

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**“Percepciones de prestadores de servicios de salud acerca de la alimentación y su
relación con enfermedades en migrantes México – EEUU”**

Proyecto de Titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Pública en Nutrición

MARTHA LAURA HERRERA ORTÍZ

Generación 2015 - 2017

Director de Proyecto de Titulación:

Dr. Tonatiuh Tomás González Vázquez

Asesora de Proyecto de Titulación:

MC María Ángeles Villanueva Borbolla

Lectora de Proyecto de Titulación:

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Cuernavaca, Morelos

Junio, 2018

Miembros del jurado

Tonatiuh Tomás González Vázquez, Doctor en Ciencias Políticas y Sociales.

Director de Proyecto de Titulación. Presidente.

María Ángeles Villanueva Borbolla, Maestra en Ciencias de Promoción de la Salud.

Asesora de Proyecto de Titulación. Secretaria.

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Doctora en Psicología Social Crítica.

Lectora de Proyecto de Titulación. Primer Sinodal.

Dedicatorias

A Antonio, mi papá, por confiar siempre en mí, por impulsarme a alcanzar todas mis metas y por enseñarme a continuar aun cuando las circunstancias no son favorables.

A Martha, mi mamá, por forjar mi carácter y enseñarme a sonreír en las dificultades.

A mis abuelitos Marinita, Toño, Memo y Mela quienes me amaron y me enseñaron a amar, despertaron mi curiosidad y me inspiraron a siempre ayudar a los demás.

A mi maravillosa amiga y hermana Brenda Meza por el amor y apoyo incondicional, por las tardes llenas de lágrimas y risas que, aunque ya no son audibles, están siempre en mi corazón y memoria.

Agradecimientos

A quienes, a través de sus palabras, abrazos, consejos, regaños, mensajes, llamadas telefónicas, etc., me demostraron su confianza, me animaron e impulsaron durante esta etapa.

A los profesores y profesoras que contribuyeron a mi desarrollo profesional y humano durante la maestría.

A mi director Tonatiuh González por su tiempo, apoyo y paciencia.

A mi asesora Marian Villanueva por ver más allá de mis circunstancias, por guiarme, escucharme y comprenderme, por su paciencia y cariño.

A la Dra. Blanca Pelcastre por compartir conmigo su tiempo y conocimientos.

A mi amigo el Dr. Simón Barquera por estar siempre, por confiar y creer en mí, por los consejos necesarios y oportunos, por el cariño y apoyo incondicional.

Resumen

Objetivo: describir las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano respecto a la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, con el propósito de explorar el proceso de aculturación alimentaria transnacional.

Materiales y métodos: el diseño metodológico utilizado fue de tipo exploratorio descriptivo a través del análisis de contenido de entrevistas. La información se obtuvo de las 34 entrevistas semiestructuradas realizadas a 39 prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano que daban atención en salud a migrantes en las localidades de origen o destino. Estas entrevistas pertenecen a la base de datos cualitativa del estudio “*La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago*”, realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) durante el período 2009 – 2012.

Resultados: con excepción de una médica, los prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano que fueron entrevistados, percibieron que sí ocurría un cambio en la alimentación de la población mexicana migrante activa y retornada de EEUU, lo cual se veía reflejado en su estado de salud y nutrición. Los factores identificados y vinculados a estos cambios fueron la alta ingesta de “comida chatarra” y bebidas azucaradas, la poca práctica de actividad física y ejercicio, el ingreso económico que no les permitía tener una alimentación saludable, la poca disponibilidad y accesibilidad a alimentos más sanos, así como el ambiente físico y social que influía constantemente en sus prácticas de alimentación. La evidencia de una aculturación alimentaria bidireccional y de cómo influyeron los aspectos culturales sobre las percepciones de la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades, son dos de los elementos más importantes que aporta este proyecto.

Conclusiones: este es uno de los pocos proyectos encontrados que estudiaron, bajo la perspectiva transnacional, algún tema relacionado con la nutrición y salud de quienes migran o retornan. Estudiar los cambios en la alimentación y salud desde esta perspectiva permitirá abordar elementos relacionados con los procesos que vive la población migrante y retornada, campo poco explorado en la salud y nutrición pública.

Palabras clave: aculturación alimentaria; migración México – EEUU; percepciones del estado de salud y nutrición; prestadores de servicios de salud; perspectiva migratoria transnacional.

Contenido

Introducción	7
Antecedentes.....	8
Marco conceptual y teórico	12
Planteamiento del problema.....	15
Justificación	16
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Material y métodos	18
Análisis de factibilidad	22
Consideraciones éticas.....	22
Resultados	23
Discusión de resultados	30
Conclusiones.....	34
Recomendaciones	34
Limitaciones del estudio.....	35
Referencias.....	36
Anexos	39
<i>Guía de entrevista</i>	39
.....	39
<i>Carta de uso de base de datos</i>	43

Introducción

La aculturación alimentaria se refiere al proceso en el que individuos o poblaciones migrantes adoptan elecciones y patrones alimentarios del nuevo lugar de residencia(1). Se ha comprobado que la interacción cultural derivada de la migración se refleja tanto en la alimentación de quien migra como en la de aquellas personas que habitan en el lugar de destino(1). Una de las perspectivas para el análisis de los procesos sociales que trascienden las fronteras de los países, es el transnacionalismo(2). Bajo este enfoque, diversos estudios describen la influencia de la migración internacional sobre la cultura, religiosidad, economía y otros ámbitos de la vida de personas migrantes y de aquellas con quien mantienen un vínculo a través de las fronteras. Respecto al estado de salud de ambas poblaciones se ha descrito qué sucede antes y después de la migración(3,4), sin embargo, la información de lo que ocurre con su alimentación aún es escasa, incluso en el proceso migratorio México – Estados Unidos de América (EEUU), uno de lo más estudiados.

Este proyecto se realizó con el propósito de explorar la aculturación alimentaria, bajo una perspectiva transnacional, a partir del análisis de las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano acerca de lo que sucede con la alimentación y cómo se relaciona ésta con la presencia de enfermedades en personas con experiencia migratoria México – EEUU, entre ellas quienes retornan. Conocer sus percepciones es importante debido a que se ha documentado que son testigos del estado de salud y de las situaciones que vive la población migrante en las localidades de origen y destino(5).

El diseño metodológico utilizado fue de tipo exploratorio descriptivo a través del análisis de contenido de entrevistas. La información se obtuvo de las 34 entrevistas semiestructuradas realizadas a 39 prestadores de servicios de salud alópatas, públicos y privados, que forman parte del estudio *“La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago”* llevado a cabo por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) durante el período 2009-2012.

Se espera que la exploración de los testimonios de los prestadores de servicios de salud llevada a cabo en este proyecto, amplíe el conocimiento de lo que ocurre en la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en las personas con experiencia migratoria. De este modo, los hallazgos podrán guiar a futuras investigaciones que aporten evidencia para el diseño de programas y políticas en nutrición y salud específicas para quienes migran y retornan, así como para la población con quien mantienen un vínculo desde las localidades de origen.

Antecedentes

Aunque no se conoce con exactitud cuándo inició la migración, se sabe que es parte del proceso histórico del ser humano. En relación con el proceso migratorio México – EEUU, uno de los más antiguos, los registros muestran que para el año de 1850 la población de origen mexicano que vivía en aquel país era de 13 mil personas, mientras que en 1970 la cifra mostró un gran crecimiento pasando a 760 mil personas(6). Durante el período 2000 – 2015, la población mexicana pasó de 8.1 a 12.2 millones, cifra registrada como la máxima histórica de este proceso(6). A medida que ésta fue incrementando las políticas estadounidenses antiinmigratorias comenzaron a aparecer, intensificándose en la década de los noventa(7).

Diversos autores señalan que cuando un sistema migratorio está consolidado, como en el caso México – EEUU, tanto la migración como el retorno se vuelven más fáciles y frecuentes(6). Durante la administración del presidente estadounidense Barack Obama (2009 - 2014) el retorno de personas migrantes de origen y ascendencia mexicana aumentó de forma considerable, algunas de las razones fueron la deportación masiva de población indocumentada, la crisis económica ocurrida en EEUU durante 2008 (misma que tuvo repercusiones a nivel mundial), factores ligados al estado de salud, afectivos y culturales como el deseo de fortalecer los lazos con la familia y la localidad de origen, entre otros(6).

Los movimientos migratorios ocurridos durante el ciclo 2009 – 2014 sentaron un precedente en la tasa de migración neta, la cual fue cercana a cero, es decir, mientras 683,000 personas nacidas en México migraban a EEUU, 824,000 retornaban(6,8). En el año 2010 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportó que el porcentaje nacional de viviendas mexicanas conformadas por población migrante retornada de EEUU aumentó 1.5 veces con respecto al ciclo 1995 – 2000, pasando de 191,084 hogares (0.87%) a 628,460 (2.19%)(6,8). Las circunstancias generadas por el actual gobierno estadounidense a cargo del presidente Donald Trump, entre ellas la agresiva política antiinmigrante principalmente dirigida a la población mexicana, la amenaza de deportaciones masivas, el fin del programa Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) que beneficiaba a la población joven inmigrante indocumentada o dreamers, así como un generalizado ambiente hostil hacia quien migra, han ocasionado que especialistas en el tema sugieran la aparición de una nueva etapa en la que probablemente los flujos de migración masiva México - EEUU terminarán, incrementando el número de personas retornadas(6,7,9).

Diversos estudios describen la influencia del proceso migratorio sobre la cultura, el nivel socioeconómico, la religión, la ideología política y el estado de salud de quien migra y de aquellas personas con las que se vincula, sin embargo, la información de lo que sucede con la alimentación de quienes retornan y permanecen en las localidades de origen aún es escasa. A continuación, se presentan algunos de los estudios que documentan lo que ocurre en la alimentación y el estado de salud de la población de origen y/o ascendencia mexicana que migra a EEUU, mostrando que en ocasiones los cambios en la alimentación han sido benéficos o perjudiciales a la salud.

En el año 2003 Gray B, *et al.* estudiaron la relación entre la aculturación alimentaria y el estado de salud de la población inmigrante hispanoamericana que residía en Mississippi. Mediante un grupo focal y 29 entrevistas realizadas a representantes de la comunidad y mujeres (consideradas como las responsables de tomar las decisiones alimentarias de la familia), encontraron que la población inmigrante hispanoamericana con menor nivel educativo, incluida la de origen mexicano, enfrentaba más dificultades para adquirir empleos bien remunerados que les permitiera mantener un mejor estado de salud y nutrición. Los informantes clave refirieron que algunos de los factores que influyeron en sus elecciones alimentarias fueron el costo, la disponibilidad, el tiempo para preparar y consumir alimentos debido a las extenuantes jornadas de trabajo, así como una insuficiente educación en salud y nutrición. Los hallazgos relacionados con los patrones alimentarios posteriores a la migración mostraron que no hubo cambios en la ingesta de papa, huevo, arroz y otros alimentos propios de la cultura hispana, mientras que el consumo de alimentos característicos de la “dieta americana” (hamburguesas, pizza, hot-dog, etc.), aumentó considerablemente. La preparación e ingesta de platillos tradicionales y comida casera tenía un gran significado para esta población debido a que se asociaba con períodos de descanso o fechas conmemorativas de su cultura, sin embargo, la alta disponibilidad, el estatus y la aceptación social que les daba el consumo de “comida americana” ejercía una gran influencia (particularmente en la población infantil) sobre su elección de alimentos incrementando, de este modo, el riesgo de que desarrollaran enfermedades como la obesidad(10).

