

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

**Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD  
ENTRE PERSONAS MIGRANTES NICARAGÜENSES:  
UN ANÁLISIS DESDE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL**

**Sustentante:**

Wendell Mora Rivera

**Director:**

Dr. Jaime Caravaca Morera, PhD.

2020





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **24 de agosto 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Wendel Mora Rivera**, carné **B34601**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime Caravaca Morera, Director  
Ana Laura Solano López, Lectora  
Karol Rojas Araya, Lectora  
Vivian Vilchez Barboza, Quinto miembro  
Noé Ramírez Elizondo, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Wendel Mora Rivera** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Wendel Mora Rivera**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Representaciones sociales de la salud entre personas migrantes nicaragüenses: Un análisis desde la enfermería transcultural”**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

24 de agosto 2020

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

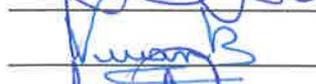
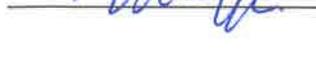
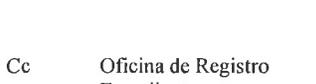
Aprobado

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecisiete** horas.

|                                                                                     |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | Jaime Caravaca Morera, Director        |
|  | Ana Laura Solano López, Lectora        |
|  | Karol Rojas Araya, Lectora             |
|  | Vivian Vílchez Barboza, Quinto miembro |
|  | Noé Ramírez Elizondo, Preside          |
|  | Postulante                             |

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante



## **Dedicatoria**

Dedico este estudio a todas aquellas personas de la región centroamericana y del mundo, que, por unos u otros motivos, tuvieron que desplazarse de sus países en busca de mejores cotidianidades, y vidas más prósperas. Esta es una investigación dedicada a la vida, a la paz, al bienestar colectivo, y al desarrollo humano.

Agradezco por el apoyo incondicional a mi familia, a mis padres Jorge y Marjorie, personas gracias a las cuales tuve la oportunidad de estudiar y superarme; mi más profundo amor y reconocimiento a ellos. Doy gracias también a mi pareja María, por ser siempre una voz de aliento, cariño y amor incommensurable. Asimismo, la guía, paciencia y escucha del profesor Jaime Caravaca como mi mentor y amigo, fue fundamental en este proceso, y siempre le agradeceré.

A todos ellos y ellas, dedico esta investigación.

## Índice

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Resumen</b>                                                                                             | 5   |
| <b>Introducción</b>                                                                                        | 9   |
| Sobre mis Motivaciones Personales                                                                          | 9   |
| El Objeto de Estudio, la Justificación y Relevancia Sociosanitaria de esta Investigación                   | 12  |
| Problematizando el Objeto de Estudio                                                                       | 22  |
| <b>Pregunta de Investigación</b>                                                                           | 29  |
| <b>Objetivo General</b>                                                                                    | 30  |
| <b>Objetivos Específicos</b>                                                                               | 30  |
| <b>Marco Referencial: Un Enfoque desde la Revisión de Literatura</b>                                       | 32  |
| Antecedentes Generales                                                                                     | 32  |
| Salud y Migración                                                                                          | 40  |
| <b>Referencial Teórico</b>                                                                                 | 68  |
| Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales (PTRS)                                                  | 68  |
| Enfermería Transcultural: Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales (TDUCC) | 83  |
| <b>Marco Metodológico</b>                                                                                  | 101 |
| Sobre el Abordaje                                                                                          | 101 |
| Contexto Físico – Temporal                                                                                 | 106 |
| Sobre las y los Participantes de este Estudio                                                              | 108 |
| <i>Criterios de Inclusión</i>                                                                              | 110 |
| <i>Criterios de Exclusión</i>                                                                              | 110 |
| Recolección de Datos                                                                                       | 110 |
| Análisis de Datos                                                                                          | 111 |
| Consideraciones Éticas                                                                                     | 113 |
| <b>Resultados, Análisis y Discusión: De la Contextualización a la Representación</b>                       | 118 |
| De lo Abstracto a lo Concreto:                                                                             |     |
| Sobre el Fenómeno de la Salud entre el Mayor Grupo Migratorio de Costa Rica                                | 122 |
| Sobre Historias de Vida y Sueños Compartidos:                                                              |     |
| Anclando la Salud a las Realidades de las Personas Migrantes                                               | 160 |
| Mientras Hay Vida, Hay Esperanza:                                                                          |     |
| Reflexiones desde La Merced sobre el Cuidado Transcultural                                                 | 179 |
| <b>Consideraciones Finales</b>                                                                             | 209 |
| <b>Referencias</b>                                                                                         | 215 |
| <b>Apéndices</b>                                                                                           | 235 |

## Índice de Figuras

|                                                                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Figura 1.</b> Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger                                                                                                                                      | 92  |
| <b>Figura 2.</b> Manifestaciones en contra del régimen de Daniel Ortega                                                                                                                              | 125 |
| <b>Figura 3.</b> Persona vendedora ambulante                                                                                                                                                         | 133 |
| <b>Figura 4.</b> Dibujo con el término inductor “Salud” realizado por el participante 6                                                                                                              | 136 |
| <b>Figura 5.</b> Dibujo con el término inductor “Salud” realizado por la participante 9                                                                                                              | 137 |
| <b>Figura 6.</b> Dibujo con el término inductor “Salud” realizado por el participante 4                                                                                                              | 137 |
| <b>Figura 7.</b> Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por el participante 1                                                                               | 139 |
| <b>Figura 8.</b> Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por el participante 3                                                                               | 140 |
| <b>Figura 9.</b> Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por la participante 11                                                                              | 140 |
| <b>Figura 10.</b> Nube de palabras asociadas a la Representación de Salud entre las personas migrantes nicaragüenses                                                                                 | 156 |
| <b>Figura 11.</b> Representación Social de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses                                                                                                          | 159 |
| <b>Figura 12.</b> Regímenes políticos en Nicaragua: 1901-2018                                                                                                                                        | 167 |
| <b>Figura 13.</b> Cantidad de personas nicaragüenses solicitantes de refugio en Costa Rica por mes, 2018                                                                                             | 169 |
| <b>Figura 14.</b> Regímenes políticos de Nicaragua y Costa Rica: 1900-2018                                                                                                                           | 170 |
| <b>Figura 15.</b> Acciones y principios clave en el marco de la garantía del derecho a la salud en poblaciones migrantes vulnerables en Costa Rica (basado en la teoría de Enfermería Transcultural) | 203 |
| <b>Figura 16.</b> Formulación de cuidados culturalmente congruentes basados en el caso de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica                                                         | 207 |

## Índice de Tablas

|                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Recomendaciones transculturales para el abordaje de las personas migrantes, dirigidas a instituciones de Costa Rica | 201 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## Resumen

La salud y la migración son fenómenos asociados con implicaciones directas sobre los modos de vida de las personas a nivel mundial. América Central, se distingue por el tránsito constante de personas migrantes hacia diversos destinos, un ejemplo es el de las personas nicaragüenses que migran hacia Costa Rica. Esta investigación, tuvo como objetivo analizar la representación social de la salud entre personas nicaragüenses radicadas en Costa Rica. Estudio de abordaje cualitativo, de corte sociohistórico y enfoque etnográfico. Se utilizaron como técnicas de investigación, la entrevista semiestructurada, la observación participante, y los diarios de campo de tipo reflexivo. Las informaciones obtenidas fueron analizadas según la técnica del análisis de contenido. La población participante consistió en personas de nacionalidad nicaragüense, mayores de edad, y de todos los géneros. Los resultados, indican que la salud es representada de dos maneras por las personas nicaragüenses. Una, en su relación con la fuerza y energía físico-mental que es necesaria para afrontar el día a día. Y dos, una sensación futura, caracterizada por la tranquilidad, la estabilidad y la seguridad de todo el grupo familiar. El trabajo y la familia fueron conceptos relevantes para esta población. Asimismo, el origen de estas representaciones se vincula a sus antecedentes en Nicaragua, el proceso migratorio, y la adaptación a Costa Rica y el anhelo por regresar a casa. Transculturalmente, se recomienda mayor integración entre los sectores, actores e instituciones vinculadas con el abordaje del fenómeno; así como acciones concretas orientadas hacia el derecho a la salud, la movilidad social, y el diálogo regional. Se concluye que la salud es un objeto de representación subjetivo y vinculado a la red interseccional propia de cada grupo. Por último, el cuidado de las personas migrantes en la región debe tornarse culturalmente congruente a fin de contribuir con mejores condiciones de vida para todas y todos.

**Descriptorios (DeCS):** Salud Colectiva; Migración Humana; Enfermería Transcultural; Políticas de Salud; América Central.

