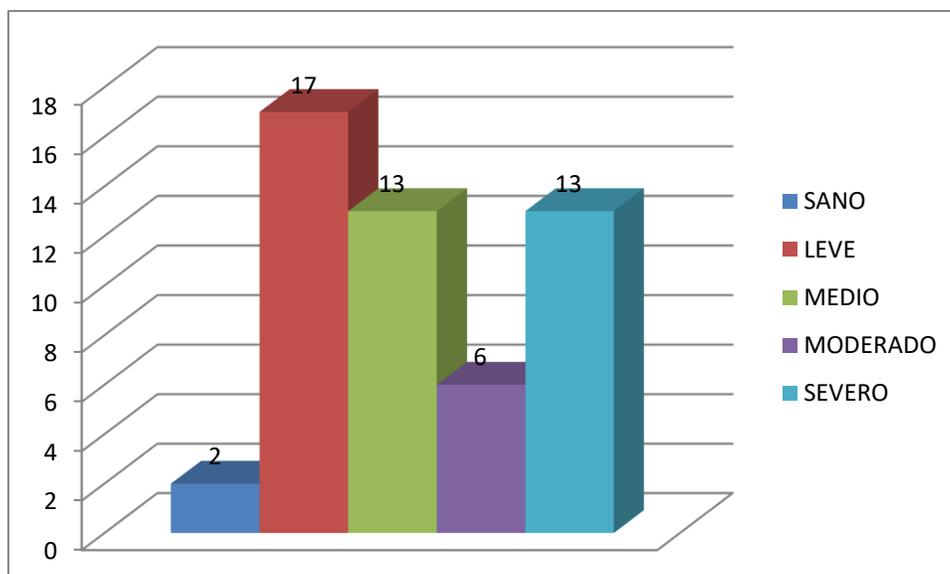


Figura 1. Distribución de estado psíquico respecto al bienestar subjetivo en mujeres migrantes.

Problemas y síntomas

Esta dimensión valora la presencia de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos reconocidos por la comunidad en periodo reciente. Los resultados reflejan que el 43% de la población presenta una afectación psíquica leve, 20% en un nivel severo, 16% a nivel medio, 18% en nivel moderado y alrededor del 4% se encuentra en un nivel sano. Lo anterior representa que el 96% de las mujeres migrantes reconoce la presencia de alteraciones en el estado de salud por medio de problemas físicos o síntomas específicos.

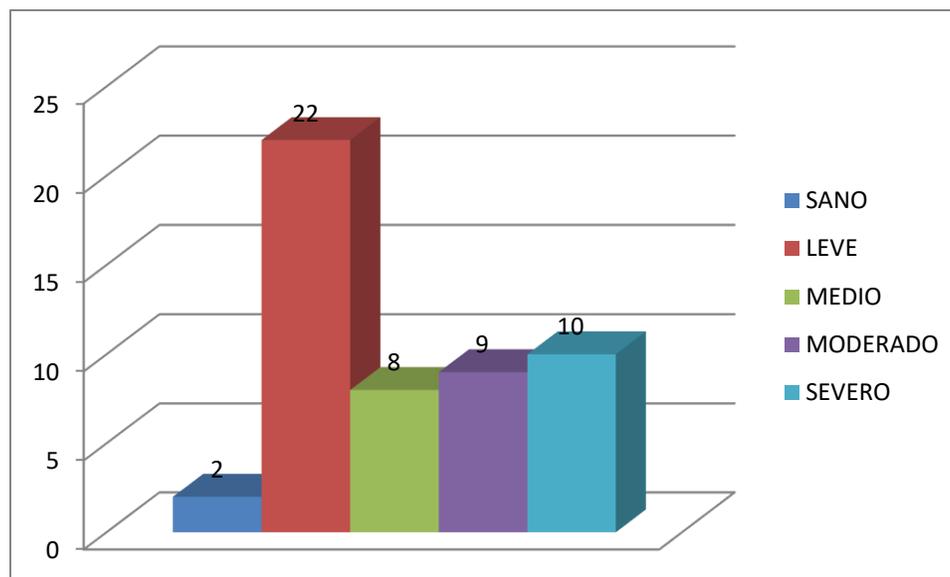


Figura 2. Distribución de estado psíquico respecto a la presencia de síntomas y problemas físicos en mujeres migrantes.

Funcionamiento general

Esta dimensión permite evaluar las relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano, de acuerdo a la percepción del usuario. Se encontró que el 55% de la población presenta una afectación psíquica leve, 22% a nivel medio, 10% en nivel moderado y 14% en un nivel severo. Resalta la ausencia de un nivel sano,

significando que el total de la población percibe una afectación en su funcionamiento general.