Posteriormente, en el año 2009 Batis C, *et al.* llevaron a cabo una comparación entre la información dietética de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 1999 y la de The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) del mismo año. Los datos de la población de origen mexicano de 6 a 11 años de edad y de mujeres de 12 a 49 años de edad que participaron en la ENSANUT, fueron comparados con los de subpoblaciones de las mismas características de origen mexicano, mexicoamericano y de raza blanca no hispana que residían en EEUU y que colaboraron en la NHANES. Tomando a la dieta mexicana como referencia, se encontró que la ingesta de algunos alimentos saludables (cereales altos en fibra, alimentos de origen animal bajos en grasa, etc.), era mayor en las subpoblaciones evaluadas en EEUU, sin embargo, el consumo de grasas saturadas, azúcar, sal, así como la ingesta calórica total proveniente de alimentos no saludables también fue mayor con respecto a las poblaciones evaluadas en México. Además, los hallazgos mostraron que la aculturación alimentaria ocurrida en las subpoblaciones de EEUU, principalmente en la mexicoamericana, disminuyó el consumo de alimentos tradicionales mexicanos, por ejemplo, la tortilla de maíz, mientras que la ingesta de alimentos y bebidas no saludables como refrescos y otras bebidas azucaradas, aumentó. Este proceso de aculturación puede verse influenciado por algunas características del entorno, por ejemplo, si en un lugar de EEUU la mayor parte de la población es de origen mexicano, ésta puede incidir sobre la presencia y consumo de alimentos representativos de la cultura mexicana en el entorno. Esto indica que no solo adoptan la alimentación de la población estadounidense sino que también influyen en ella, sugiriendo que el proceso de aculturación alimentaria es bidireccional(11).

Un año después, Pérez-Escamilla L. realizó un meta-análisis con el propósito de establecer una relación entre la aculturación alimentaria y las disparidades en salud de la población latina residente en EEUU. Encontró que varios estudios mostraban que a mayor grado de aculturación la calidad nutricional en la dieta es menor, por ejemplo, mientras el consumo de alimentos saludables como frutas, verduras, granos, fibra y legumbres disminuye, la ingesta de alimentos altos en sodio, azúcares añadidos y grasas saturadas aumenta. En cuanto a la relación aculturación - obesidad la mayor parte de los estudios indicaban una asociación positiva, mientras que en la relación aculturación - diabetes la asociación aún es confusa. Esto lo llevó a concluir que “la aculturación puede aumentar las disparidades en salud y nutrición en los latinos, debido a que en los estudios analizados se asoció constantemente con patrones de ingesta dietética y comportamientos de consumo de alimentos menos saludables”(12).

Respecto al estado de salud de la población mexicana migrante retornada, la Universidad de Princeton realizó un estudio con base en los datos del Mexican Migration Project (MMP) del período 2007 - 2009. El objetivo era evaluar las disparidades entre el estado de salud de hombres mexicanos retornados de EEUU y el de hombres sin experiencia migratoria. La información a analizar provino del autorreporte de medidas antropométricas y del cuestionario acerca de los hábitos, síntomas y previo diagnóstico de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, problemas cardíacos, emocionales y/o psiquiátricos de los hombres evaluados. Los hallazgos indicaron que los mexicanos retornados de EEUU presentaron una mayor prevalencia de enfermedades cardíacas, desordenes emocionales o psiquiátricos, diabetes, hipertensión, obesidad y tabaquismo en relación con los hombres sin experiencia migratoria. Es importante mencionar que la mayor parte de los migrantes retornados refirieron que en EEUU se enfrentaban a más dificultades para conocer su estado de salud, esto debido a que no contaban con el suficiente acceso a servicios de salud a causa de ingresos económicos limitados, estatus migratorio irregular y poco tiempo libre(13).

Aun cuando el retorno de la población mexicana con experiencia migratoria a EEUU está aumentando considerablemente en los últimos años, existen pocos estudios relacionados con la aculturación alimentaria y su influencia sobre el estado de salud de esta población. Dentro de estos escasos estudios se encuentra el de *Arenas Monreal, L et al.*, quienes en 2005 describieron “la modificación en la alimentación y los procesos involucrados en la incorporación de nuevos alimentos”, a partir de una metodología cualitativa llevada a cabo con 47 mujeres que migraron a EEUU y que pertenecían a localidades rurales de 5 municipios con mediano y alto grado de intensidad migratoria del estado de Morelos. Los hallazgos mostraron que antes de la migración a EEUU los alimentos que consumían eran los típicos de la región, muchos de ellos sembrados y cultivados por su familia. Al migrar, conservaron la ingesta de alimentos y platillos de la cultura mexicana, en parte gracias a las comunidades transnacionales en EEUU que les facilitaban conseguir alimentos propios de la región de origen. Además, mantuvieron prácticas alimentarias características de fechas conmemorativas y festividades de sus lugares de origen lo que ayudó a que preservarán su identidad cultural.

Este estudio también encontró que la población migrante añadió a su dieta alimentos y platillos del país receptor (principalmente comida rápida) debido a factores como un mayor ingreso económico del que tenían en México lo que les permitía adquirirlos, poco tiempo para preparar alimentos a causa de las largas jornadas laborales, así como la gran disponibilidad de comida rápida en el entorno lo cual, según refirieron, ocasionó que aumentaran de peso durante su estancia fuera del lugar de origen. Al retornar a México, la incorporación de alimentos y platillos de EEUU en su dieta y la de su familia se mantuvo de acuerdo al acceso y disponibilidad de estos mostrando, de este modo, que la aculturación alimentaria ocurrida en el lugar de destino se mantuvo a su regreso(14). Cabe destacar que de los estudios encontrados este es el único que relaciona la participación de personas migrantes en EEUU en el proceso de aculturación alimentaria de la población mexicana retornada.

Durante el período 2009 – 2012, un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) realizó un estudio titulado “*La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago*”. El objetivo fue documentar de qué forma, por qué y con qué frecuencia la población mexicana que migraba a EEUU y sus familias, ubicadas en las localidades de origen, llevaban a cabo una utilización transnacional de recursos para resolver sus problemas de salud. La metodología utilizada fue de tipo mixto, en la parte cualitativa se realizaron grupos focales y entrevistas con hombres migrantes, así como entrevistas semiestructuradas a prestadores de servicios de salud alópatas (públicos y privados) y médicos tradicionales que brindaban atención en salud a la población mexicana migrante tanto en las localidades de origen como en las de destino. La información fue recabada en ocho localidades mexicanas de tipo rural con diferente grado de intensidad migratoria, así como en cinco localidades de EEUU que fueron identificadas por la población con experiencia migratoria como lugares de destino frecuentes(15). Publicaciones derivadas de este proyecto demuestran que en las localidades de origen con alta migración a EEUU hay un importante y constante flujo bidireccional de recursos que permiten resolver los problemas de salud de la población migrante, la cual está en contacto con diversas personas en el lugar de origen(5).

Este proyecto de titulación utilizó como fuente de información los testimonios provenientes de los 39 prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano que fueron entrevistados en el estudio anteriormente mencionado, esto con el objetivo de conocer lo que sucede con la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en la población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, entre ella quienes retornan a México.

Marco conceptual y teórico

Perspectiva transnacional en la migración

La migración internacional implica el desplazamiento geográfico de forma individual o grupal del país de origen o residencia a otro país con el propósito de asentarse temporal o permanentemente(16). En el año 1992, *Schiller et al* comienzan a utilizar el término transmigrante para describir a las personas migrantes que “desarrollan y mantienen múltiples relaciones de tipo familiar, social, económico, organizacional, religioso y político que se extienden a través de las fronteras. El transmigrante actúa, toma decisiones, se preocupa y desarrolla su identidad dentro de las redes sociales que lo conectan con dos o más sociedades de forma simultánea”(17). Este nuevo concepto cuestionó la idea de la perspectiva migratoria tradicional en la que la persona con experiencia migratoria era concebida como un ser que únicamente se asimilaba o adoptaba de forma gradual e irreversible las costumbres, hábitos y otras características del nuevo entorno hasta desligarse totalmente de su cultura de origen(17,18).

De este modo la perspectiva transnacional comienza a explicar aspectos de la migración internacional que la perspectiva tradicional no había explorado, por ejemplo, la forma en que la población migrante construye su vida en más de un territorio a través del intercambio de recursos materiales, económicos, culturales, etc. que trasciende las fronteras entre países(18,19). Guarnizo define a la perspectiva migratoria transnacional como “una aproximación teórico-analítica que concibe, investiga y analiza los procesos sociales más allá del territorio del Estado nacional”(2). Estos vínculos bidireccionales entre personas migrantes y sus sitios de origen favorecen la interacción e intercambio de recursos tangibles (objetos materiales) e intangibles como hábitos, prácticas, ideas, creencias y valores generando cambios a nivel individual y colectivo tanto en el lugar de origen como en el de destino(15,20).

Aculturación alimentaria desde una perspectiva transnacional

Para la perspectiva migratoria tradicional la aculturación es el suceso en el que la persona migrante transitaba gradualmente hacia los sistemas socioculturales y económicos dominantes en el lugar de destino hasta desprenderse totalmente de los sistemas de su lugar de origen(21). Una vez que aparece la teoría migratoria transnacional el concepto de aculturación es redefinido como “aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos que tienen diferentes culturas y que mantienen contacto continuo de primera mano a través de las fronteras nacionales, experimentan cambios posteriores en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos”(22). Dentro de los cambios derivados de la interacción cultural están los relacionados con la alimentación, también conocidos como aculturación alimentaria en la que “miembros de un grupo migrante adoptan los patrones alimentarios/elecciones de comida de su nuevo entorno”(1), sin embargo, se ha demostrado que estas modificaciones también se producen en la cultura huésped al integrar alimentos y prácticas alimentarias provenientes del nuevo individuo o grupo migrante.

Para fines de este proyecto, entendemos la aculturación alimentaria como un proceso complejo, dinámico y multidimensional que permite a las personas con experiencia migratoria y a las que se ubican en el lugar de origen y destino, incorporar o excluir alimentos de sus preparaciones y platillos tradicionales e incluso adoptar totalmente los patrones alimentarios de la nueva cultura(1).

Claude Fischler propone un marco, desde la antropología de la alimentación, para explicar estos cambios y el por qué incorporamos a nuestra alimentación elementos distintos a los de nuestra cultura. Bajo una visión integradora y tomando en cuenta las dimensiones biológicas y sociales, explica que las elecciones alimentarias son tan variadas como los sistemas culturales en los que se desarrolla el ser humano. Son precisamente estos sistemas los que determinan qué es un alimento y qué no lo es, de forma que “los alimentos no solo nutren, sino que también significan”(23). Fischler explica que el acto de incorporar alimentos (refiriéndose al acto de deglutirlos) es tanto en el plano real como en el imaginario, absorber sus propiedades haciendo hincapié en la frase “somos lo que comemos”. Es así como ésta incorporación aporta a la identidad individual y grupal generando un sentido de pertenencia cultural aun cuando se está lejos del lugar de origen, convirtiendo a los platillos y la cocina de cada cultura (sistema culinario) en componentes centrales del sentimiento de pertenencia colectiva(24). En varios estudios etnológicos se ha encontrado que algunas poblaciones migrantes conservan, en la medida de lo posible, sus prácticas alimentarias de origen aún más que otros rasgos culturales como el idioma, religión y vestimenta, debido a que les atribuyen un significado o papel simbólico a veces mayor que en el lugar de origen volviéndolas un factor clave de su identidad cultural(23).

En los diferentes sistemas culinarios existen elementos y estructuras culinarias que aseguran su estabilidad, perpetuidad e inmutabilidad, sin embargo, se ha constatado que de forma simultánea estos evolucionan lentamente y cambian, a veces de manera imperceptible. Fischler identifica que la modificación más frecuente es la sustitución o reemplazo de un alimento por otro hasta que se incorpore totalmente en una misma estructura culinaria o platillo. Generalmente esto ocurre tras un evento desencadenante e imprevisto como la migración, cambios económicos, cambios en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, entre otros. Estas sustituciones pueden originarse por una situación de carencia o escasez de tipo económico y alimentaria obligando a las personas a incorporar nuevos alimentos. También puede deberse a que la incorporación representa una ventaja práctica, gustativa o simbólica para la persona o grupo. De este modo, la mezcla de diferentes elementos y estructuras culinarias derivada del contacto y los intercambios interculturales, influye hasta el punto de que quien los integra llega a percibirlos como parte de su cultura(23).