## **Abstract**

Health and migration are associated and have direct implications on the ways of living of the people around the world. Central America is distinguished by the constant transit of migrants towards several destinations, one example are the Nicaraguan people who migrate to Costa Rica. This research aimed to analyze the social representation of health among Nicaraguan people living in Costa Rica. Qualitative study, of a sociohistorical nature and an ethnographic approach. The semi-structured interview, participant observation, and reflective field diaries were used as research techniques. The information obtained was analyzed according to the content analysis technique. The participating population consisted of people of Nicaraguan nationality, of legal age, and of all genders. The results indicate that health is represented in two ways by Nicaraguan people. One, in relation to the physical and mental strength and energy that is necessary to face the day to day. And two, a future feeling, characterized by the tranquility, stability and security of the entire family group. Work and family were relevant concepts for this population. Likewise, the origin of these representations is linked to their background in Nicaragua, the migratory process, the adaptation to Costa Rica, and the desire to return home. Transculturally, greater integration between sectors, actors and institutions linked to the phenomenon is recommended; as well as concrete actions oriented towards the right to health, social mobility, and regional dialogue. It is concluded that health is a subjective object of representation and is linked to the intersectional network of each group. Finally, the care of the migrant people in the region must become culturally consistent in order to contribute to better living conditions for all.

**Keywords (DeCS):** Public Health; Human Migration; Transcultural Nursing; Health Policy; Central America.

# I

## INTRODUCCIÓN

## Introducción

### Sobre mis Motivaciones Personales

Personalmente, tengo afinidad por temáticas socioculturales vinculadas con colectivos migrantes y errantes invisibilizados, opacados. Grupos cuyas realidades no han sido vistas como realidades según las mayorías hegemónicas de una Costa Rica que alberga casi medio millón de personas nicaragüenses (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

Estas personas viven, comen y aman; y en su país (Nicaragua), en palabras del escritor nicaragüense Sergio Ramírez, “les duele respirar”. Pero ¿Por qué les duele respirar? y ¿Será que también les duele respirar en Costa Rica? (Bautista, 2018).

Para un niño de 9 años, ver que sus vecinos y vecinas nicaragüenses también son personas con sueños, con debilidades, que poseen una familia, y un pasado y un presente, fue algo muy impactante. Ya que esto, iba contrario a lo que su alrededor creía, hago referencia a personas cercanas, medios de comunicación, y en sí, gran parte de la sociedad costarricense. De hecho, ese niño fui yo; costarricense, de una familia capaz de satisfacer las necesidades básicas, y residente de un barrio periférico de la provincia de Alajuela en Costa Rica.

Específicamente, el barrio “La Candela” en El Roble de Alajuela, ha sido un lugar que se caracteriza por presentar una población segmentada por las barreras de la xenofobia y aporofobia<sup>1</sup>; donde ticos – incluyéndome – viven cerca del centro del pueblo y tienen acceso inmediato a farmacias, supermercados y transporte público urbano; y nicas, experimentan sus cotidianidades en caseríos cercanos a las orillas de un río contaminado, entre calles mal asfaltadas, inseguridades a causa de robos y narcotráfico, y una pequeña pulpería que debe abastecer a decenas de personas.

---

<sup>1</sup> Aporofobia: Miedo, rechazo o aversión a las personas pobres (Real Academia Española, 2020).

Esta división marcada, sostenida y creada, sucede apenas a lo largo de 300 metros de paso; trayecto corto, y aun así segmentado claramente. Quiero pensar en el resto del país, en los cientos de comunidades alrededor de Costa Rica donde en mayor o menor medida ocurre lo mismo. Me gustaría imaginar cómo son las cotidianidades del colectivo de nicaragüenses que tuvieron que dejar su país – aquel donde les duele respirar – para venir a una ilusoria “Suiza Centroamericana”.

Por ejemplo, casos como el de Natividad Canda Mairena en el año 2005 (incluidas sus secuelas mediáticas y judiciales), o la marcha de la xenofobia el 18 de agosto de 2018 en el Parque de La Merced (con su contrarréplica el 25 de agosto de 2018), son indicativos de que a las y los nicaragüenses también les duele respirar en territorio costarricense, en una Costa Rica del siglo XXI que se autoproclama como “el país más feliz del mundo” (Arguedas, 2012; Artavia, 2018; Edición Digital, 2018).

No obstante, no hay que ver el vaso medio vacío o medio lleno, hay que intentar verlo tal como es. En este sentido, hoy soy consciente de que en el marco de una sociedad que aspira a ser cada vez más inclusiva y que respeta y vela por los derechos humanos de la población, es necesario precisamente, pensar en la totalidad de personas que habitamos este país; incluidos e incluidas, quienes por su estatus migratorio no son considerados dentro del imaginario de ciudadano ideal, este es el caso de las y los nicaragüenses.

Siendo que una de cada diez personas en Costa Rica es extranjera, se torna fundamental desde Enfermería estudiar a ese ser que representa más que un número, sino a un ser humano, un colectivo, una cultura. Por consiguiente, partiendo del hecho de que el mayor grupo migratorio en Costa Rica son las personas nicaragüenses, es esencial (en el marco de una sociedad con múltiples retos), comprender cómo este grupo vive, practica y representa un fenómeno tan social como la Salud (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2018).

Así, y dado el auge de las tensiones sociopolíticas en Nicaragua desde el año 2018, acompañado con un aumento en el flujo migratorio de personas nicaragüenses hacia Costa Rica, y la reciente crisis pandémica, me resulta innegable el rol de estudios de este corte. Como individuos, y como colectivos, debemos trascender sobre las descripciones llanas de la realidad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2018; Organización Internacional para las Migraciones, 2018).

Por el contrario, como enfermeros y enfermeras, debemos ahondar en fenómenos sociales relevantes. Esto con el fin de traducir los conocimientos, en prácticas capaces de incidir positivamente sobre el bienestar colectivo. Distingo así, que los distintos elementos que componen la sociedad están cargados de simbolismos y connotaciones, mismas que se materializan en las representaciones sociales. Migración y Salud, son un ejemplo claro.

Agregado a lo anterior, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (2016) y dadas las transiciones político-ideológicas acaecidas en los últimos gobiernos de Costa Rica, se ha abierto aún más el debate, en el contexto de los derechos humanos, sobre temas como el aborto, el matrimonio igualitario, y la situación migratoria en el país. Bajo este panorama, se destaca que la salud debe ser un elemento prioritario en los debates contemporáneos de derechos humanos.

Al mismo tiempo, parte de la razón de ser de la investigación, es visibilizar las realidades en materia de salud de la población migrante nicaragüense que por distintos motivos abandonó su país en búsqueda de mejores condiciones de vida. En adición, el estudio resulta esencial a nivel país y a nivel regional, a fin de abrir aún más el debate público sobre la *salud* como fenómeno amplio, integrado y complejo, lejano de las arcaicas concepciones dicotómicas de salud-enfermedad, e inserto en tejidos sociales cargados de actores, instituciones, influencias y representaciones.

Varios aspectos me motivan sobremanera. Entre ellos, la inserción del cuidado enfermero en procesos tales como la formulación de políticas públicas sobre Migración y Salud cada vez más contextualizadas, lo que se acompaña del velo por los derechos humanos de poblaciones históricamente invisibilizadas.

Dichas perspectivas, las abordaré principalmente bajo un enfoque disciplinar, nutriéndome de la amplitud y utilidad del pilar epistemológico de la Enfermería: el *cuidado*. Secundariamente, los posicionamientos de otras disciplinas también son de relevancia para la investigación, tales como los provenientes de ciencias sociales como la psicología y la antropología social.

En este sentido, dadas las características de la temática, abogo por un estudio capaz de integrar elementos provenientes de diversas áreas de estudio. Todo, a fin de contribuir con realidades más justas, respetuosas y conscientes.

### **El Objeto de Estudio, la Justificación y Relevancia Sociosanitaria de esta Investigación**

Los flujos migratorios son dinámicas ineludibles presentes en el *bios* planetario. Aves, peces, insectos y mamíferos se desplazan periódicamente miles de kilómetros alrededor del mundo para buscar distintos recursos y condiciones de vida. Por ejemplo, aves como el charrán ártico viajan hasta 71 mil kilómetros (del Ártico hasta la Antártida); otras, como la aguja colipinta, consumen hasta el 50% de su peso corporal para ir desde Alaska hasta Nueva Zelanda en busca de un ambiente más apto para su subsistencia (Redacción National Geographic, 2016).

¿Suenan estas travesías familiares? Pues claro, y guardando las distancias, son las realidades de más de 272 millones de personas alrededor del mundo, poco más del 3.5% de la población mundial. En sí, estas especies evidencian semejanzas con el ser humano y

resaltan un fenómeno común entre dichos elementos de la ecuación: la migración (OIM, 2019).

Y es que la migración es tan antigua como los inicios de la vida en el planeta Tierra; donde uno de los primeros promotores para las migraciones humanas fueron las condiciones climáticas cambiantes. Fenómenos como este, datan de la aparición de los primeros humanos modernos en África hace más de 150 mil años atrás<sup>2</sup> (deMenocal y Stringer, 2016).

Pero entonces, siendo la migración inherente a la condición humana, conviene cuestionarnos sobre la esencia del fenómeno. Etimológicamente, la palabra migración proviene de la sustantivación del verbo latino *migro*, cuya acción es “cambiar de lugar o domicilio” o “trasladar el domicilio a otro lugar”. Analicemos ahora la definición que aporta el máximo ente regulador de la lengua española sobre uno de los fenómenos más controversiales de todos los tiempos (Mena, 2015).