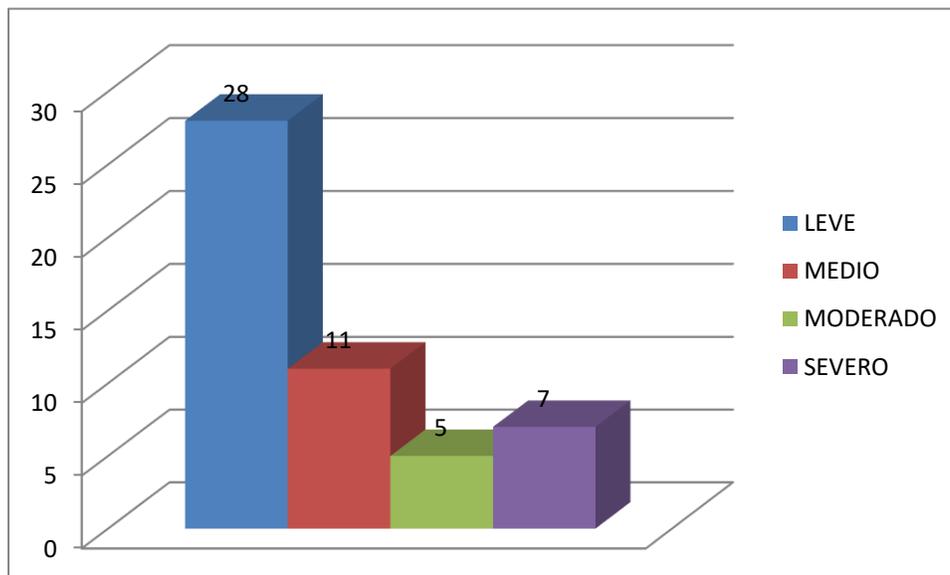


Figura 3. Distribución de estado psíquico respecto al funcionamiento general en relaciones y funcionamiento cotidiano.

Riesgo

Esta dimensión ofrece información sobre indicadores clínicos de intentos de suicidio o autolesiones y agresiones a terceros. Se encontró que el 39% de la población se encuentra en un nivel sano, mientras que el resto de la población se distribuye en 53% afectación psíquica leve, 4% a nivel medio, 2% en nivel moderado y 2% en un nivel severo.

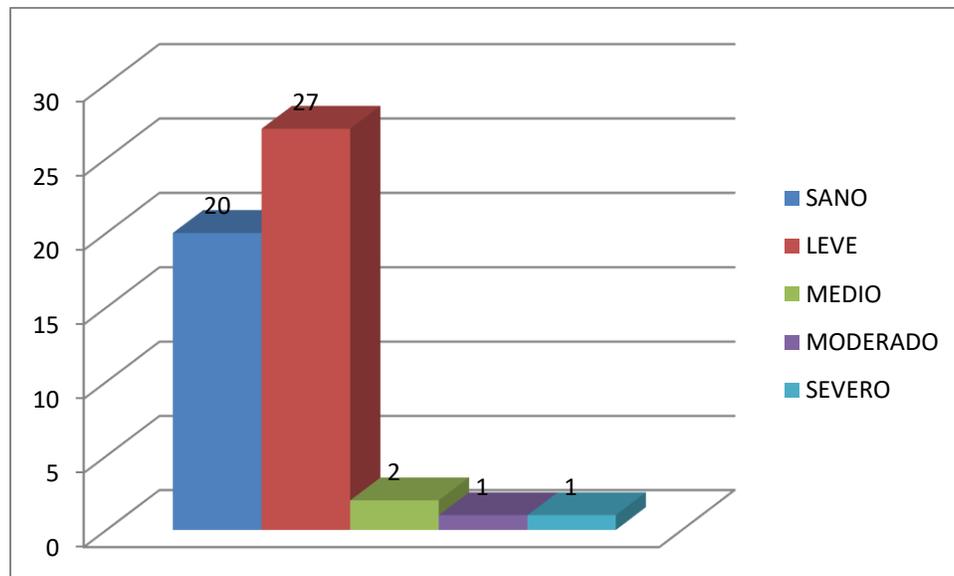


Figura 4. Distribución de estado psíquico respecto al riesgo de suicidio, autolesiones y agresiones a terceros.

Estado psíquico general

Los resultados generales de la población observada indican que la totalidad de la muestra reconoce y manifiesta afectaciones en el estado de salud psíquico en relación a la percepción y satisfacción con la vida actual en comunidades de bajos recursos, distribuyéndose la información en un 55% en nivel de afectación leve, 24% medio, 12% moderado y un 10% a nivel severo. Resalta la ausencia de personas que se encuentren con un estado psíquico saludable.