La decisión de incorporar un alimento también proviene de la influencia de pares, es decir por imitación, la cual es tan poderosa al grado de poder crear una preferencia o aversión hacia un alimento en poco tiempo. Estudios realizados con familias con experiencia migratoria muestran que, en la mayoría de las ocasiones, su aculturación alimentaria proviene de la influencia directa de los integrantes más jóvenes. Esto se debe principalmente a la interacción frecuente y estrecha que estos mantienen con la cultura de recepción y su población en diferentes contextos, ocasionando que adquieran hábitos o prácticas alimentarias que refuerzan su sentido de pertenencia en el nuevo entorno y que posteriormente influirán sobre las decisiones alimentarias de toda la familia(23).

Fischler explica que existen alimentos claves que son esenciales para la identidad de la persona y grupo además de que dan estructura al sistema culinario aun cuando se incorporen nuevos elementos, regulando la relación entre lo nuevo y lo familiar. Aunque la adquisición de prácticas alimentarias sucede de manera individual, es la sociedad la que determina si éstas tienen sentido y función dentro de la estructura social reforzando o rechazando su adopción(23). Se han descrito, desde el marco propuesto por Fischler, algunas de las razones y mecanismos por los que se decide incorporar un alimento, sin embargo, es importante mencionar que la no incorporación, como forma de distinción en la nueva cultura, también es una manera de preservar la identidad cultural de origen.

Con base en lo anterior, al estudiar la aculturación alimentaria se debe entender que los cambios no solo ocurren en el sistema culinario sino también en la identidad de la población migrante, así como en la de quienes mantienen un vínculo con ella en el lugar de origen y recepción. Explorar este proceso bajo una perspectiva transnacional no solo permitirá conocer qué sucede con la alimentación de las personas con experiencia migratoria, entre ellas las que retornan, sino también en la de aquellas con las que mantienen un vínculo incluso a través de las fronteras nacionales, información que aún es escasa en el campo de la nutrición poblacional.

Estudio de las percepciones acerca del proceso salud – enfermedad

La percepción, desde el concepto más básico, es la forma en cómo recibimos a través de nuestros sentidos los estímulos externos. Dentro de la psicología, la percepción es entendida como un proceso cognitivo propio de la conciencia en el cual existe un reconocimiento, interpretación y significación con el propósito de elaborar un juicio a partir de las sensaciones obtenidas tanto del ambiente físico como social. Dentro de este proceso cognitivo también intervienen el aprendizaje, la memoria y la simbolización. La percepción social se refiere a cómo reconocemos e inferimos acerca de otras personas y sus conductas, lo cual está mediado por las asociaciones basadas en lo que hemos aprendido y en lo que pensamos(25).

El proceso salud - enfermedad es entendido como la transición del estado de salud o bienestar a la enfermedad y viceversa, lo cual además de ser una condición física es una construcción social y cultural, es decir, la respuesta de cada individuo o población ante este cambio esta mediada por los valores, creencias, costumbres, conocimientos, expectativas, entre otros factores que al combinarse determinarán la forma en que se entiende, vive y resuelve esta transición(26). Conocer las percepciones de la población migrante y de quienes están en contacto con ella acerca de este proceso, puede resultar un excelente medio para entender cómo conciben y resuelven sus problemas de alimentación además de ayudar a identificar las principales enfermedades a las que se enfrentan, permitiendo generar acciones y estrategias dirigidas a prevenir enfermedades, así como a reestablecer su estado de salud o bienestar. Por estas razones y para fines de este proyecto, se exploraron las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano que atendían a población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, para conocer lo que ocurre en la alimentación y cómo se relaciona con la presencia de enfermedades en quienes migran y retornan.

Planteamiento del problema

La migración México – EEUU al ser una de las más antiguas, constantes y masivas, es también una de las más estudiadas(6). Existe diversa evidencia acerca de la influencia que tiene este proceso sobre aspectos políticos, religiosos, culturales, económicos, sociales etc., de la vida de personas con experiencia migratoria y de con quien se relacionan frecuentemente. La información acerca de cómo incide el proceso migratorio sobre el estado de salud de la población mexicana que retorna, muestra que entre las enfermedades que más presenta se encuentran la obesidad, diabetes y algunos problemas de salud mental(13), sin embargo, la evidencia de lo que sucede con su alimentación, lo cual podría explicar la presencia de algunas de estas enfermedades, aún es escasa.

Con base en los actuales acontecimientos económicos, políticos y sociales relacionados con la migración México-EEUU y que fueron descritos anteriormente en este documento, se prevé que el incremento en el retorno de la población migrante continuará(6,7). Ante este panorama resulta importante conocer qué sucede con su alimentación y si ésta influye en la presencia de enfermedades. Analizar este proceso desde las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas que daban atención a personas con experiencia migratoria en las localidades de origen y destino, puede guiar a otros proyectos para generar información que contribuya a la creación de programas y políticas públicas que tengan como propósito cuidar y promover la salud de esta población y de aquellas personas con las que mantiene una relación a través de las fronteras.

Ante esto, se plantearon las siguientes preguntas para dar guía a este proyecto de titulación:

¿Cuál fue la percepción de los prestadores de servicios de salud alópatas acerca de la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en la población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, entre ella la que retorna?

Los prestadores de servicios de salud alópatas ¿percibieron algún cambio en la alimentación y el estado de salud de las personas que mantienen un vínculo con la población mexicana migrante a EEUU?

Justificación

Existen estudios que describen la influencia del proceso migratorio México – EEUU sobre la alimentación y el estado de salud de las personas mexicanas con experiencia migratoria. Sin embargo, son pocos los que analizan desde una perspectiva transnacional lo que ocurre en la población mexicana que retorna y en aquellas personas con las que se relaciona a través de las fronteras. Este proyecto de titulación tiene como propósito aportar información acerca de cómo los prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano percibieron la aculturación alimentaria y su relación con el proceso salud-enfermedad de quienes migran y retornan de EEUU.

La importancia de analizar su percepción consiste en que mantienen una interacción frecuente con la población mexicana migrante y retornada, así como con las personas con las que ésta establece un vínculo en las localidades de origen y destino, convirtiéndolos en testigos de lo que sucede con su estado de salud y su alimentación. Además, son estas percepciones las que guían la manera en que los prestadores se relacionan y dan atención y educación en salud y nutrición a quienes han migrado y retornado. Al ser una percepción poco estudiada en el campo de la nutrición y la salud, se espera que la información obtenida en este proyecto contribuya a ampliar el conocimiento de lo que sucede con la alimentación y la salud de quienes migran y retornan, así como con quienes mantienen un vínculo a través de las fronteras. Otra de las expectativas de este proyecto es que los hallazgos aporten evidencia para futuros proyectos que ayuden a la toma de decisiones que favorezcan el desarrollo de intervenciones, programas y políticas públicas enfocadas en la alimentación y nutrición de las personas migrantes, retornadas y de las comunidades receptoras de estas poblaciones.

Objetivo general

Describir las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano respecto a la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, con el propósito de explorar el proceso de aculturación alimentaria transnacional.

Objetivos específicos

1. Identificar las percepciones acerca de lo que ocurre en la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en población mexicana migrante y retornada de EEUU, provenientes de prestadores de servicios de salud alópatas que dan atención en salud a en las localidades de origen y destino.
2. Analizar las similitudes y diferencias de las percepciones de los prestadores de servicios de salud alópatas respecto al proceso de aculturación alimentaria transnacional.

Material y métodos

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo exploratorio descriptivo en el que se empleó una metodología cualitativa para conocer las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano, acerca de la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, entre ella quienes retornan, esto con el objetivo de explorar el proceso de aculturación alimentaria transnacional.

La información utilizada provino de la base de datos cualitativa del estudio “*La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago*”, realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) durante el período 2009 – 2012. El objetivo del estudio fue conocer, a través de una metodología mixta, la utilización transnacional de recursos y servicios en salud de la población mexicana migrante en EEUU. Como se muestra en la figura 2, en el componente cualitativo se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas mientras que en el cuantitativo se llevaron a cabo encuestas. Ambos componentes contaron con la participación de diferentes actores sociales relacionados con el proceso de migración y salud, entre ellos: hombres con y sin experiencia migratoria a EEUU, prestadores de servicios de salud alópatas (públicos y privados), médicos tradicionales y empleadas de servicios de paquetería.

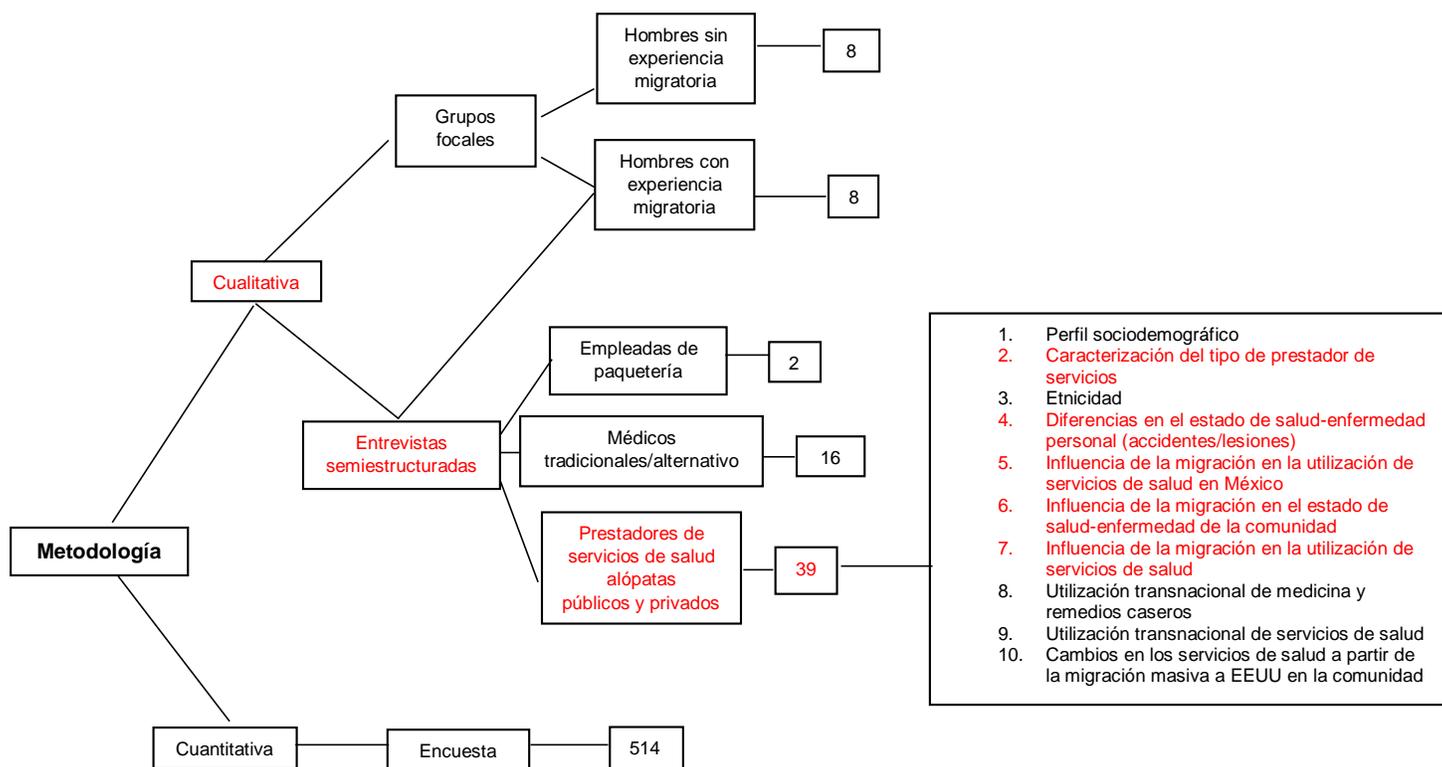
Para este proyecto de titulación, se analizaron 34 entrevistas semiestructuradas realizadas a 39 prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano. La guía de entrevista semiestructurada (anexo 1) abordó diversos temas ordenados en diez secciones, entre ellos, las enfermedades identificadas en la población migrante, cómo se actuaba ante ellas, los intercambios bidireccionales de información, productos, dinero, etc., así como aspectos relacionados con la utilización de los servicios de salud en México y EEUU.