Para la Real Academia Española de la Lengua, el término “migrar” alude al acto de trasladarse desde el lugar en que se habita a otro diferente. Por su parte, se conoce como migración el viaje periódico de las aves, peces u otros animales migratorios, así como al desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales. En síntesis, migrar es la acción, y migración es el fenómeno resultante de dicho acto (sobre la amplitud semántica de la migración se hablará en apartados posteriores) (Real Academia Española, 2018; OIM, 2019).

Nos centraremos más en el fenómeno social resultante de la acción de migrar, ya que la acción *per se*, es una característica propia y natural de los seres vivos. Así, por tanto, las dinámicas migratorias humanas, son un punto y aparte. La migración humana es compleja, diversa, y global; y en sí, el movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o

---

<sup>2</sup> Los primeros seres humanos que llegaron al continente americano datan de hace 50 mil años atrás. Esto da una impresión más profunda de la antigüedad que tienen los flujos migratorios en América.

dentro del mismo resulta en una experiencia contradictoria y complicada para la persona que migra (OIM, 2019).

Por un lado, algunos sectores de personas migrantes han estado expuestas a tratos discriminatorios y excluyentes; género, cultura, edad, nacionalidad y escolaridad, son algunos de los elementos constituyentes de la reserva que sustenta el rechazo. Por otro lado, es interesante que existen gran cantidad de tratados internacionales que abogan por un trato no discriminatorio y por un mínimo de derechos inalienables, tratando de cuidar la condición humana del migrante. La dicotomía rechazo-cuidado toma su máximo esplendor; esto se conoce como la experiencia de rechazo-cuidado, y es una de las características más presentes en las dinámicas migratorias (Ruiz, 2016).

Dentro de la experiencia de rechazo-cuidado, ha habido, hay, y debería existir siempre, un componente clave por visualizar, analizar e intervenir: la salud. Esencialmente, la salud es un derecho humano fundamental. No obstante, también se encaja como un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas, siendo las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia las causas más importantes de los problemas de salud a nivel planetario (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Pero entonces, si a nivel mundial la salud es concebida como un derecho fundamental, ¿Cómo se relacionan la migración y la salud? Esencialmente, la migración se posiciona como un fenómeno que determina el día a día de las personas; la salud, también. La diferencia primordial, es que la migración suele ser temporal o periódica, y la construcción de la salud se mantiene a lo largo de toda la vida. Estos elementos se asocian en un punto clave. Ser una persona migrante, y con ciertos marcadores sociales de diferenciación, significa acceso a condiciones de vida específicas, lo cual se traduce en vivencias, representaciones y prácticas de salud, concretas.

También, al hablar de migración, nos referimos a un fenómeno social que incide sobre los años más productivos de las personas que se suman al peregrinaje. Es complejo claro está, y las relaciones entre migración y salud son directas. Ya que, ¿Qué tendrá que pasar por la cabeza de una persona, así como sobre su entorno social, político y económico para que decida dejar su país, su familia, y su vida, y decida enrumbarse hacia un destino incierto? El caso del “Tren de la muerte” o “La Bestia” es famoso, y retrata muy claramente las relaciones entre *Migración y Salud* (Bolívar, 2015).

Cada año, miles de migrantes centroamericanos rumbo a Estados Unidos se exponen a caminatas extenuantes, desiertos con animales peligrosos, asaltos y cuotas de peaje por grupos criminales organizados como las “Maras Salvatruchas”, cárteles del narcotráfico mexicano, secuestros, y hasta extorsiones por parte de las autoridades. Esto es parte del diario vivir de quienes aspiran a una mejor vida (Bolívar, 2015).

Al migrar, la salud está en juego. La migración, en este sentido, modifica la salud física y/o mental de las y los migrantes no solo por la experiencia como tal, sino esencialmente por las implicaciones personales, familiares y contextuales que desencadena. Acceso inadecuado a servicios básicos, desarrollo de enfermedades físicas y/o mentales, condiciones precarias de trabajo, y hasta aceleración del envejecimiento son parte de sus manifestaciones (Montes de Oca, Ramírez y Sáenz, 2011).

Por ejemplo, en un estudio con población refugiada en Nueva York, EE. UU., se demostró que el 77% de los participantes tenía síntomas clínicamente significativos de ansiedad, 86% tenía depresión, y 50% padecía de estrés postraumático. Si bien es cierto, los procesos migratorios traen consigo efectos – en su mayoría positivos – sobre las economías, así como sobre el enriquecimiento del bagaje cultural de los países, es innegable su rol como disparador de las afectaciones en la salud de las personas que migran (Keller, Joscelyne, Granski y Ronsefeld, 2017).

Por su parte, son varios los elementos que generan y exacerbaban los flujos migratorios alrededor del mundo. En América Latina, las dinámicas migratorias remontan sus orígenes a procesos como guerras, revueltas políticas y regímenes totalitarios durante las décadas de los 70s y 80s. En la década de los 90s, los ajustes económicos, las presiones de la globalización y la repercusión de algunas políticas económicas, contribuyeron a las desigualdades en lo que se refiere a la riqueza, situación social y distribución del poder, esto exacerbó aún más las inequidades en materia de salud. Inequidades que poseen vínculo directo con la migración de millones de latinoamericanos fuera de sus países (OPS, 2007).

A propósito, la Organización Internacional para las Migraciones (2019) sostiene que los principales factores que determinan las migraciones a nivel mundial se relacionan con el trabajo, la familia o los estudios. Otros grupos, caso de muchas personas nicaragüenses, abandonan sus países debido a conflictos o persecuciones políticas. Derivado de esto, resulta claro que las migraciones y los migrantes poseen características y competencias distintas (OIM, 2019).

Dichas diferencias se sustentan sobre la base de lo humano; en primer lugar, está claro que no existe una persona igual a otra. No obstante, se destaca que las dinámicas socioculturales actuales son complejas, y han tendido a formular pautas de comportamiento y en particular, de clasificación y segregación de las personas. De esta forma, existen categorías de diferencia (como el género, la etnia, y la edad) conceptualizadas como producciones dinámicas de factores individuales e institucionales, las cuales terminan por ser impuestas y legitimadas a través de discursos y relaciones de poder; esto se conoce como interseccionalidad<sup>3</sup> (Vivero, 2016).

---

<sup>3</sup> Esta idea es ampliada según los posicionamientos de Lugones y el feminismo decolonial al indicar que existe una línea tejida que separa al ser, del no-ser; en este tejido, llamado interseccionalidad, es donde se cruzan variables como la clase, género, etnia, sexualidad y otros (Fournier, p. 30, 2015). Las y los migrantes nicaragüenses, podrían ubicarse – según la visión de un sector de la población costarricense - en los estratos del no-ser o no-humanos. Evidentemente todas y todos somos seres humanos, sin importar marcadores sociales de diferenciación. Pero esta es una visión personal que no todas las personas en Costa Rica comparten.

En resumen, resulta distinto ser una persona migrante irregular mexicana en búsqueda de empleo en Estados Unidos, que una persona igualmente mexicana en condición de regularidad, de paso transitorio y por razones de ocio visitando las cataratas del Niágara. Ambos son migrantes. Sin embargo, sus características y las razones de serlo son distintas, al igual que los 272 millones de migrantes internacionales reportados hasta el 2019 a nivel global (OIM, 2019).

Un caso con mucho trasfondo sociohistórico y al mismo tiempo muy contemporáneo, es la inmigración de personas nicaragüenses hacia Costa Rica. Este estudio, se centra en la población migrante (regular e irregular<sup>4</sup>) nicaragüense, y sus concepciones, realidades, y vivencias sobre el amplio y complejo fenómeno de la salud, a través de sus representaciones sociales de la salud.

Agregado a esto, me resulta interesante el hecho de que tanto organismos nacionales como internacionales han centrado sus investigaciones en aspectos como pobreza, acceso a servicios básicos, seguro social, atención clínico-asistencial, y vivienda en población migrante nicaragüense: elementos todos relacionados con *Salud*. No obstante, de la propia voz de las y los nicaragüenses, ¿Qué es la salud?, y ¿Qué elementos inciden sobre su construcción social de la Salud?

Interrogantes de este rango y sus consecuentes respuestas, constituyen herramientas precisas para ahondar profundamente en las relaciones entre *Migración* y *Salud* en la región. Asimismo, posicionándonos desde una Enfermería integrada, visualizamos carencias amplias de cuidado humanizado en una sociedad costarricense fracturada ideológicamente. Es así, como por medio de la ciencia enfermera se pueden esbozar líneas más claras y

---

<sup>4</sup> Migrante irregular: Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener estatus legal en el país de receptor o de tránsito. También conocidos según la OIM (2019) como migrantes en condición clandestina, ilegal, indocumentados o en situación irregular. Para esta investigación, se utilizará la palabra “irregular”, a fin de evitar connotaciones peyorativas o estigmatizantes para con la población de estudio.

contextualizadas para el análisis e intervención dentro de las políticas públicas y los medios de comunicación.

Aquí radica la razón de ser, y la justificación de la investigación. Por medio de este estudio de gran relevancia social – para costarricenses, nicaragüenses, y personas interesadas en mejores sociedades – es posible abrir aún más las mesas de discusión sobre fenómenos de gran controversia, tales como la migración.