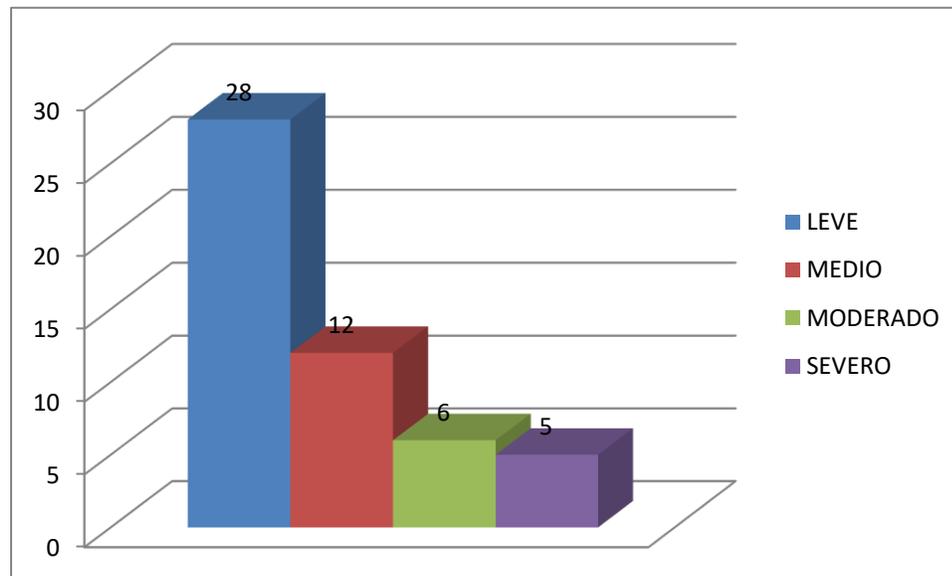


Figura 5. Distribución de estado psíquico general en mujeres migrantes que viven en comunidades de bajos recursos.

Conclusiones

- Los hallazgos permiten reconocer que la población manifiesta afectaciones en todas las dimensiones evaluadas con el instrumento y que componen el estado psíquico de salud mental.
- Se permite relacionar que las condiciones de vida de las mujeres migrantes en la región fronteriza de Tijuana, Baja California, México no representan un cúmulo de oportunidades para la mejora de su calidad de vida, sin embargo es importante rescatar las condiciones previas a su establecimiento en la región, así como los motivos para arraigarse en la zona.
- La región fronteriza en el noroeste de México ofrece una dimensión particular respecto a la dinámica socioeconómica que, aunada a las menores oportunidades de empleo y desarrollo para las mujeres, dificultan el mantenimiento de un estado psíquico saludable.

Referencias

- Alba. F. (1994). “Aspectos urbanos de la migración laboral: La situación de los países de origen”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, México, El Colegio de México, N° 27, pp. 629-656.
- Camarota, Steven A. (2005), “Birth Rates Among Immigrants in America: Comparing Fertility in the U.S. and Home Countries”, Center for Immigration Studies; disponible en <http://www.cis.org/ImmigrantBirthRates-FertilityUS>.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2008). *Migración y Salud. Latinos en Estados Unidos*. Consejo Nacional de Población: México.
- García. M. y Paiewonsky. D.(2005). *Genero, desarrollo y remesa. El caso de la migración femenina de Vicente Noble, República Dominicana*. Instituto Interacional de Investigaciones y Capacitaciones de Las Naciones Unidas PARA LA Promoción de La Mujer (INSTRAW). En línea disponible en
- Giménez Romero, Carlos. “Qué es la inmigración. Problema y oportunidad? Cómo lograr la integración de los inmigrantes? Multiculturalismo o interculturalismo?” R. B. A. Integral. Barcelona. 2003
- Hondagneu, P.(1994) *Gendered transitions. Mexican experiences of immigration*, Berkeley, California: University of California Press, 258 p.
- Instituto Nacional de las mujeres México. *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres Mexicanos* Instituto Nacional de las Mujeres (www.inmujeres.gob.mx), diciembre, 2006.
- Jeffrey S. Passel y D’Vera c.(2011) “Población inmigrante no autorizada: Tendencias nacional y estatal, 2010”. Washington, DC: Pew Hispanic Center, Febrero de 2011.
- Marcelli, Enrico A. y Wayne Cornelius (2001) « The changing profile of Mexican migrants to the United States. New evidence from California and Mexico », *Latin American Research Review*, 36 (3), 105-131.
- Odegaards O. *Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota*. *Acta Psychiatr et Neurol* 1932, 7: 1 – 206.
- OMS. 2001c “Mental Health: New Understanding, New Hope”, *World Health Report*, ISBN: 92-4- 156201-3. Organización internacional para las migraciones. *Migración y*

salud. Sección 2.7 fundamentos de gestión de migración volumen dos: Desarrollo de políticas de migración

Salgado-de Snyder VN, Cervantes RC, Padilla AM. Migración y estrés postraumático: el caso de los mexicanos y centroamericanos en los Estados Unidos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1990;36(3-4):137-145.

Salgado-de Snyder VN, González-Vázquez T, Bojórquez-Chapela I, Infante C. Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud. México: Perspectivas en Salud Pública INSP, 2007.

Tizón García, Jorge L. et al. "Migraciones y Salud Mental" Promociones y Publicaciones Universitarias PPU. Barcelona. 1993. Recuperado de:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/OMI/Resource/652/1/images/boletinMigracionNo1_8_03_13.pdf