Los datos que se analizaron para fines de este estudio pertenecían a las siguientes cinco secciones que conformaban la guía de entrevista semiestructurada:

1. Caracterización del tipo de prestador de servicios: grado de estudios, funciones, recursos materiales y humanos con los que contaba el prestador de servicios de salud
2. Diferencias en el estado de salud-enfermedad personal (accidentes/lesiones): diferencias entre el estado de salud de la población migrante y la no migrante por grupo de edad
3. Influencia de la migración en la utilización de servicios de salud en México: acciones en salud que realizaban la población migrante y sus familias a partir de la experiencia migratoria
4. Influencia de la migración en el estado de salud-enfermedad de la comunidad: conductas positivas y negativas en salud de la población migrante y cómo influían en la comunidad
5. Influencia de la migración en la utilización de servicios salud: patrones de utilización de los servicios de salud por parte de la población migrante

En la figura 2 se esquematiza el estudio de origen completo, y en letras rojas se enfatizan los datos que se utilizaron en este proyecto.

Figura 2. Metodología utilizada en el estudio “La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago”.



Fuente: Elaboración propia con datos del proyecto “La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago”.

Población de estudio

La población seleccionada que participó en el estudio del que emerge este proyecto, corresponde a 39 prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano que daban atención en salud a población con experiencia migratoria México - EEUU en las localidades de origen y destino. Estos se desempeñaban como: personal médico (25 informantes), personal de enfermería (8 informantes), personal directivo (3 informantes), intérpretes español-inglés (2 informantes) y personal promotor de salud (1 informante).

La razón por la que se seleccionaron de entre los demás informantes consiste en el contacto que mantienen con la población mexicana migrante antes, durante y después de la migración. La percepción que tienen acerca de lo que ocurre en la alimentación y la relación de ésta con la presencia de enfermedades en el transcurso del proceso migratorio, contribuye a conocer y describir mejor la situación y circunstancias de las personas que migran y retornan, además de ayudar a conocer el proceso alimentario bajo condiciones de migración internacional.

En el cuadro I se describen las características de las localidades de origen y destino en donde se encontraban los informantes clave, además del número de entrevistas obtenidas en cada una de ellas. Las localidades de origen en México se seleccionaron a partir de los siguientes criterios: localidad de tipo rural (menos de 2,500 habitantes), con uno o más centros de salud públicos, perteneciente a distintas regiones geográficas migratorias en México (tradicional, centro y sur-sureste), diferente grado de intensidad migratoria (bajo, medio o alto), y con un importante flujo migratorio México-EEUU.

El estado de California se eligió por ser el que cuenta con el mayor número de población mexicana migrante en EEUU. Las cinco localidades pertenecientes a California se escogieron por diversos motivos, entre ellos el hecho de que la población con experiencia migratoria que participó en el estudio las señaló como principales lugares de destino debido a que era ahí donde mantenían más redes sociales.

Cuadro I. Características de las localidades de origen y destino donde se realizaron las entrevistas.

ESTADO	MUNICIPIO	GRADO DE INTENSIDAD MIGRATORIA, 2010*	REGIÓN MIGRATORIA*+	ENTREVISTAS REALIZADAS A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ALÓPATAS
Guanajuato	Yuriria	Alto	Tradicional	12
Jalisco	La Barca	Medio	Tradicional	6
Puebla	Izúcar de Matamoros	Alto	Centro	6
Oaxaca	Tecomaxtlahuaca Juxtlahuaca	Alto Bajo	Sur-Sureste	8
California, EEUU	Ventura, Santa Barbará, Kern y Madera	Estado con el mayor número de población migrante mexicana+		7
Total				39

Fuente: elaboración propia a partir del proyecto "La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago".

* Índices de intensidad migratoria, CONAPO 2010. Pp17

+ El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos, CONAPO. Pp78-94

Los criterios de inclusión para la selección de la información de la base de datos cualitativos utilizados para este proyecto de titulación fueron:

- Entrevistas realizadas con prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano, entre los que se incluyen intérpretes de lengua indígena o español-inglés, que:
 1. Den servicios en salud de forma pública y/o privada en las localidades de origen o destino seleccionadas
 2. Atiendan a población relacionada con el proceso migratorio México – EEUU

Y se excluyeron:

- Entrevistas realizadas con prestadores de servicios de salud tradicionales/alternativos y hombres con experiencia migratoria
- Transcripciones de los grupos focales realizados con hombres con y sin experiencia migratoria

Procesamiento y análisis de la información

El análisis de contenido temático se eligió como metodología por ser uno de los más utilizados en el campo de la salud, además de que aporta grandes ventajas para la exploración de temas incipientes relacionados con grupos de características particulares(27), como es el caso de las poblaciones con experiencia migratoria.

Para el procesamiento de los datos, los testimonios de los informantes, contenidos en las cinco secciones de la guía de entrevista antes mencionadas, se organizaron en matrices. Los testimonios elegidos debían reflejar las percepciones de los prestadores de servicios de salud alópatas (públicos y privados) acerca de lo que ocurre en la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en personas con experiencia migratoria México – EEUU. Cada matriz contenía lugar e informante, testimonio textual, tema al que hacía referencia el testimonio e interpretación del testimonio. Ello permitió la familiarización de los datos, y la identificación de temas. Al clasificar dichos temas en grandes áreas, se definieron las categorías o códigos para hacer el análisis de contenido temático, mismos que se describen a continuación:

- Desnutrición/Anemia
- Obesidad/Sobrepeso
- Estatus de cambios en la alimentación: con y sin
- Estatus de cambio en el estado de salud y nutrición: con y sin
- Presencia de enfermedades crónico degenerativas no transmisibles
- Influencia del ingreso económico sobre las decisiones en alimentación
- Retorno por motivos de salud
- Otro tipo de enfermedades relacionadas con la alimentación
- Percepción del migrante sobre su alimentación y la presencia de enfermedades
- Envío de remesas alimentarias

Después de realizar la codificación de los testimonios, se identificaron las similitudes y diferencias entre las percepciones de prestadores de servicios de salud alópatas respecto a la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en personas mexicanas migrantes y retornadas de EEUU, con el propósito de explorar el proceso de aculturación alimentaria transnacional.

Análisis de factibilidad

Este proyecto de titulación se realizó con recursos financieros y materiales propios. Los recursos humanos fueron conformados por el comité asesor y la alumna que desarrolló el proyecto. El tiempo planeado para el análisis e interpretación de la información obtenida, una vez aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, comprendió los meses de abril a junio de 2018.

De acuerdo a las razones expuestas anteriormente, este proyecto surge en un período en el que el proceso migratorio México – EEUU atraviesa por importantes cambios de tipo político, económico y social, por lo que su realización resulta pertinente y útil si se desea conocer más acerca de la alimentación y el estado de salud de las personas mexicanas migrantes, incluidas aquellas que retornan.

Consideraciones éticas

La realización de este proyecto no presentó conflictos de interés de tipo institucional, financiero o personal. Las 34 entrevistas semiestructuradas realizadas a los 39 prestadores de servicios de salud alópatas de origen mexicano que se analizaron, forman parte de la base de datos cualitativos del estudio *“La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago”*, llevado a cabo durante el periodo 2009 – 2012 y que fue previamente aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

La participación de los informantes clave se llevó a cabo de forma voluntaria y sin riesgo alguno. Se les proporcionó un consentimiento informado en el que se les explicó que sus datos serían recabados y almacenados bajo principios de confidencialidad y respeto. Es por ello que el nivel de riesgo para este proyecto de titulación es mínimo. En la sección de anexos se adjunta la carta en la que el investigador principal del estudio autorizó el uso de la base de datos cualitativos, y en la que se establece el compromiso de mantener la confidencialidad y privacidad de la información de acuerdo a los principios éticos de investigación.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis de los testimonios acerca de lo que sucede en la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades en la población mexicana migrante y retornada, desde la percepción de prestadores de servicios de salud alópatas (públicos y privados) de origen mexicano, que daban atención en salud a personas con experiencia migratoria a EEUU en las localidades de origen y destino.

Cambios percibidos en la alimentación de la población mexicana con experiencia migratoria a EEUU

Con excepción de una prestadora del estado de Puebla, la cual expresó que la alimentación de la población infantil y adulta mexicana migrante no presentaba cambios, el resto de los prestadores de servicios de salud alópatas entrevistados, percibieron que sí ocurría un cambio en la alimentación de las personas mexicanas con experiencia migratoria a EEUU. Los testimonios indican que entre los cambios percibidos estaban los relacionados con la forma de cocinar y el tipo de alimentos que consumían. Refirieron que la ingesta de bebidas azucaradas (refrescos y jugos), pastas, comida rápida como hamburguesas, pizza e incluso comida de otros países aumentó considerablemente dejando de lado, de forma consciente o inconsciente, el consumo de alimentos tradicionales mexicanos, los cuales consideraban más naturales, nutritivos, saludables y frescos. Percibieron que el entorno físico y social eran de los principales factores que incidían para que la población migrante adoptara estas prácticas alimentarias.

“Tienen su refri y a lado del refri tienen como cinco o seis cajas de Coca Cola, porque es lo que más se toma, Coca Cola y cuando van al súper ahí se traen sus paquetes, pero de refresco, se traen como cinco o seis paquetes aparte de jugos para los niños, traen litros de jugos, no traen tres botecitos, son litros, traen los galones que es lo que ellos más compran allá, los galones de jugo... pero lo que te digo la bebida es lo que más he visto que le entran, le entran mucho al refresco...

(...) cuando llegan allá cambian totalmente desde la alimentación, pero más en la forma, porque llegan y que hacen, tienes que preparar de comer, en el pueblo estas acostumbrada a cocinar con leña, hacer tortillas, obtener todo, pero pues de tu parcela o ir a el mercado de Putla o Juxtlahuaca y allá es diferente...” (Médico privado 1, Oaxaca)

En cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, consideraron que comer sanamente en EEUU era más caro que en México, esto debido a que los alimentos saludables no eran fáciles de encontrar y eran menos asequibles. Solo un prestador identificó que los cambios ocurridos en la alimentación eran benéficos, debido a que en EEUU los alimentos eran de mejor calidad nutricional, mientras que en México solo se podía comer sanamente con un buen ingreso económico. En relación con lo anterior, los prestadores de salud percibieron que quienes migraban eran personas de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo provenientes de lugares con alta marginación, por lo que al llegar a EEUU adquirirían empleos en los que las jornadas laborales eran extenuantes. Esto provocaba que el tiempo destinado a la alimentación durante la jornada laboral fuera poco o nulo y, aunque algunos tenían mayores ingresos económicos, los alimentos que consumían eran muy poco saludables.

“entran a las seis de la mañana a trabajar, les dan quince minutos a las ocho, o a las nueve ... y a las doce les dan media hora para el lonche, entonces no le dan tiempo de lavarse las manos, que si les obligan a tener un baño ahí con agua corriente, la gente pues en esos quince minutos lo que quiere es comer, entonces no va a tener cuidado de lavarse las manos o calentar sus alimentos, entonces se lo come como puede en el surco, ... o sea no tiene la rica opción de lavarse las manos..., y en la media hora igual, o sea también la gente, la prisa, la prisa, entonces eso es un problema...”