De esta forma, puntualizo como eje medular de la investigación, la visualización e inserción del cuidado dentro de la sociedad costarricense. Es necesario que las y los habitantes de este país comprendan que la Enfermería trasciende la escena hospitalaria. Enfermería, es capaz de incidir beneficiosamente sobre la salud de los colectivos (como el de personas nicaragüenses, en este caso) a través de investigaciones actuales, rigurosas y útiles, posicionamiento en escenarios de toma decisiones, y medios de comunicación.

Y a propósito, el tema de las migraciones alrededor del mundo y en el caso particular de Costa Rica, es parte de la cotidianidad de los medios de comunicación, la política y la sociedad en general. Basta con leer los titulares de diarios como La Nación, La República y Semanario Universidad, así como de medios internacionales del rango de BBC o TeleSur, para darse cuenta de la magnitud de la dinámica.

Migraciones, derechos de los migrantes, racismo, xenofobia y aporofobia, historias de superación, discriminación, refugiados, asilo político, documentación y legalidad, parecen ser los temas más en boga actualmente. Y es que no es para menos, ya que si el 3.5% de la población mundial fue considerada como migrante internacional<sup>5</sup> según la OIM para el 2019, es necesario re-cuestionarnos sobre el curso de la humanidad en términos de derechos humanos y bienestar colectivo (OIM, 2019).

---

<sup>5</sup> Se conoce como migración internacional al movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo (OIM, 2019).

Manifestaciones de corte xenofóbico, aporofóbico, y neofascista, como “Unite the Right rally” en Virginia, Estados Unidos; cerca de 1300 ataques contra personas musulmanes y judíos en Francia para el 2015, o la más reciente manifestación racista en contra de las personas migrantes nicaragüenses en el parque de La Merced en San José, Costa Rica, revelan el auge de movimientos extremistas abiertamente en contra de los derechos humanos de los migrantes (Heim, 2017; Glasser, 2016).

En esta línea, cabe destacar que el término “migrante” está estigmatizado, así como todo lo que acarrea serlo; y desde Enfermería, tenemos herramientas para intervenir. Estamos ante una sociedad dividida, que implora una visión de cuidado en las políticas públicas y los medios de comunicación. Coberturas mediáticas que estigmatizan<sup>6</sup>, malos tratos, golpizas, cánticos neonazis, discriminación abierta, burlas y violencia en general son algunos de los colores y formas que constituyen la pintura actual del fenómeno. Pintura basada en la ignorancia, los conflictos de intereses, y el odio.

Realmente, el ser migrante abarca a cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia. Queda claro que la definición que brinda la máxima entidad en la temática es amplia. Migrantes los hay regulares, calificados, de largo y corto plazo, documentados, económicos, en situación, irregular, por pobreza, rurales, urbanos, radicados (por razones laborales o familiares), entre otros (OIM, 2018; OIM, 2019).

Personas migrantes las hay muchas, de diversas procedencias, contextos, y por muchas razones. Por ejemplo, del total de personas declaradas como migrantes internacionales, el 72% son laboralmente activas (20-64 años): se destaca que una de las razones para migrar yace en las condiciones laborales y su vínculo con la economía.

---

<sup>6</sup> Fundamento esta aseveración en lo que proponen Campos y Zamora (2009) en su libro “Nicaragüenses en las noticias. Textos, contextos y audiencias”.

Profundizando más, se destaca que Europa, Asia y Norteamérica son las regiones del mundo que reciben más migrantes (83% del porcentaje total de migrantes internacionales) (OIM, 2019).

Por su parte, la Organización Internacional para las Migraciones (2019) destaca que para el 2019 los países que poseen más migrantes residentes proporcionales a su población total son EE. UU., Alemania, Arabia Saudita, Rusia, Arabia Saudita, Reino Unido, y Emiratos Árabes Unidos. Mientras que los países que tienen más personas en el extranjero son India, México, China, Rusia, y Siria.

Respecto a las razones de las dinámicas migratorias a nivel mundial, se resalta que para el 2016 un 32% de las migraciones fue por razones familiares, 19% fueron de carácter humanitario, 28% fueron movimientos libres, 9% fueron por trabajo y 6% acontecieron con el objeto de acompañar a la familia. Cabe destacar que estos datos incluyen migraciones regulares e irregulares, refugiados y asilados políticos (OCDE, 2018).

Siendo más puntuales, uno de los países que más ha incidido directamente sobre los flujos migratorios mundiales es Estados Unidos, siendo la nación que más inmigrantes recibe en el mundo. El rol de EE. UU. es determinante, ya que es el principal territorio de acogida de migrantes centroamericanos (incluidos nicaragüenses) y provenientes de naciones del Caribe. México, El Salvador, Cuba, República Dominicana y Guatemala son los países de la región con mayor número de personas migrantes radicadas en los Estados Unidos de América<sup>7</sup> (OIM, 2019).

El sonado “Sueño Americano” parece también aplicar para las personas que migran hacia Costa Rica. En efecto, dicha nación centroamericana alberga a la mayor cantidad de personas inmigrantes en proporción a su población, esto a nivel de América Latina y el

---

<sup>7</sup> Un 78% de las migraciones de Centroamericanos son hacia EE. UU., mientras que el 15% se dirige a otros países de la región y México.

Caribe. A nivel mundial, Costa Rica se reconoce por su naturaleza, innovación en el cambio climático, y por su cultura del “pura vida”; pero también se caracteriza por ser un país que recibe gran porcentaje de población migrante (OIM, 2019).

A la luz de esto, existen grupos de personas inmigrantes provenientes principalmente de Nicaragua, Panamá, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela y Colombia. El Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica en conjunto con la OCDE destaca que el 85% de los inmigrantes son de Nicaragua; seguido de Colombia con un 3%, y Estados Unidos con un 2% (OIM, 2019; CCP, 2016).

¿Es entonces Costa Rica una sociedad receptora de migrantes únicamente? La respuesta es no; debido a que año a año miles de costarricenses también abandonan el país en busca de mejores condiciones de vida. Se plantea que para el 2015 habían 133 mil ticos viviendo en el extranjero, siendo los principales países de acogida de costarricenses – en orden de afluencia -: Estados Unidos (64.5%), Nicaragua<sup>8</sup> (8.1%), Panamá (5.7%), Canadá (3.8%) y España (2.5%); le siguen destinos como México, Alemania, Italia, Guatemala y Venezuela (OCDE, 2017).

Hablamos de inmigraciones, emigraciones, rutas migratorias, destinos de migración y causas de migración. No hablamos de migrantes como personas aisladas del mundo social como se tiende a pensar bajo el sentido común racista. Las informaciones presentadas no muestran a los migrantes como personas peligrosas o con trastornos de diversa índole; los muestran como *personas* insertas en la dinámica mundial, regional y local, con particularidades y necesidades.

De este modo, considero prudente des estigmatizar un fenómeno que en un principio fue – y parece continuar siendo – una marca registrada de la sociedad. Fue necesario moverse

---

<sup>8</sup> Contrario a lo que se piensa popularmente, existe un grupo importante de personas costarricenses que migra a Nicaragua.

para sobrevivir, desde la cuna de la humanidad en África, los recorridos por el Estrecho de Bering hasta el descenso por el sur de América. La diferencia, es que en la actualidad un sector de las personas se sigue moviendo por mejores sueños y oportunidades, por escapar de la violencia y la guerra, y para olvidar las secuelas del pasado; y las y los nicaragüenses en Costa Rica, dan fe de esto.

### **Problematizando el Objeto de Estudio**

Actualmente, existen muchas nociones basadas en el pensamiento de sentido común que se legitiman día a día alrededor del mundo sobre el caso de las y los migrantes; razón por la cual conviene problematizar las dimensiones del objeto de estudio a fin de generar una investigación más crítica.

Por ejemplo, en una iniciativa liderada por el medio de comunicación Semanario Universidad, llamada “Ojo a la Migración”, se detallan una serie de mitos y realidades sobre lo que significa ser migrante en Costa Rica, acompañados y contrastados por la dinámica regional y nacional en torno a la migración. Dichas informaciones aportan subsidios para la comprensión crítica del fenómeno.

En nuestro país, mucho se habla de la población inmigrante; verdad o no, se habla igualmente. Se asume que este grupo posee menor escolaridad que los costarricenses, no domina un segundo idioma, tiene muchos hijos, la mayoría están asegurados por el Estado, gozan de menos garantías laborales, usan más los servicios de salud que los ticos, trabajan en el sector informal, y están menos desempleados que los costarricenses (Semanario Universidad, 2018).

En contraposición, las realidades son otras. Lo cierto, es que ser migrante en Costa Rica está asociado a desventajas significativas en el acceso al mercado laboral, a servicios de educación y salud, y al uso de productos financieros. Por ejemplo, el solo hecho de ser migrante significa una posibilidad de casi 50% de recibir menos del salario mínimo al trabajar

al menos 40 horas en empleos en condición crítica, comparado con el 30% de los costarricenses en las mismas condiciones laborales (Mayorga, 2017; Semanario Universidad, 2018).

Así bien, si soy nicaragüense, las condiciones desfavorables aumentan. Es entonces mejor ser estadounidense en Costa Rica, que venir de Nicaragua. Si se es nicaragüense, se deberá lidiar con porcentajes menores de cumplimiento de garantías laborales por parte de los patronos, incluyendo aguinaldo, horas extra, días pagos por enfermedad, rebajos del seguro social y vacaciones pagas (por ejemplo: solo 6 de cada 10 nicaragüenses disfrutaban de vacaciones pagas) (Semanario Universidad, 2018).