(Médico privado 1, California)

“...mala alimentación, porque los ponen a trabajar tan fuerte psicológicamente, tienen que hacer tantas cajas, y ellos dicen, pues sí me pagan la caja así pues tengo que acelerarle y a veces ni comen por estar trabajando...”

(Enfermera técnica pública 1, California)

En el caso de la población adulta migrante, dos prestadores identificaron que quienes migraban a EEUU con sus familias, a diferencia de la población joven que migraba sola, trataban de conservar prácticas alimentarias lo más parecidas a las que tenían en México.

“...la gente que lleva su esposa, ellos no comen esas cosas, compran Maseca y en la casa hacen tortillas, las mujeres se paran desde las cuatro de la mañana porque se van a ir a trabajar a las cinco, seis, se paran a las cuatro de la mañana, hacen su tortilla, ellas mismas cocinan, compran todo lo necesario para hacer una comida muy parecida a la que hacían en México y ya preparan su comida, pero esa es gente un poco mayor, mayor de 35, 40 años, pero jóvenes, como van solos pues ellos no se preparan compran todo (...), pero gente que lleva toda su familia comen en casa”

(Médico privado 1, Oaxaca)

Respecto a la alimentación de la población mexicana que retornaba de EEUU, algunos prestadores percibieron que al regresar a México su dieta contenía el mismo tipo de alimentos (referidos como “comida chatarra”) que consumían en aquel país, mientras que la alimentación de la población sin experiencia migratoria era más saludable. Consideraban que la mejora en cuanto al poder adquisitivo por haber migrado a EEUU, les permitía comprar más “comida chatarra” o bien, les facilitaba el acceso a comida más saludable. Además, percibieron que en algunos casos la aculturación alimentaria también influía en los hábitos de la población no migrante de su lugar de origen, principalmente a través de negocios de comida rápida e internacional, la cual no era considerada como saludable.

“La alimentación sí se nota el cambio, se nota muchísimo el cambio porque, en una localidad donde no hay una comida como la pizza, llega un migrante y en seguida piensa poner su puestecito de pizzas, en seguida empieza a poner su puestecito de hamburguesas; entonces empieza a cambiar; a lo mejor aquí teníamos la costumbre de que en la noche se salían a comer, les decimos: las chalupas, les decimos: las gorditas, les decimos, no sé: pambazos, tostadas; y en lugar de comer eso, que es algo más nutritivo que una pizza, se van a comprar una pizza, entonces sí cambia muchísimo su forma de alimentación” (Promotor de salud público 1, Puebla)

“La alimentación, pues vemos que, yo veo que comen más pastas, más harinas, consumen más, porque veo que preparan, nos han invitado a comer varias personas que saben preparar ya comida china, lasañas o comidas italianas, muchas pizzas, hamburguesas; y aquí la gente estamos más acostumbradas a lo normal, que pollo, frijoles, sopas de pasta; lo normal de los pueblos, y ellos traen de allá las ideas de comida más grasosa o mucha pasta” (Médica privada 1, Jalisco)

Se encontró que solo dos médicos y una traductora que daban atención en salud en Oaxaca y California, identificaron el envío de remesas alimentarias entre la población no migrante de México y la población migrante mexicana que reside en EEUU. Dichos informantes refirieron que había personas dedicadas al transporte de alimentos. Mencionaron que cuando la población migrante retornaba de forma temporal a sus localidades de origen, regresaba a EEUU con alimentos típicos como tasajo (carne seca), pescado seco, hierbas, tortillas, totopos, semillas, chile, etc. Uno de los informantes expresó que la presencia de alimentos mexicanos en EEUU era más común debido a esta práctica de enviar o transportar productos alimentarios mexicanos, al grado de que ya eran producidos en aquel país.

“...lo que mandan es comida, a mí me sorprende cómo mandan carne seca de aquí en cajas para allá, pescado seco, si tienes la oportunidad de estar acá el jueves, aquí en la plaza hay una calle que yo no sé cómo se comen ese pescado, traen pescado seco ahí, que se ve panales de moscas encima y así igual, lo echan en cajas y órale; y la carne seca toda mosqueada...” (Médico privado 2, Oaxaca)

“Hay personas que se dedican a llevar, así como hierbas y estas cosas, pues llevan alimentos ¿no? Tasajo, cecina, no sé qué tantas, totopos, tortillas...” (Médico privado 3, Oaxaca)

“De allá para acá, bueno pues de allá para acá lo que no hay aquí, este que viene siendo la comida. La comida, la familia carga con ellos sus costumbres y tradiciones, cuando vienen traen semillas, traen chile, traen, aunque ahora en estos tiempos ya se está empezando también a producir aquí mismo, por lo mismo que han traído las cosas, se ha empezado a producir, pero ellos, la familia cuando va a Oaxaca o al lugar de origen siempre traen, las semillas, las semillas de calabaza, los chiles secos” (Auxiliar clínico y traductor público 2, California)

Presencia de enfermedades relacionadas con la alimentación

Pocos fueron los prestadores que no percibieron cambios en el estado de salud de la población mexicana migrante; la mayoría identificó la presencia de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes e hipertensión arterial. En cuanto al estado nutricional, los informantes percibieron cambios. Por ejemplo, en la población infantil percibieron que al migrar a EEUU presentaban problemas de anemia y/o desnutrición mientras que al retornar a México padecían sobrepeso u obesidad. Identificaron que la población adulta migrante padecía diabetes, obesidad e hipertensión, por lo que al retornar presentaban graves complicaciones a causa de estas enfermedades. También consideraban que la población migrante tenía un mejor estado de salud y nutrición antes de irse a EEUU. Una de las informantes clave percibió que la población mexicana que decidía migrar era la más joven, fuerte y la que tenía un mejor estado de salud, mientras que los que padecían alguna enfermedad continuaban en el lugar de origen. Por otro lado, un prestador de servicios de salud en California, EEUU, percibió que una vez que la población mexicana se adaptaba al nuevo entorno las diferencias en el estado de salud y nutrición, con respecto al resto de la población que vivía en el lugar de destino, desaparecían.

“...pero tenemos solamente los que están sanos, porque si una persona es esquizofrénica se queda en Oaxaca, no va a venir aquí porque no puede sobrevivir aquí, si esta mayor, mayor no puede trabajar, muchas veces están enviando otra vez a Oaxaca, Estados Unidos tiene el beneficios de tener todo lo más joven, fuerte, saludable, de la población”
(Enfermera especialista pública 1, California)

“...después de tres o cuatro años después de estar aquí ya las condiciones son prácticamente las mismas, o sea ya no hay diferencias... como que la gente rápidamente se adapta, o sea las condiciones lo adaptan ...las condiciones, lo hacen que realmente sean, prácticamente iguales, o sea ahí no encuentro mucha diferencia después de que los de Oaxaca llegan acá, o sea realmente, rápidamente dos, tres años por lo mucho, ya se adaptaron, ya son iguales que los demás. Entonces pues de salud yo los veo casi igual” (Médico privado 1, California)

A continuación, se describen las percepciones acerca de las enfermedades que, de acuerdo al testimonio de los prestadores de salud, más presentaban las personas mexicanas con experiencia migratoria a EEUU, entre ellas quienes retornaban a México.

a) Sobrepeso y obesidad

Todos los prestadores de salud identificaron que una consecuencia de los cambios ocurridos en la alimentación de la población mexicana migrante, es el sobrepeso y la obesidad. Percibieron que en la población infantil es donde más se notaron dichos cambios. Por un lado, identificaron que las y los niños en los lugares de origen, principalmente en zonas marginadas, presentaban más casos de bajo peso y talla, deficiencias nutricionales, desnutrición y anemia. En cambio, la población infantil y adulta que migraba a EEUU desarrollaba problemas de obesidad y sobrepeso en aquel país. Aun cuando reconocieron que en México la población sin experiencia migratoria también presentaba estas enfermedades, consideraron que el grado de obesidad en la población que retornaba de EEUU era mayor.

“...es donde hay más deficiencias, sobre todo en la gente que acaba de llegar, o sea indígenas de Oaxaca, porque atiendo también muchos de Oaxaca, que tienen poco tiempo de haber llegado, uno o dos años...las deficiencias nutricionales están muy marcadas” (Médico privado 1, California)

“...pero ves un niño de allá y viene de 17 años y parece uno de 20: gordos, todos obesos; es como unos días de plaza cuando me salgo a la sala que se llena, veo y “Ah, esos son hijos de migrantes”, sabes porque son unas cosotas así...”
(Médico privado 1, Oaxaca)

“Generalmente los niños que han estado en otro país o están, pues vienen con una obesidad, porque su tipo de alimentación es inadecuada” (Médico público 1, Puebla)

“Regularmente son obesos, o sea, hay mucha obesidad en niños que vienen de allá aquí...eso es lo que veo yo que sí, será por la alimentación que es diferente, aquí también en México hay mucha obesidad, pero sí noto eso, que los niños pequeños están muy gorditos, demasiado obesos” (Enfermera técnica pública 2, Guanajuato)

b) Enfermedades crónico degenerativas no transmisibles

Entre las enfermedades percibidas en la población migrante adulta, se encontraron a las denominadas crónico degenerativas no transmisibles (ECDNT) principalmente diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, considerando que estaban fuera de control debido al gran número de casos que encontraron. Los prestadores que daban atención en salud en el estado de Guanajuato percibieron que tanto la población mexicana sin experiencia migratoria como la migrante, presentaba casos de ECDNT desde edades tempranas, ya que identificaron a población infantil y joven con diabetes e hipertensión.

Solo quienes daban atención en salud en México, reconocieron que entre los principales motivos por los que la población adulta mayor migrante con diabetes e hipertensión retornaba, era porque presentaban etapas muy avanzadas de estas enfermedades, por lo que “solo regresaban solo a morir”.

“...entonces pues sí aumentan con problemas de obesidad, presión, diabetes; y hay varios también que vienen de Estados Unidos, que ya vienen con ese problema, lo que es la presión, diabetes” (Enfermera privada 1, Puebla)

“...hay niños diabéticos ya con problemas serios de los 13 años a los 7 años que vienen de Estados Unidos”
(Médico privado 1, Guanajuato)

“De los treinta y tantos años hay muchos hombres que ya vienen con problema de presión, diabetes, la azúcar la traen muy alta; ahorita nada más chequé un señor, no está grande y trae su azúcar bien alta y acaba de llegar”
(Enfermera técnica pública 2, Guanajuato)

“Si, si, si, igual, casos de diabetes, complicaciones de diabetes, de esos casos sí sé que han regresado, algunos ya regresan ya muy mal, llegan, duran meses y fallecen” (Médico privado 1, Oaxaca)

“Yo creo que en el año serán unos 20, 30 personas que se regresan por problemas de salud, exclusivamente por problemas de salud, entre 20 y 30 personas” (Médico privado 1, Puebla)

c) *Otro tipo de enfermedades relacionadas con alimentación*

En relación con otras enfermedades, expresaron que en la población infantil con experiencia migratoria se presentaban, al momento de su retorno, enfermedades de tipo gastrointestinal (diarrea, vómito y falta de apetito), principalmente por el cambio de alimentación al llegar a México. En el caso de la población migrante adulta que retornaba, percibieron que presentaba enfermedades como litiasis renal y vesicular, problemas hepáticos y colitis, lo cual asociaron a la mala alimentación llevada en EEUU.

“Digestivas, enfermedades digestivas principalmente y a veces disminuye su apetito, entonces es lo que principalmente nos han comentado las mamás, qué es lo que pasa con ellos, ya conforme pasa el tiempo, pues ya se van adaptando un poquito al tipo de alimentación y todo, pero sí padecen ese tipo de cuestiones”
(Médica pública 1, Puebla)

“De lo que sí se enferman es de diarreas, mientras que se acostumbran” (Enfermera pública 1, Jalisco)

“...o sea, no se enferman tanto de diarrea; los niños que vienen de Estados Unidos pues no tienen las mismas bacterias, las mismas patologías y en cuanto llegan es bien segurito que al ratito ya empiezan con infecciones intestinales y respiratorias, y pues nada más así” (Médica privada 2, Guanajuato)

Además de las percepciones relacionadas con los cambios en el estado de nutrición y salud anteriormente mencionadas, los informantes identificaron que la población mexicana que migraba a EEUU reducía su práctica de actividad física y ejercicio. Solo dos prestadores que daban atención en salud en México refirieron que en EEUU “la cultura del cuidado de salud” era más avanzada, por lo que la población joven migrante que adoptaba

esta “cultura”, al retornar, algunas veces influía positivamente en que la población joven no migrante realizara ejercicio. Sin embargo, también la inducía a consumir drogas o suplementos para mejorar su rendimiento físico, situación que fue percibida como una influencia negativa.

La mayoría de los prestadores de servicios de salud percibieron que la población no migrante realizaba más actividad física por lo que tenía un mejor estado de salud mientras que, en EEUU, si la población mexicana no trabajaba en el campo, tenía una vida más sedentaria condicionándola a que presentara más enfermedades como diabetes y obesidad.

“Estamos de acuerdo que en Estados Unidos tienen una cultura un poquito más, no avanzada, un poquito más delicada en cuanto a lo que es el cuidado personal, los chavos, son muy dados al físico y ese tipo de cosas, entonces muchos de los que regresan, ya regresan así medios y entonces influyen en los chavitos y se ponen a hacer ejercicio, adelante; pero muchos de los que vienen se ponen a hacer ejercicio y también consumen esteroides, ahí ya es mala, ya deja de ser buena del ejercicio, para pasar a una actitud negativa por los esteroides” (Médico público 1, Oaxaca)

“...aquí el problema la falta de ejercicio, aquí la gente no quiere caminar, van al correo que está aquí a la vuelta y se van en carro para no caminar una cuadra, entonces esa es, eso es lo que les hace daño que la gente que trabaja en el campo no pues si yo trabajo ocho horas, caminando, pero no es lo mismo una rutina de media hora de ejercicio que le ayude con sus sistema cardiovascular, cardiorrespiratorio, bascular, que el andar trabajando ahí en sus jornadas que tienen en el campo...”
(Médico privado 1, California)

“...cuando paren de trabajar en el campo, paran estos beneficios también de actividad física, a menos que adopten el estilo de americano de alto ingreso, de ok yo voy a hacer mi ejercicio en el gimnasio cada día, hay queda ese grupo en la mitad que no han desarrollado ese hábito de hacer ejercicio, pero tampoco no trabajan físicamente más, están en mucho riesgo de salud en mi opinión...” (Enfermera especialista pública 1, California)

Influencia de las representaciones culturales, del cuerpo y enfermedades sobre los cambios alimentarios

Los prestadores públicos y privados que daban atención en California, refirieron que implementaban talleres para educar y orientar a la población migrante acerca de cómo preservar la salud. Entre otros temas de salud, mencionaron aquellos con el propósito de evitar enfermedades como diabetes e hipertensión arterial y cómo llevar una alimentación saludable. A través de estos talleres y de las consultas médicas impartidas por los prestadores de salud en México, identificaron que la población migrante no sabía por qué enfermaba de diabetes e hipertensión.

Adicionalmente se encontraron con que la población migrante consideraba que tener un exceso de peso era señal de que estaban sanos o bien alimentados. Por otro lado, mencionaron que había personas que percibían que al aumento de peso en EEUU se daba de forma muy fácil, por lo que debían de tener más cuidado en el tipo de alimentos que elegían y consumían, a diferencia de cuando vivían en México.

“...oye estas gordito, no, es que ya como mejor, o sea la gente piensa que estar gordito es sinónimo de comer mejor...les comentamos que el aumento de peso puede llevar a diabetes, es cuando la gente empezó a decir, no pues es que no es posible, le digo pues es que así es, no hay de otra de cómo te de la diabetes porque si”
(Médico privado 1, Oaxaca)

“...ellos tienen mucho miedo a que les da diabetes e hijole ya se sienten muy mal... es como algo muy, muy malo, saben que no se cura, entonces yo creo que eso simboliza a que es algo muy malo, a pesar de que les digo que se pueden controlar si llevan bien su dieta” (Médico privado 1, Puebla)

“...muchas personas no entienden porque da diabetes y que tiene que ver la diabetes con la azúcar y pues no entienden toda la importancia” (Auxiliar clínica privada 1, California)

“...bueno para mí es totalmente diferente, para mí en mi parecer es bien diferente, porque yo comía muy bien allá [México] y aquí como menos pero aquí me tengo que cuidar para no subir de peso y allá no me cuidaba y nunca subía de peso...” (Educatora en salud y traductora 1, California)

“hasta las mismas señoras dicen: “Uy, nosotros allá [EEUU] hasta el agua nos engorda”
(Enfermera técnica pública 1, Guanajuato)

Algunos de los prestadores identificaron que el entorno físico y social en el que se desenvolvían las personas migrantes, principalmente las más jóvenes, influía en la identidad cultural de la población, la cual ya no se identificaba como de origen mexicano indígena. Uno de los prestadores en salud de Puebla, identificó que la “ideología” de la población infantil que retornaba era diferente, influyendo sobre la práctica de algunos juegos o actividades que eran comunes en la localidad de origen.

“...toda esa migración vamos adoptando muchas cosas, que aparentemente son buenas, aparentemente que nos estamos como civilizando, como que estamos aprendiendo a comer ciertas cosas,... estamos aprendiendo porque la estructura del sistema nos está encaminando a ciertas cosas programadas, pero dentro de todas esas cosas hay muchas cosas que nos afectan, culturalmente a veces, porque los niños ya no se quieren identificar, que son de alguna comunidad indígena” (Auxiliar clínico y traductor público 2, California)

“...y que sí llegan con otra ideología, llegan ya con la idea de Play Station, del Xbox; y ya dejan a un lado el jugar más en la tierra, jugar en el campo...” (Médico privado 1, Puebla)

Discusión de resultados

Los resultados descritos en la sección anterior muestran que, con excepción de una médica, los prestadores de servicios de salud alópatas públicos y privados de origen mexicano, percibieron que sí existía un cambio en la alimentación de las personas con experiencia migratoria a EEUU, entre ellas quienes retornaban, lo cual se veía reflejado en su estado de salud y nutrición. Esto coincide con los hallazgos de otros estudios realizados con población mexicana en EEUU, los cuales demostraban que esta población aumentaba su consumo de comida rápida y bebidas azucaradas, disminuyendo la ingesta de alimentos mexicanos tradicionales como tortilla, chile y frijol. Además de que las técnicas de preparación, el tiempo destinado a la ingesta de alimentos y bebidas, así como la accesibilidad y disponibilidad de alimentos eran algunos de los factores que también se modificaban durante la estancia en aquel país(10–12).

Este proyecto aporta algunos elementos para comprender un poco mejor el fenómeno alimentario en la población mexicana migrante activa y retornada de EEUU. Entre estos se encuentra la descripción de los cambios ocurridos en el estatus alimentario y de salud de la persona migrante en la localidad de destino, así como lo que sucedía cuando retornaba a la localidad de origen. También expone la doble carga del desbalance alimentario que se identificó en la población infantil con y sin experiencia migratoria. La evidencia de una aculturación alimentaria bidireccional y de cómo influyeron los aspectos culturales sobre las percepciones de la alimentación y su relación con la presencia de enfermedades, son dos de los elementos más importantes que aporta este proyecto. A continuación, se ahonda en cada uno de estos elementos.

En cuanto a los cambios en el estatus alimentario y de salud, los prestadores percibieron que las ECDNT como diabetes e hipertensión arterial se presentaban más en población adulta y adulta mayor con estatus migratorio activo y de retorno. Respecto al sobrepeso y la obesidad identificaron un aumento, con excepción de la población joven, en casi todos los grupos de edad; sin embargo, la mayoría de los prestadores refirieron que la obesidad en la población infantil que retornaba era uno de los principales problemas de salud percibidos en la población mexicana con experiencia migratoria a EEUU. Estos cambios en el estado de salud y nutrición fueron vinculados a varios factores durante su estancia en aquel país. Los aspectos más mencionados fueron la alta ingesta de “comida chatarra” y bebidas azucaradas, la poca práctica de actividad física y ejercicio, el ingreso económico que no les permitía tener una alimentación saludable, la poca disponibilidad y accesibilidad a alimentos más sanos, así como el ambiente físico y social que influían constantemente en sus prácticas de alimentación. A través de los testimonios se pudieron identificar las causas a las que atribuyeron los cambios en la alimentación, y por ende en el estado de salud y nutrición de la población migrante activa y retornada. Entre ellas estaban los factores ligados al entorno físico de EEUU, por ejemplo, la alta disponibilidad de alimentos no saludables en presentaciones de alto volumen o gramaje a precios muy bajos, lo cual influía sobre la elección de alimentos de quienes migraban. Debido a la infraestructura de las casas en EEUU, algunas personas migrantes se veían obligadas, a diferencia de como lo hacían en sus localidades de origen, a cocinar en estufas que usaban gas en

vez de leña. Además, la falta de mercados tradicionales mexicanos y de tierras de cultivo para autoconsumo en las localidades de destino, fueron identificados como factores que modificaban la forma de adquisición y preparación de alimentos que eran comunes en sus localidades de origen.

El ingreso económico también fue percibido como uno de los factores para que la población migrante adquiriera alimentos menos saludables, pues estos eran más asequibles a su economía. Algunas de las personas migrantes a las que se daba atención en salud, provenían de localidades rurales con alta marginación y contaban con un bajo nivel educativo, por lo que al llegar a EEUU se insertaban en empleos menos calificados con largas jornadas laborales. Esto los obligaba a modificar sus prácticas alimentarias si deseaban adquirir mayores ingresos económicos. Algunos de los testimonios relacionaron este aspecto con la presencia de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial en la población adulta y adulta mayor que retornaba a México.

El ambiente social fue percibido como una influencia sobre la identidad cultural de la población migrante, incidiendo en que ésta modificara o conservara sus elecciones y prácticas relacionadas con alimentación. Por un lado, estaban quienes conservaban las prácticas alimentarias aprendidas en México, principalmente la población adulta que migraba con sus familias, probablemente como una forma de fortalecer su sentido de pertenencia a la localidad de origen. Por otro lado, estaba la población que adoptaba muchas prácticas alimentarias de EEUU, principalmente la más joven, lo que tal vez le permitía percibirse como parte de esa nueva cultura al grado de formar una identidad diferente a la de sus predecesores de origen mexicano. Dos de los médicos y una traductora identificaron que había personas que mezclaban las prácticas de alimentación de ambos países a través de la compra de alimentos en EEUU y la recepción de remesas alimentarias provenientes de México.

Estos hallazgos muestran que las condiciones socioeconómicas, así como el ambiente físico y social, incidieron sobre las decisiones en alimentación de la población mexicana que migró a EEUU, repercutiendo sobre su estado de salud y nutrición, aspectos que ya se han documentado en otros estudios(10,12,13). Respecto a la población migrante de retorno, percibieron que las modificaciones ocurridas en la alimentación se reflejaban en el estado nutricional de la población infantil y adulta quienes presentaban graves casos de sobrepeso y obesidad, así como en las complicaciones de salud identificadas en la población adulta y adulta mayor con diabetes e hipertensión arterial.

En relación con la aculturación alimentaria bidireccional, se encontró que existía una influencia transnacional sobre las decisiones en alimentación de quienes habitaban en los sitios de origen y destino. De acuerdo a los testimonios, la influencia en las localidades rurales de origen se dio tanto directamente por las personas migrantes que retornaban, como por el establecimiento de negocios de comida rápida de origen norteamericano o internacional, percibidos como lugares no saludables, lo cual incidía sobre la alimentación de la población sin experiencia migratoria. Aunque pocos prestadores mencionaron los envíos de alimentos tradicionales mexicanos, aun cuando algunos de estos ya se producían en EEUU, sus testimonios son suficientes para plantear que los alimentos característicos del lugar de origen continúan siendo importantes para la población mexicana que migra, quien encontraba la manera de trascender las fronteras nacionales para seguir consumiéndolos.