Respecto al seguro social, es cierto que la mayoría de la población migrante está asegurada; no obstante, el porcentaje más bajo de aseguramiento lo tienen las personas provenientes de Nicaragua con un 66%. Desde menores garantías laborales, hasta el porcentaje más bajo de aseguramiento entre los migrantes en Costa Rica, son parte de las realidades de las y los nicaragüenses en el país (Semanario Universidad, 2018).

Esto sucede en una pequeña nación centroamericana donde el estigma hacia la persona migrante, en especial nicaragüense (o “no blanca y adinerada”), es creciente. Por todo esto, con base en la descripción de los anteriores hechos es que es necesario desestigmatizar el concepto, y su representación social dentro de la población. Estudios de este corte fungen como medios vinculantes y unificadores entre la academia las políticas públicas, los medios de comunicación y la sociedad en general.

Del mismo modo, relacionar a la *migración* dentro de la amplitud de la *salud*, es preponderante; y necesario desde un *enfoque enfermero*. Resulta imposible no pensar en la salud de las y los migrantes nicaragüenses<sup>9</sup> cuando uno de los principales detonantes para

---

<sup>9</sup> La población inmigrante en Costa Rica corresponde al 13% de la que habita el país (contabilizando a las y los migrantes irregulares) (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

migrar desde Nicaragua hacia Costa Rica ha sido la crisis político-militar (actualmente manifestada por el régimen autoritario de Daniel Ortega).

¿Cuáles serán los principales sentimientos y pesares de las y los nicaragüenses que huyen de su país - en crisis - hacia Costa Rica? Es claro que un entorno sociopolítico manchado por el yugo de la opresión dictatorial incide directamente sobre la salud. Así, comprender las *respuestas humanas* en los diversos contextos es tarea de Enfermería; esto es labor de enfermeros y enfermeras capaces de visualizar al cuidado dentro de las políticas públicas, los medios de comunicación, el reconocimiento de los derechos humanos, el acceso a servicios básicos, la atención sanitaria, la investigación y la docencia.

Pensar en migración, es pensar en salud y en Enfermería. Pero entonces, ¿Quiénes son las personas nicaragüenses que viven en Costa Rica? y ¿Cuál es su rol dentro de la sociedad costarricense? Ambas, son preguntas que si bien es cierto muchas personas podrían hacerse, al final de cuentas, no parecen importar mucho en la esfera pública. Sin embargo, si analizamos los datos aportados por la OCDE (2018) ¿Cómo no habrían de poseer relevancia dichos cuestionamientos si las personas migrantes aportan casi un 11% del PIB nacional? Desde la *relevancia social*, ideológica e incluso económica, el tema merece totalmente nuestra atención.

Sea para generar sociedades centroamericanas cada día más inclusivas y prósperas, mejorar el acceso a servicios básicos de las personas migrantes vulnerabilizadas, ampliar la cobertura de vacunación a migrantes indocumentados, brindar mejores condiciones de trabajo a una de las principales fuerzas laborales del país, o desestigmatizar desde los medios de comunicación las realidades del ser nicaragüense en Costa Rica; el abordaje debe ser desde la propia voz de las personas. Sencillamente, desde sus vivencias, conocimientos, actitudes, y prácticas en torno a la salud. Esto es posible, por medio del análisis de sus Representaciones Sociales de la Salud.

En sí, las informaciones y reflexiones precedentes corresponden al *porqué* del estudio, a su razón de ser. Basta con adentrarse en las investigaciones sobre la temática para conocer las dimensiones e importancia de estudios de este corte. Bajo los parámetros nacionales, regionales y mundiales, la investigación se *justifica* bajo un marco de derechos humanos en primera instancia, de humanización de colectivos invisibles para la sociedad, y de formulación de políticas públicas más contextualizadas.

En este sentido, el Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales (PTRS) es el medio adecuado y riguroso para comprender las relaciones entre *Salud y Migración* en las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica, dado que se centra sobre los procesos vinculantes entre lo social y lo psicológico. Esto, enfocándose particularmente en el conocimiento de sentido común; es decir, aquel conocimiento socialmente elaborado y compartido, que guía y orienta las prácticas sociales, siendo la *salud* una de ellas (Moscovici, 1984).

Así, la *representación social* se define según Serge Moscovici (1984) como una forma de conocimiento específico – el saber de sentido común –, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. Constituyen entonces, modalidades de conocimiento práctico orientadas hacia la comunicación, comprensión y dominio del entorno social, material e ideal (p. 474).

Dicho así, la representación social forma parte de un cotidiano, por lo que se admite que es un producto de la comunicación y del lenguaje. Este paradigma teórico, permite por medio de sus instrumentos teóricos y guías cognitivo-metodológicas, otorgarle voz a aquellas poblaciones que han permanecido silenciadas, caso puntual de las y los nicaragüenses radicados en Costa Rica (Caravaca-Morera, 2017).

Consecuentemente, la *Representación Social de la Salud* entre las personas migrantes nicaragüenses pasa a ser una dinámica colectiva, cargada de simbolismos, ideologías en

disputa y constructos sociales; y, por lo tanto, necesaria de abordar desde la ciencia de Enfermería, particularmente desde la *Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales* de la enfermera y antropóloga, Madeleine Leininger. Los procesos bajo los cuales se traducen las representaciones sociales en prácticas de salud y en respuestas humanas adaptativas ante el entorno, son objeto de estudio de una *Enfermería integrada*.

Y esto es lo que busca la investigación precisamente, comprender el proceso de formación y transformación de las representaciones sociales, los elementos constituyentes de estas, así como su función guía dentro de las prácticas sociales; siendo el fenómeno de la *salud*, la meta principal de estudio. Todo para contribuir con informaciones y análisis más contextualizados y desde las propias realidades de las personas migrantes (Caravaca-Morera, 2017).

Todo esto es Enfermería, ya que se visualiza al cuidado como el eje vinculante entre los derechos humanos, las políticas públicas, y las dinámicas sociales como la migración y su relación con la salud colectiva. Al mismo tiempo, si se parte de la necesidad gremial de trascender la escena clínica, esta investigación constituye una oportunidad clara y pertinente para llevar y difundir el enfoque enfermero y el cuidado a esferas amplias.

Tanto la política, los medios de comunicación y la sociedad en general son capaces de incidir directamente sobre la salud de colectivos históricamente invisibilizados, caso de las y los nicaragüenses en Costa Rica. De la mano de una visión enfermera, basada en la *Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales* de Madeleine Leininger, y por medio del Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, es posible generar cambios más tangibles en una sociedad costarricense cada vez más dividida en temas como la inmigración, el aborto, y el matrimonio igualitario.

Por último, posicionándonos desde lo que propone la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (2018), la *salud* de la población es un bien de interés público

tutelado por el Estado. De este modo, las y los nicaragüenses sin distinción de estatus migratorio, son parte de la población, por lo que es correcto y necesario estudiar desde su voz las vivencias en torno a dicho bien público.

En adición, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica – en su Estatuto de Servicios de Enfermería (amparado en la Ley No 7085 y su reglamento) –, respecto a la función de la Enfermería menciona que se atiende a personas enfermas o sanas, con la consigna de evaluar sus respuestas en materia de salud. Valorar e intervenir sobre la respuesta humana a través del cuidado es el objeto de Enfermería; ambas, son tareas que desde esta investigación se visualizan como prioritarias, esta vez a través de una modalidad de búsqueda de conocimiento (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1987).

Internacionalmente, desde la figura del Consejo Internacional de Enfermería (2002) se afirma que son funciones esenciales de la Enfermería los cuidados a grupos y comunidades en todos los contextos, incluyendo el fomento de un entorno seguro, la investigación y la participación en las políticas de salud. Nacional e internacionalmente, la investigación se somete a las competencias y funciones de las ciencias de la salud, y en particular de la ciencia enfermera.

En el marco de una sociedad cambiante, que aspira a la inclusión social y al desarrollo, es vital orientar las investigaciones hacia fenómenos contemporáneos, con incidencia social, política, mediática, económica e ideológica; todo en pro de modificar positivamente la salud y bienestar de colectivos históricamente invisibilizados. Paralelamente, la Costa Rica actual tiene una gran diversidad de retos, uno de ellos yace en la humanización de todas y todos quienes habitamos este país, incluyendo a las y los migrantes nicaragüenses.

Así, dada la relevancia social del estudio, su justificación bajo un marco de derechos humanos, y sus implicaciones teórico-prácticas, mi tema de investigación concierne a todas y todos quienes estén interesados en una sociedad más inclusiva, consciente y respetuosa.

Dicho todo esto, es fundamental cuestionar(me) de forma global en este estudio sobre ¿Cuál es la Representación Social de la Salud entre las Personas Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica?

Finalmente, presento mi tema de investigación “Representaciones Sociales de la salud entre personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica: Un análisis desde la Enfermería Transcultural” bajo la modalidad de Tesis, el cual se enmarca respectivamente dentro del área y línea de investigación sobre Sociedad, cultura y salud (Construcción social de la salud y la enfermedad).