Probablemente ésta práctica alimentaria ayudaba a reforzar su sentido de pertenencia a las localidades rurales de origen. Aun cuando esto no fue mencionado, el envío de alimentos también pudo incidir sobre las decisiones en alimentación de la población que habitaba en las localidades de destino. Algunos estudios realizados previamente ya han encontrado la influencia de la alimentación de la población mexicana migrante sobre las prácticas alimentarias de la población con la que mantiene un vínculo y que habita en las localidades de destino en EEUU(11,14). Lo anterior muestra que estudiar desde una perspectiva transnacional la aculturación alimentaria de quienes migran, retornan y se relacionan con estas dos poblaciones, aporta mejores elementos, a diferencia de otras perspectivas migratorias, para el análisis de este importante y poco estudiado proceso ocurrido en las localidades de origen y destino.

La doble carga de malnutrición en la población infantil mexicana estuvo presente en los testimonios de los prestadores que daban atención en salud en los sitios de origen o destino. Observaron que, en las localidades rurales de origen, la población infantil sin experiencia migratoria presentaba problemas de desnutrición y anemia debido a la falta de recursos económicos para comprar alimentos de mejor valor nutricional. En cambio, la población infantil que retornaba de EEUU tenía problemas de sobrepeso y obesidad, principalmente a consecuencia de una alta ingesta de “comida chatarra” y bebidas azucaradas.

Los aspectos culturales relacionados con la percepción acerca de los cambios que ocurren en la alimentación y la relación de ésta con la presencia de enfermedades en población mexicana migrante, también fueron identificados en los testimonios de los informantes. Refirieron que gran parte de la población con experiencia migratoria a la que daban atención en salud, entre ella personas que habían retornado de EEUU, pensaba que tener enfermedades como el sobrepeso u obesidad, o “estar gordito”, era “sinónimo” de que se estaban alimentando mejor. Además, expresaron que la población migrante y retornada desconocía que la presencia de enfermedades como diabetes e hipertensión estaban ligadas al exceso de peso. Probablemente esto se debió a que muchas personas conservaban una de las representaciones culturales populares acerca de la relación entre el peso e imagen corporal con el estado de salud. Es decir, ser una persona delgada era percibido como un signo de debilidad y mala alimentación, mientras que “estar gordito” era considerado como un reflejo de estar más sano y fuerte(28,29).

Estas representaciones y aspectos relacionados con la cultura de origen, deben tomarse en cuenta al momento de diseñar e implementar programas y políticas públicas que pretendan mejorar el estado de salud y nutrición de la población mexicana migrante activa y retornada. Con base en las recomendaciones internacionales, tomar en cuenta las expresiones culturales, así como la forma en que las poblaciones conservan y dan importancia a su identidad cultural, puede definir que las intervenciones focalizadas a grupos de población específicos (por ejemplo, personas migrantes), tengan éxito o no(30).

Como se mencionó anteriormente, Fischler(23) refería que la no adopción de prácticas alimentarias de una nueva cultura o entorno, es una de las formas a través de las que el individuo o grupo intenta preservar la identidad cultural propia del lugar de origen. Por ejemplo, la percepción de la prestadora que no identificó cambios en la alimentación de la población con estatus migratorio activo o de retorno, puede deberse a que ambas poblaciones aún conservaban sus prácticas alimentarias de origen, esto como una forma de preservar su identidad cultural.

O bien pudo deberse a que el estado de Puebla, donde ésta daba atención en salud, es uno de los estados con una reciente tradición migratoria a EEUU, por lo que los posibles cambios ocurridos en la alimentación de quienes migraban, retornaban o se relacionaban con estas poblaciones, eran menos perceptibles y generalizados.

Algunos de los testimonios confirmaron que el retorno de la población mexicana iba en aumento, lo cual coincide con algunas de los estudios migratorios descritas anteriormente en este documento. Estas señalan que probablemente las agresivas tácticas derivadas de la nueva política migratoria de EEUU, principalmente dirigida hacia población indocumentada de origen o ascendencia mexicana, continuarán incrementando el retorno de migrantes(6). Uno de los motivos, documentados y percibidos, por los que la población mexicana retorna, se relaciona con su estado de salud(6). Dentro de las personas que retornan pueden encontrarse transformaciones negativas en su alimentación y que influyan sobre su estado de salud. De suceder así, el sistema de salud mexicano tendría que atender migrantes con enfermedades como sobrepeso, obesidad, diabetes, dislipidemias e hipertensión, con posibles consecuencias sobre el gasto económico en salud. Por ello, es de suma importancia seguir explorando lo que sucede en la alimentación y cómo se relaciona ésta con la presencia de enfermedades en personas mexicanas migrantes activas y retornadas de EEUU, para diseñar acciones y estrategias que se anticipen a esta situación.

Este proyecto aporta elementos suficientes para guiar a futuras investigaciones que estudien el proceso de aculturación alimentaria de migrantes activos y retornados, así como en aquellas personas que se relacionan con estas dos poblaciones. Algunas de las preguntas que pueden permitir profundizar en este tema son:

¿Cuál es el estado nutricional de la población mexicana que retorna de EEUU?

¿Cómo influyen los cambios alimentarios en la población migrante activa y retornada sobre su estado de salud?

¿Cómo se modifica el estado de salud y nutrición de las familias de personas con experiencia migratoria a EEUU que permanecen en el lugar de origen?

¿Existe una influencia transnacional en las prácticas alimentarias de las personas que permanecen en el lugar de origen y que mantienen un vínculo con la población migrante que vive en EEUU?

¿Las prácticas alimentarias de la población mexicana migrante que vive en EEUU influyen sobre las decisiones alimentarias de las personas que habitan en el lugar de destino?

¿Cómo influyen los cambios alimentarios adoptados en EEUU sobre la identidad cultural de la población mexicana que migra y de la que permanece en las localidades de origen?

¿Cuál es el costo económico de atender a población mexicana con padecimientos ocasionados por los cambios alimentarios ocurridos en EEUU para el sistema de salud mexicano?

Conclusiones

Como se documentó, se prevé que el retorno de la población mexicana que ha migrado a EEUU continúe en aumento. Ante esto, resulta imperante explorar lo que sucede con su alimentación, estado de salud y nutrición. Aunque actualmente existe abundante evidencia científica acerca de lo que sucede en el caso de los migrantes activos, la información relacionada con la población que retorna aún es escasa. Los elementos aportados por este proyecto permiten conocer, desde la percepción de prestadores de servicios de salud, los cambios ocurridos en la alimentación y la relación de ésta con la presencia de enfermedades en población mexicana con experiencia migratoria a EEUU, entre ella la que retornaba.

Estudiar el proceso de aculturación alimentaria desde una perspectiva transnacional también permitió conocer, con base en las percepciones de los informantes, algunos de los cambios que sucedieron en las practicas alimentarias de las personas en las localidades de origen que mantenían un vínculo con población migrante activa y retornada a través de las fronteras nacionales. Este es uno de los pocos proyectos encontrados que estudiaron bajo esta perspectiva algún tema relacionado con la nutrición y salud de quienes migran o retornan. Como se mencionó anteriormente, esta perspectiva permite abordar elementos relacionados con los procesos que vive la población migrante y retornada, campo poco explorado en la salud y nutrición pública.

Se espera que los hallazgos puedan guiar a futuras investigaciones encaminadas a explicar lo que sucede en la alimentación y el estado de salud de las personas migrantes y retornadas. De modo que contribuyan a aportar evidencia que favorezca el desarrollo de programas y políticas públicas en nutrición y salud focalizadas a población migrante, retornada y la que reside en las localidades receptoras de estas poblaciones.

Recomendaciones

A partir de la información obtenida se elaboran recomendaciones con el propósito de que propicien profundizar en la información en salud y nutrición de la población mexicana migrante. Entre estas recomendaciones se encuentra la creación y apoyo a los proyectos con metodologías que permitan conocer lo que sucede con la alimentación y el estado de salud de la población mexicana migrante activa y retornada de EEUU. Esto puede contribuir a fortalecer la evidencia científica favoreciendo, a su vez, la creación de estrategias dirigidas a estas poblaciones con experiencia migratoria, como a quienes mantienen un vínculo con ellas a través de las fronteras.

Aunque los programas y políticas dirigidas a población migrante no fue un tema estudiado en este proyecto, al explorar las fuentes de información se encontró que el único programa en salud en México dirigido a la población migrante es el programa “Vete sano regresa sano” de la Secretaría de Salud. Este programa no posee un componente alimentario específico, por lo que incluirlo aumentaría la vigilancia y control del estado nutricional de la población con experiencia migratoria a EEUU.

Asimismo, se recomienda a los tomadores de decisiones que dirijan su atención hacia esta población la cual, con base en la evidencia, continuará en aumento. Se recomienda la elaboración e implementación de estrategias, acciones, programas y políticas dirigidas a vigilar y mejorar el estado nutricional y de salud de la población migrante activa y retornada, así como de las personas que mantienen vínculos con ellas en las localidades receptoras.

Limitaciones del estudio

La información obtenida de los testimonios de prestadores de servicios en salud alópatas públicos y privados de origen mexicano, permitió cumplir con los objetivos de este proyecto. Sin embargo, una de las limitaciones consistió en que el estudio original no pretendía estudiar la aculturación alimentaria sino el uso transnacional de recursos en salud, por lo que no se pudo profundizar en la información.

Otra de las limitaciones es el tiempo que ha transcurrido desde que se realizaron las entrevistas a los prestadores de salud. Esta constituye una limitación recurrente en análisis de datos secundarios. El estudio del que emergió este proyecto fue realizado por investigadores del INSP durante el periodo 2009 - 2012. Con el transcurso del tiempo algunas de estas percepciones pudieron haber cambiado, así como las situaciones a las que se enfrentaba la población mexicana migrante y retornada. Sin embargo, los hallazgos de este proyecto permiten explorar y plantearse más preguntas con respecto a los cambios alimentarios y su relación con las enfermedades que presenta la población mexicana que migra y retorna de EEUU, campo aún virgen en la salud pública y la nutrición.

Referencias

1. Satia-About a J. Dietary acculturation : definition, process, assessment, and implications. *Int J Hum Ecol.* 1 de enero de 2003;4(1):71-86.
2. Ibarra Mateos M, Guarnizo L. Migración: reconfiguración transnacional y flujos de población. 1a ed. Puebla, México: Universidad Iberoamericana Puebla; 2007:23-48.
3. Afable-Munsuz A, Mayeda ER, Pérez-Stable EJ, Haan MN. Las generaciones de inmigrantes y sus descendientes y el riesgo de diabetes en la población de los Estados Unidos de origen o ascendencia mexicana: el Estudio sobre Envejecimiento en Latinos del Área de Sacramento (estudio SALSA). *Rev Panam Salud Pública.* agosto de 2013;34:137-46.
4. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the mexican family life survey. *Am J Public Health.* Enero de 2008;98(1):78-84.
5. González-Vázquez, T, Torres-Robles, C, & Pelcastre-Villafuerte, B. Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México* 2013;55(4):477-484.
6. Gandini, L., Lozano-Ascencio, F., Gaspar-Olvera, S. El retorno en el nuevo escenario de migración. *Consejo Nacional de Población.* México, 2015:13-148.
7. Massey DS, Pren KA, Durand J. Nuevos escenarios de la migración México-Estados Unidos: Las consecuencias de la guerra antiinmigrante. *Papeles Poblac.* septiembre de 2009;15(61):101-128.
8. Consejo Nacional de Población. Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos. *Consejo Nacional de Población.* 2010:12-28.
9. Alonso Meneses G. Recesión económica, reflujos migratorios y violencia antiinmigrante entre México y Estados Unidos. *Norteamérica.* Diciembre de 2012;7(2):221.
10. Gray VB, Cossman JS, Dodson WL, Byrd SH. Dietary acculturation of Hispanic immigrants in Mississippi. *Salud Publica Mex.* Octubre de 2005;47(5):351-360.
11. Batis C, Hernandez-Barrera L, Barquera S, Rivera JA, Popkin BM. Food acculturation drives dietary differences among Mexicans, Mexican Americans, and Non-Hispanic Whites. *J Nutr.* Octubre de 2011;141(10):1898-1906.
12. Pérez-Escamilla R. Acculturation, nutrition, and health disparities in Latinos. *Am J Clin Nutr.* Mayo de 2011;93(5):1163S-1167S.