### **Pregunta de Investigación**

La investigación apunta al análisis de las Representaciones Sociales de la Salud entre las Personas Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica en pro de un entendimiento más contextualizado de sus realidades en torno al fenómeno de la salud. Para esto, se analizarán dos procesos esenciales de las representaciones sociales: la *objetivación* y el *anclaje*.

Posteriormente, ambos procesos serán vinculados y analizados bajo conceptos centrales de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales (Enfermería Transcultural). Todo, a fin de contribuir con el desarrollo de más investigaciones sobre el tema, políticas públicas más contextualizadas, medios de comunicación más educativos, y una sociedad más respetuosa y sensible. Lo anterior nos conduce a la pregunta de investigación: *¿Cuáles son las Representaciones Sociales de la Salud entre las Personas Nicaragüenses en Costa Rica?*

### **Objetivo General**

- Analizar las Representaciones Sociales de la Salud entre las Personas Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica, según la teoría de Enfermería Transcultural.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar la objetivación de la representación social de la salud entre personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.
2. Comprender los procesos de anclaje de la representación social de la salud entre personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.
3. Vincular los conceptos generales de la teoría de Enfermería Transcultural con las representaciones sociales de la salud elaboradas por las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

# II

## Revisión de Literatura

## **Marco Referencial: Un Enfoque desde la Revisión de Literatura**

### **Antecedentes Generales**

Existen elementos cuyo análisis inicial se torna necesario para comprender las dimensiones sanitarias, antropológicas, sociohistóricas e ideológicas de la temática en estudio. Hago referencia aquí a los cambios en las sociedades, a la construcción histórica de la identidad nacional centroamericana y costarricense, a la diversidad cultural, a la creación de mitos e ideologías raciales y xenofóbicas, y principalmente, a los desafíos para el desarrollo sustentable en Costa Rica y la región.

A propósito, cabe resaltar que la investigación con y sobre personas requiere de una mirada humana, razón de ser de esta primera sección de corte sanitario y, además, antroposociohistórico, donde se devela la trayectoria y relevancia de las migraciones dentro del marco de la constitución de la identidad del ser costarricense, así como en la construcción del Estado de Costa Rica.

Y es que, el tema de las personas migrantes y de la migración en Costa Rica es complejo; así como su relación con la salud, educación, empleo, acceso a recursos básicos, políticas públicas, medios de comunicación, derechos humanos y demás aristas constituyentes de las sociedades humanas modernas.

América Central, y en particular Costa Rica, se han transformado a lo largo de sus historias. Este cambio constituye una de las características inherentes a la condición humana y al curso de la existencia. El cambio es lo único que no cambia. Hablo de transformaciones en personas, regiones, naciones enteras, colectivos invisibilizados, medios de comunicación, o políticas públicas. El cambio, en sí, es omnipresente.

Así bien, son muchas las razones y elementos que sustentan las bases de la plasticidad de las diversas y distintas realidades globales. El mundo es plástico, es cambiante; basta con analizar la Costa Rica decimonónica, donde las mujeres no podían ejercer el derecho al

sufragio, en comparación con la República actual, donde entre 2018 y 2019 una mujer de 35 años fue Presidenta de la Asamblea Legislativa. Mucho ha cambiado en la sociedad costarricense; mucho, continúa y continuará transformándose (Cambronero, 2018).

Por ejemplo, fenómenos que hace un par de décadas eran inexistentes dentro del imaginario colectivo; hoy, son parte crucial de la cotidianidad del *vox populi*. Temas polémicos tales como el aborto terapéutico, el matrimonio igualitario, la regulación del cannabis, la crisis fiscal del país, o la situación de los migrantes en términos de derechos humanos, son ahora parte de las conversaciones diarias de la población costarricense – y no costarricense – que habita esta pequeña nación de 51.100 km<sup>2</sup>.

En este sentido, la metamorfosis del país sigue la forma de aspectos como la fragilidad de la economía nacional, el impacto de la inversión pública, el desequilibrio fiscal, los patrones de crecimiento territorial insostenibles fuera del Gran Área Metropolitana, la debilidad organizativa del Estado reflejada en un aparato de dimensiones titánicas (que debería ser reducido al mínimo), y la crisis pandémica (Programa Estado de la Nación, 2017).

Así, en el 2017, siete partidos representados en el Congreso se suscriben al “Acuerdo Nacional por la Costa Rica Bicentenario” con el objetivo de unir esfuerzos para atender los grandes desafíos del desarrollo nacional; desarrollo marcado por los cambios económicos, sociales y políticos (Programa Estado de la Nación, 2017).

Por su parte, en el año 2019, sale a la luz el “Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022” o PNDIP. Este es un esfuerzo intersectorial donde se destacan los caminos a seguir en pro del desarrollo sostenible del país. El PNDIP puntualiza en que el rumbo del país debe seguir la línea de un crecimiento económico inclusivo en el ámbito nacional y regional, al mismo tiempo que se promueve la armonía con el ambiente, la generación de empleos de calidad, y la reducción de la pobreza y la desigualdad (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2019).

Estamos ante una sociedad costarricense en constantes transiciones; en donde el contexto económico, social, político, y ambiental interactúan entre sí generando un sinfín de dinámicas manifestadas en la producción económica, el empleo, la pobreza, la desigualdad social, y el impacto ambiental de las actividades productivas nacionales. Los retos son complejos, y resulta claro que aún este panorama, para todas las personas hay que gobernar e investigar, incluidas las personas migrantes nicaragüenses (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2019).

En esta línea, y ante flujos inmigratorios crecientes y cambiantes hacia el territorio nacional<sup>10</sup>, las estrategias para el abordaje del fenómeno deben trascender el enfoque de seguridad nacional y control de fronteras promulgado por algunas leyes en la materia<sup>11</sup>. Esto, para avanzar hacia visiones de mundo basadas en derechos humanos y más enfocados sobre las intersecciones entre el desarrollo<sup>12</sup>, las migraciones, y los derechos humanos.

---

<sup>10</sup> El diario La Prensa Libre, en una noticia del 3 de enero de 2019, comunica que a inicios del año 2019, aproximadamente 40 mil personas nicaragüenses ingresarán a Costa Rica. Razón por la cual, la Dirección General de Migración y Extranjería reforzará los trabajos en el puesto fronterizo de Peñas Blancas. Flujos inmigratorios como este, merecen la total atención de las autoridades correspondientes a fin de procurar una adecuada gestión fronteriza basada en una visión de derechos humanos, y no exclusivamente en abordajes de corte policiaco/criminal (Rojas, 2019).

<sup>11</sup> Cabe aclarar que con esta idea no niego la importancia que poseen los enfoques de seguridad nacional y control de fronteras para el abordaje de las migraciones en Costa Rica y la región, por el contrario. No obstante, este no es el único enfoque que debería prevalecer en las estrategias de intervención política; lastimosamente, esta ha sido la tónica desde la publicación de la Ley de Migración del 2005, donde se destaca una visión criminal de las y los migrantes, no se contempla la integración social, e incluso se definían zonas de rechazo migratorio; la Ley de Migración del 2009, por su parte, es prácticamente una continuación de la del 2005. Se hace hincapié sobre el hecho de que la ley incluye por primera vez una mirada de derechos humanos para el trato a la persona migrante, sin embargo, *per se* carece de recursos en materia de política pública para ser implementada, y además encareció los trámites migratorios a poblaciones que por sí solas poseen condiciones de vulnerabilidad, fomentando la inmigración irregular de forma indirecta (Dobles, Vargas y Amador, 2014). Si bien es cierto no han existido más cambios en la legislación y políticas públicas en la materia, en lo que se refiere al Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022, la situación parece abrir camino para enfoques más basados en el desarrollo nacional, fomentando a través de la inversión pública aspectos como la agilización de trámites migratorios, aumento en la seguridad fronteriza, abordaje integral de la trata de personas, promoción de la migración ordenada y regular, lucha contra la criminalidad organizada, y protección de poblaciones vulnerables, tales como migrantes y refugiados. El PNDIP sugiere un avance en materia de abordaje del fenómeno, dejando atrás nociones arcaicas y represivas, y entrelazando al desarrollo con las dinámicas regionales poblacionales y económicas (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2019).

<sup>12</sup> Entiendo al *desarrollo* desde una visión compuesta por las nociones de la *Antropología del Desarrollo* y los *Estudios del Desarrollo*. En este sentido, conceptualizo el *desarrollo* como la realización progresiva de los derechos humanos, aunada al aumento en la calidad de vida, la disminución de las inequidades, y la consecución de mejores indicadores de bienestar material en armonía con el ambiente (Viola, 2000; McCann y McCloskey, 2015).

Son ejemplos de esta idea, la inclusión de las dinámicas poblacionales (tal como la inmigración) en las estrategias de desarrollo y las políticas públicas, la revalorización de las contribuciones económicas de las y los migrantes a los países de acogida, así como el rol de las migraciones en las estrategias para afrontar el cambio climático, ya que no es novedad que la poblaciones migrantes, sufren condiciones de vulnerabilización multidimensional, y el elemento climático, es uno de sus verdugos (OIM, 2013).

Costa Rica, en este sentido, ha tenido avances notorios en materia del abordaje de las inmigraciones, tal como explicitado en el PNDIP, donde se parte de un enfoque intersectorial que busca abrir camino al desarrollo nacional y la inversión pública en aspectos como la agilización de trámites migratorios, aumento en la seguridad fronteriza, abordaje integral de la trata de personas, promoción de la migración ordenada y regular, lucha contra la criminalidad organizada, y protección de poblaciones vulnerables, tales como migrantes y refugiados (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2019).

En resumen, queda en evidencia que, para contribuir con los cambios positivos de Costa Rica y la región, es necesario visualizar al desarrollo vinculado junto con los derechos humanos de todas las personas que ocupamos el territorio de esta nación – incluidas las personas migrantes nicaragüenses sin distingo de estatus migratorio.

No obstante, en Costa Rica, ideológica y políticamente, dicha noción de un desarrollo nacional inclusivo, multicultural y basado en derechos humanos es reciente, y lo que la antecede, es un pasado cargado de un discurso identitario tendiente al blanqueamiento y europeización de la sociedad. Las secuelas de un pretérito idealizado en los libros de historia de Costa Rica aún viven entre el sentido común de una parte de las personas que habitamos este país, e inciden directamente sobre las realidades de las personas migrantes nicaragüenses.

De esta forma, conviene resaltar que tal situación no es ajena al resto de países latinoamericanos. Ya que, como menciona Quesada (2003) en América Latina, desde finales de la época colonial, y en particular desde la independencia, ha existido una preocupación muy seria por definir una identidad propia del ser latinoamericano. Procesos como la constitución del sistema-mundo a través de la colonización, las luchas de independencia, y la globalización transnacional, han dado forma a las particularidades del ser latinoamericanos/as (Ramos, 2012).

Por un lado, libertadores americanos como José Martí y Simón Bolívar, proponen visiones de pensamiento autónomo y autóctono. Mientras que, pensadores y políticos pertenecientes a las élites latinoamericanas, mimetizaban las identidades europeas, siendo reproductores y legitimadores en sus propias sociedades de las nociones sobre el progreso basado en el crecimiento económico desmedido y la “pureza de la raza” de los países industrializados. Esto último, se conoce como “bovarismo exótico”, y José Martí lo señaló apuntando al hecho de que, a final de cuentas, *la colonia siguió viviendo en la república* (Quesada, 2003).

De todas estas dinámicas sociales en América Latina, no escapó Costa Rica, claramente. Lo cual de hecho resulta contradictorio, ya que desde sus inicios la conformación de la población costarricense se deriva de un marco pluriétnico donde convergieron y se mezclaron personas españolas, indígenas americanos, orientales y población africana traída como mano de obra esclavizada (González, 2017).

Grupos étnicos amplios y diversos *per se*, dieron pie a la Costa Rica de la actualidad. Lo cual se manifiesta en el hecho de que, en Costa Rica, sean rurales o urbanos, los pueblos presentan un complejo mosaico de elementos culturales provenientes de diferentes tradiciones, geografías, edades, ideologías y géneros. Esto, conduce posteriormente a la creación de identidades locales, inmersas y contribuyentes en la identidad nacional, de la cual

se distinguen dos retos principales: 1) Asumir la diversidad en tanto a orígenes (lo *nacional* versus lo *extranjero*), y 2) Enfrentar la desigualdad social manifestada por la exclusión y marginalización social (Pacheco, 2013).

En tal sentido, el primer reto se relaciona con la aceptación colectiva sobre una conformación cultural diversa en Costa Rica, en donde se distinguen, posteriores a la génesis poblacional del Estado, otras vertientes de mestizaje, tales como las surgidas en paralelo a los flujos inmigratorios<sup>13</sup>. Por ejemplo, las primeras inmigraciones organizadas y masivas postcolonial son de personas alemanas, británicas y estadounidenses, allá por el año 1848, a estas siguen inmigraciones de chinos en 1855, latinoamericanos (incluidos nicaragüenses y colombianos) a partir de 1870, además de turcos, polacos, árabes y de demás nacionalidades (González, 2017).

Costa Rica, bajo el lente de la historia – y de la actualidad –, es un crisol de culturas. Pero, siendo esto así, ¿Por qué existe el racismo contra la persona migrante nicaragüense? y, ¿Cómo impactan elementos como la negación de la diversidad cultural y la desigualdad social, sobre la *salud* de estos colectivos?

En respuesta a la primera pregunta, data de finales del siglo XIX el surgimiento de un sentimiento generalizado de desencanto y frustración ante la no llegada de aquel progreso prometido por las élites europeizadas. La forma de canalizar dichos sentires fue sencilla. Se culpabilizó al “pueblo” por las desgracias del país – hállese del pueblo en relación con los indígenas, afrodescendientes y poblaciones mestizas (Quesada, 2003).

Además, en los últimos siglos, y hasta la actualidad, la génesis de los retrocesos en materia de derechos humanos, y aceptación/inclusión de las diversidades culturales, en

---

<sup>13</sup> En adición, se destaca que *migración* ha sido parte integral del *desarrollo costarricense* desde los inicios de la historia del país; sin embargo, a partir de los años 80, la dinámica migratoria en la región ha tomado nuevos rasgos que están directamente relacionados con las políticas de desregulación, privatización y apertura comercial que el llamado Consenso de Washington predicó, y que provocaron un cambio estructural en las economías centroamericanas (Voorend y Robles, 2011).

cuanto a población migrante centroamericana (particularmente nicaragüense), tiene sus raíces en ideologías relacionadas con la superioridad respecto al resto de Centroamérica (dada la noción colectiva sobre una cultura de paz, democracia e igualdad), y la idea sobre una homogeneidad cultural de Costa Rica (basada en la ascendencia europea) (Pacheco, 2013).

Conexamente, la identidad nacional del ser costarricense, en contraposición con las y los migrantes, se ha nutrido ideológicamente en las últimas décadas, de Estados Unidos, país que se ha caracterizado por colectivos con posturas neonazis y creyentes en la supremacía racial basada en únicos rasgos, tales como las “relaciones” entre color de piel e inteligencia. Basta con analizar grupos como “The White Supremacists”, quienes beben leche en alusión a su “superioridad genética” basada en la habilidad para digerir la lactosa (Pacheco, 2013; Harmon, 2018).

Ideas y manifestaciones como las anteriores, relativas a nociones sobre progreso vinculado con la acumulación tradicional de capital, y a hegemonías e ideologías raciales, reifican y legitiman visiones necro-políticas hacia los “no blancos” (tanto en Estados Unidos, como en los países ideológicamente afiliados, caso de Costa Rica), las cuales no son ajenas al presente; por el contrario, son vividas diariamente por el casi medio millón de nicaragüenses habitantes del país.

En Costa Rica, indígenas, afrodescendientes, y poblaciones de migrantes latinoamericanos, son – en muchas ocasiones – sinónimo de “nicas”, y por consecuencia (en términos de imaginarios colectivos), “culpables del no progreso” o de las desgracias (multidimensionales) del país. Sin embargo, la negación de la condición humana, el atropello a los derechos fundamentales, y la atribución de las máculas nacionales hacia las personas nicaragüenses en Costa Rica, también fue vivida por otros grupos étnicos a finales del siglo XIX (González, 2017).

Por ejemplo, en 1896, bajo la administración de Rafael Iglesias, se emite un decreto ejecutivo que faculta al gobierno para impedir el ingreso de “razas perjudiciales” para la estabilidad, integridad y seguridad nacional. Posteriormente, y en la misma línea, en el año 1903 se prohíbe explícitamente el ingreso al país de árabes, turcos, armenios, chinos, jamaíquinos de cultura afro y gitanos de cualquier nacionalidad (González, 2017).

Queda claro que mucho del discurso que se utiliza actualmente hacia los inmigrantes centroamericanos, en especial nicaragüenses, es casi idéntico al que alguna vez se utilizó particularmente contra chinos, judíos y turcos – además de las otras nacionalidades antes mencionadas. De esta forma, resulta evidente el matiz racial con el que se ha abordado el tema de las inmigraciones en Costa Rica (González, 2017).

En adición, un aspecto interesante es el hecho de que según González (2017), hoy en día, en Costa Rica, las comunidades de origen polaco, chino y libanés son parte integral y hasta cierto grado aceptada de nuestra sociedad. ¿Sucederá lo mismo para los colectivos de personas nicaragüenses en algún momento?, o ¿El panorama de la inmigración nicaragüense en Costa Rica cursará de forma distinta? Son preguntas que, por medio de estudios de este corte, y con el transcurso del tiempo se pueden develar progresivamente.

Igualmente, lo que sí sabemos es que no importa la procedencia de las personas o el contexto sociohistórico, el fenómeno de la migración siempre será un tema controversial en Costa Rica, la región y el mundo. Esto dadas sus implicaciones sociales, económicas e ideológicas. En otras palabras, los flujos migratorios, su incidencia social y su abordaje académico, político y mediático – incluso, segregacionista, entre otros enfoques – no son asunto del nuevo siglo; mucho menos para el caso de la inmigración nicaragüense. Lo que sí es reciente, es el enfoque basado en derechos humanos e inclusión social, Mismo bajo el cual se fundamenta esta investigación.