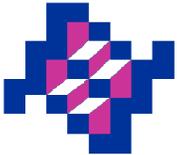
13. Ullmann SH, Goldman N, Massey DS. Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Soc Sci Med* 1982. Agosto de 2011;73(3):421-428.
14. Arenas- Monreal, L. et al. Cambios alimenticios en mujeres morelenses migrantes a Estados Unidos. *Salud Publica Mex* 2013;55:35-42.
15. González-Vázquez Tonatiuh. Transferencia de remesas a los migrantes desde localidades rurales mexicanas como alternativa a los obstáculos de acceso a los productos y servicios de salud norteamericanos (tesis). El Colegio de Morelos; 2017.
16. Urquia ML, Gagnon AJ. Glossary: migration and health. *J Epidemiol Community Health*. Mayo de 2011;65(5):467-472.
17. Schiller NG, Basch L, Blanc-Szanton C. Transnationalism: a new analytic framework for understanding migration. *Ann N Y Acad Sci*. 6 de julio de 1992;645:1-24.
18. Valderrama CBF de. Transnacionalismo. Emergencia y fundamentos de una nueva perspectiva migratoria. *Pap Rev Sociol*. 1 de octubre de 2007;85(0):13-29.
19. Portes A. Convergencias teóricas y evidencias empíricas en el estudio del transnacionalismo de los inmigrantes. *Migr Desarro*. 2005;(4):2-19.
20. Rivas AM, González H. El papel de las remesas económicas y sociales en las familias transnacionales colombianas. *Migr Int*. Diciembre de 2011;6(2):76-78.
21. Guarnizo, L. Asimilación y transnacionalismo: determinantes de la acción política transnacional entre migrantes contemporáneos. *Ame Jou Sociol*. 2007;108(6):23-25.
22. Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. Memorandum for the study of acculturation. *Am Anthropol*. 1936;38(1):149-152.
23. Fischler, C. El (H)Omnivoro. España: Anagrama;1995:147-174. [Internet]. Scribd. [citado 26 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/61776947/Fischler-Claude-El-H-Omnivoro>.
24. Gieco M, Eandi M, Iavicoli T, Butinof M. Significaciones de los modos de organización y las preparaciones culinarias en torno a la vulneración del derecho a la alimentación. *Diaeta*. Marzo de 2014;32(146):27-34.
25. Ovejero Bernal A. Las relaciones humanas: psicología social teórica y aplicada. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998:153-161.
26. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colect*. Diciembre de 2007;3(3):271-283.
27. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. SAGE Publications; 2004:282.

28. Núñez Rivas HP, Campos Saborío N, Alfaro Mora FV, Holst Schumacher I. Las creencias sobre obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores. *Actual Investig En Educ* 2013;13:1-30
29. Mumbiela Pons V, San Martín Zaragoza S, González Álvarez C. Obesidad Infantil y Hábitos Alimentarios. *Revista Rol de Enfermería*. 1997;221:11-7.
30. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Organización Panamericana de la Salud; 2017:5-44.

Anexos

Guía de entrevista

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México



Guía para prestadores de servicios de salud

Proyecto: *La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago.*

La siguiente guía fue elaborada particularmente para ser aplicada a prestadores de servicios de salud para conocer su percepción sobre si existen diferencias en salud-enfermedad y en los patrones de utilización de los servicios de salud entre la población migrante (retornados y activos) y su familia y aquellos que nunca han migrado, además de indagar sobre las principales prácticas transnacionales para solucionar problemas de salud que utilizan los migrantes (retornados y activos).

Se han identificado como prestador de servicio de salud a toda aquella persona que se dedique a dar atención en salud en las comunidades de estudio, ya sean servicios biomédicos (médicos, dentistas, enfermeras, encargados de laboratorios, encargados de farmacias) como servicios de médicos tradicionales (yerberos, curanderos, chamanes) y alternativos (masajistas, quiroprácticos, acupuntura).

Sólo se trata de una guía temática cuya flexibilidad depende de la claridad de los objetivos del estudio.

Objetivo de la entrevista: *Identificar las diferencias en el estado de salud-enfermedad y utilización de servicios de salud entre los migrantes y sus familias y las personas que nunca han migrado.*

1. Perfil sociodemográfico y migratorio

A través de este rubro se obtendrá información sociodemográfica de los prestadores de servicios de salud como:

Edad

Sexo

Lugar de nacimiento (Edo. / Comunidad)

Último grado de estudios

Tiempo de residencia en la comunidad

Ocupación laboral actual en México

Idiomas (mixteco/ ingles)

Antecedentes migratorios. Años vividos en EU. Motivo de la migración. Lugares de residencia en EU

Tipo(s) de trabajo(s). Situación legal en EU. Motivo del retorno. Tiempo de retorno a México

2. Caracterización del tipo de prestador de servicios

- Principales funciones en la provisión de servicios de salud.
- Grado de especialización y capacitación laboral.
- Herramientas con las que cuenta para el desarrollo de sus actividades (capacidades personales, de personal y de estructura del lugar en donde presta servicios).
- Descripción de la unidad de servicios en su caso y de las características del lugar en donde brinde sus servicios en el caso de los médicos tradicionales, enfermeras u otros prestadores.
- Explorar la relación que mantiene con instancias claves para su desempeño laboral (comité de salud, promotor de salud, ayudante municipal, líderes comunitarios).
- Si existe alguna forma en la que identifica a los pacientes migrantes y no migrantes ¿De qué forma? ¿Es una exigencia de la institución?

3. Etnicidad

Cuáles diferencias identifica entre los pacientes monolingües y bilingües:

En su estado de salud

Como pacientes

Sus medidas de prevención y cuidado

¿Identifica diferencias entre migrantes a EU y no migrantes?

4. Diferencias en el estado de salud-enfermedad personal (accidentes/ lesiones)

¿Identifica de alguna manera a las personas con antecedentes migratorios o con familiares en EU de los que no lo son?

Diferencias en el estado de salud- enfermedad de niños (hombres/mujeres): migrantes, de hogares con migrantes, de hogares sin migrantes.

Diferencias en el estado de salud- enfermedad de jóvenes (hombres/mujeres): migrantes, de hogares con migrantes, de hogares sin migrantes.

Diferencias en el estado de salud- enfermedad de adultos (hombres/mujeres): migrantes, de hogares con migrantes, de hogares sin migrantes.

Diferencias en el estado de salud- enfermedad de ancianos (hombres/mujeres): migrantes, de hogares con migrantes, de hogares sin migrantes.

5. Influencia de la migración en la utilización servicios de salud en México.

Explorar los principales cambios que se han dado a partir de su migración en la utilización y prevención de los servicios de salud en México:

De los migrantes (acciones que realizan a partir de su experiencia migratoria).

De sus familiares (acciones que realizan a partir de su experiencia migratoria).

¿Qué persona del hogar migrante se encarga del cuidado de la salud de sus miembros?

6. Influencia de la migración en el estado de salud-enfermedad de la comunidad

- Conductas de la población migrante a su retorno (positivas y negativas) y su influencia en la comunidad (violencia, alcoholismo, drogas, prácticas sexuales, uso de condón, dieta, ejercicio).
- Cambios en la comunidad relacionados a las remesas (positivos y negativos): infraestructura, oferta laboral, nuevos servicios (Internet, paquetería, comida, bebida, medicamentos, servicios de salud privados).

7. Influencia de la migración en la utilización de servicios de salud

Describir los patrones de utilización de servicios de salud de los distintos grupos (frecuencia de la utilización, tipo de padecimientos por los que visitan los servicios de salud, comportamiento en los servicios de salud):

Migrantes activos en sus visitas a la comunidad. / ¿Los mig. posponen la atención por atenderse en México?

Migrantes de retorno (investigar sobre casos en donde el motivo del retorno sea algún problema de salud).

Familias de migrantes.

No migrantes.

8. Utilización transnacionales de medicina y remedios caseros

Explorar las principales prácticas transnacionales en salud de los migrantes y sus familias y su adopción por parte de los no migrantes:

Consumo de medicamentos, medicina alternativa/ tradicional y remedios caseros mexicanos de los migrantes en EU y forma de conseguirlos. **(Por qué y frecuencia).**

Tipo de medicamentos y para qué padecimientos.

Consumo en la comunidad de medicamentos provenientes de EU y forma de conseguirlos.

(Por qué y frecuencia).

Tipo de medicamentos y para qué padecimientos.

¿Algún familiar los ayudó para conseguir, enviar o transportar remedios caseros o medicamentos entre México y EU? (tipo de ayuda, de qué país era el familiar, para que padecimiento)

¿Qué tipo de familiar? (esposa, madre, etc.)

9. Utilización transnacional de servicios de salud

Viajes de prestadores de servicios de salud mexicanos para dar atención a los migrantes en EU. **(Por qué y frecuencia).**

Consulta telefónica / rito a distancia o por otro medio de comunicación desde Méx con los migrantes en EU **(Por qué y frecuencia).** ¿Cobran por la consulta telefónica?

¿Algún familiar los ayuda para realizar las citas o consulta con le médicos en México?

¿Qué tipo de familiar? (esposa, madre, etc.)

Aparición en la comunidad de nuevos servicios de salud que los migrantes acostumbran utilizar en EU. **(Por qué y frecuencia).**

Envío de instrumentos como glucómetros y baumanómetros de los migrantes en EU a sus familiares en Méx. **(Por qué y frecuencia).**

Utilización de biomédicos norteamericanos en EU (de familiares del mig. y del mig. a su retorno a Méx).

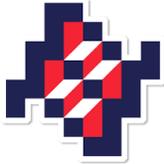
(Por qué y frecuencia).

10. Cambios en los servicios de salud a partir de la migración masiva a EU en la comunidad.

Explorar cuales son los principales cambios que han tenido que realizar los servicios de salud de la comunidad para adaptarse a la migración masiva a EU:

- Mayor acceso a medios de comunicación de los servicios de salud.
- Desarrollo de nuevas habilidades de los prestadores.
- Modificaciones a la infraestructura de los servicios de salud.

Cuernavaca Morelos., a 14 de febrero de 2018



Instituto Nacional de Salud Pública

Escuela de Salud Pública de México

Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición

Asunto: Autorización de uso de base de datos

Por medio de la presente informo que Martha Laura Herrera Ortíz alumna de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición desarrollará su proyecto de titulación utilizando información derivada del proyecto: La influencia de la migración transnacional en la solución de problemas de salud de habitantes de zonas rurales de México con alta migración a Chicago, con registro N. 773 en la Comisión de Investigación del INSP.

En mi calidad de investigador principal del estudio, confirmo mi autorización para que Martha Laura Herrera Ortíz tenga acceso y utilice la sección de las bases de datos que sean necesarias para desarrollar su proyecto de titulación: PERCEPCIONES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES EN MIGRANTES MÉXICO-EEUU.

De igual forma, hago de su conocimiento que la alumna mencionada se compromete a garantizar la confidencialidad y privacidad de la información de acuerdo con los principios éticos en investigación.

Otorgo este documento para los fines que a la interesada convenga.

Atentamente,

Investigador

Dr. Tonatiuh Tomás González Vázquez
Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Alumna

Lic. Martha Laura Herrera Ortíz
MSP-Nutrición