Se destaca entonces, que para investigar en Costa Rica y sobre salud, es necesario conocer el trasfondo sociohistórico que genera las realidades, vivencias, condiciones e inequidades en materia sanitaria de los diversos grupos que residimos en la nación. Es así como, en síntesis, la salud – con su respectiva representación - de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica, pasa por ser un fenómeno complejo y poco estudiado, que merece una mirada integrada, crítica, que abogue por los derechos humanos, que sea capaz de contemplar el origen sociohistórico de las inequidades en el país, y que posea un claro enfoque de desarrollo.

Así bien, para los retos en materia de desarrollo de la Costa Rica del siglo XXI, el fenómeno de las migraciones, en particular de la inmigración de personas nicaragüenses, se torna fundamental. Esto en pro del favorecimiento de un marco de intervenciones estatales inclusivas y conscientes de la necesidad económica, social, e ideológica de también gobernar para quienes han estado en las sombras de la discriminación, la xenofobia, aporofobia, y el racismo durante décadas.

Es por lo anterior, que cada vez toma más peso conocer sobre las relaciones entre *Salud y Migración*, factores cuya interacción se torna influyente sobre las realidades, vivencias, prácticas, actitudes y representaciones sobre la salud de las minorizadas poblaciones étnicas cuyo rol y derechos en la sociedad aparentan estar regidos en función de su condición de (no) ciudadanía – humanidad. Hago referencia específicamente a la situación de las personas migrantes nicaragüenses. Para ahondar sobre las relaciones entre *Salud y Migración*, dedico el siguiente apartado.

### **Salud y Migración**

El estudio sobre salud de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica se enmarca por medio del análisis retrospectivo de las principales investigaciones a nivel mundial, regional y nacional acerca de los dos tópicos esenciales de la tesis: *Salud y*

*Migración*. En esta línea, me posiciono desde un enfoque de Enfermería Transcultural y Salud Colectiva, donde se parte de una concepción interrelacionada sobre la salud y sus elementos asociados. Todo esto, para conducir el análisis de los antecedentes sobre las relaciones entre *Salud y Migración* en Latinoamérica, Centroamérica y Costa Rica.

Así, dichos estudios permiten esclarecer cuáles han sido los esfuerzos académicos, políticos y sociales por comprender a la migración dentro de las dinámicas de cambio social en la actualidad. Evidencia científica rigurosa y actualizada, que permite generar una fotografía del devenir sociohistórico, así como de las principales dimensiones y actualidad del objeto y sujetos de estudio. Para lo anterior, utilizo como referencia documentos del Derecho Internacional, políticas, libros, y artículos científicos, de un rango de 5-10 años de antigüedad. A brevedad, presento, analizo y reflexiono sobre los principales estudios en mis tópicos de investigación.

Así entonces, conviene cuestionarnos ¿Qué es la salud? y ¿Por qué es tan complejo conceptualizarla? Y es que, si pensamos en términos de la amplitud del objeto de la salud, nos deparamos con que esta, está presente en todas partes. Desde las áreas y niveles de salud definidos por el Ministerio de Salud de Costa Rica, los hospitales públicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, la sala de redacción de Telenoticias, los curules en la Asamblea Legislativa, la frontera norte o sur, los territorios indígenas, hasta el diario vivir de las y los vendedores ambulantes en la Avenida Central en San José. En todos estos espacios, la salud es un fenómeno crucial.

De esta manera, se destaca que en todos los contextos humanos hay varios elementos protagonistas y configuradores de la constitución de las realidades. Salud, es uno de ellos. A propósito, varias entidades abordan las dimensiones del concepto desde varios enfoques. Unas, tendientes a la biomedicalización de la sociedad; otras, hacia una conceptualización más integrada y contextualizada.

Bajo esta línea, el lenguaje, como institución, medio y práctica capaz de (re)crear e influir sobre las realidades, aporta pistas sobre cómo entender la salud. Por esto, y como primer acercamiento a la conceptualización de salud, es prudente y necesario consultar la definición dada por el máximo ente regulador de la lengua española.

La Real Academia Española de la Lengua (2018) propone que la salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. También, la salud está relacionada con el conjunto de condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado, además de algo tan cotidiano como desearle “un bien” a alguien. Para efectos de la construcción de nuestro concepto de salud, la RAE nos aporta el hecho de que la *salud* está relacionada con la *cotidianidad*.

Por otra parte, analizando la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (2018), me doy cuenta de que en su carta constitucional de 1946 se apunta hacia un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, me cuestiono ¿Es posible alcanzar un estado de *completo bienestar físico, mental y social*? Lo dudo mucho; y en sí, concuerdo con dos puntos: 1) La salud se relaciona y aspira al bienestar, y 2) La salud está relacionada con la esfera física, mental y social.

Complementariamente, una definición más integrada y actual, es brindada por la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la OMS en el año 2007, cuando se propone a la salud como un *derecho humano fundamental*, así como un *fenómeno social, económico, y político*, siendo las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia las causas más importantes de los *problemas de salud* a nivel planetario. Aquí, se liga la salud a una esfera más amplia, distinguiéndose como elementos constitutivos de esta, la sociedad en general, la economía, la política y la justicia social (OPS, 2007).

En adición a lo anterior, desde las ciencias de Enfermería, la salud es definida por varias teorizantes. Por ejemplo – y en concordancia con uno de los referenciales teóricos de la investigación –, la enfermera y antropóloga Madeleine M. Leininger – fundadora de la Enfermería Transcultural – concibe a la salud como el estado de *bienestar* que se *define, valora y practica* culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas (Alligood y Marriner, p. 461, 2011).

Adicionalmente, y desde la antropología de la salud, la salud es concebida como un *constructo amplio* que incluye el bienestar físico, psicológico y social, así como la *funcionalidad* de rol dentro de la sociedad. Aquí se destacan como elementos más relevantes de la definición, al bienestar y la funcionalidad (Ember y Ember, 2004).

En resumen, si se realiza una armonía entre los supuestos básicos de los autores expuestos, junto con mi criterio y conocimientos profesionales y personales, hablaría de la salud como un concepto polisémico, subjetivo y cultural. Igualmente, concibo la salud como un fenómeno socioambiental que involucra ideas, acciones y métodos para acercarse al bienestar y alejarse del malestar en diferentes niveles y contextos. La salud, asimismo, se construye en paralelo de la adaptación al ambiente.

En línea con mi conceptualización de la salud; cabe destacar que el énfasis investigativo de mi estudio reside en la Salud Colectiva bajo el enfoque de una epidemiología crítica latinoamericana, con el uso teórico-metodológico de las determinaciones sociales de la salud, ambos paradigmas y herramientas expuestos por Jaime Breilh, pionero y referente en la investigación en salud en América Latina.

Para comprender mejor estos posicionamientos, hay que darse a la tarea de comprender a grandes rasgos el origen, motivaciones y principales ideas de la denominada Medicina Social Latinoamericana (MSL), movimiento que toma fuerza en los años 70·s, y que ahora se conoce como Salud Colectiva (Breilh, 2013).

Así, la MSL tiene importancia para el enfoque de Salud Colectiva basado en la epidemiología crítica – con el subsecuente uso teórico-metodológico de las determinaciones sociales de la salud –, dado que nace como un movimiento de académicos, practicantes e investigadores de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores, estudiantes y organizaciones populares que estaban disconformes con el modelo económico desarrollista que se implementó con intensidad en los años 60.

El movimiento en sí aboga por el estudio de la relación entre el orden social capitalista y la salud, relación que hasta el momento había permanecido silente. En este sentido, la Salud Colectiva erigió sus bases según el cuestionamiento de los alcances/beneficios de la salud pública con enfoque desarrollista que bebe de la epidemiología convencional (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías, 2002; Breilh, 2013).

Así, se critica la idea referente a que los efectos del crecimiento económico llevarían *sine qua non* a un mejoramiento general de la salud en las sociedades. A la luz de un aumento en los indicadores macroeconómicos, pero con un deterioro de los indicadores sociales – incluida la salud –, se resume el panorama latinoamericano en la década de 1960<sup>14</sup> que da pie a la corriente de la Salud Colectiva (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías, 2002).

Ejemplos como el aumento de la mortalidad infantil, incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, coexistencia de enfermedades de la pobreza y la riqueza, y costos más elevados en la atención sanitaria son algunas de las manifestaciones de la crisis de la salud pública empírico-funcionalista en los años 60. Para subsanar los embates de este desarrollismo fallido, la Salud Colectiva se centra teórico-metodológicamente en los

---

<sup>14</sup> Necesario de conocer, se destaca que en la década de los 70, las principales manifestaciones de los embates del desarrollismo fallido fueron la marginalización naciente, en los años 80, el panorama se tiñó de un agresivo post-industrialismo y desmantelamiento neoliberal de los derechos que logró agravar la inequidad y exclusión social, mientras que el siglo XXI, la aceleración de la acumulación económico por convergencia de usos peligrosos de la tecnología productiva, despojo y shock, ha modificado el perfil de sufrimiento humano y ha diversificado las formas de exposición masiva a procesos dañinos, amplificando y diversificando los mecanismos de destrucción de los ecosistemas (Breilh, 2013).

colectivos, y objetiva comprender los *orígenes sociales* de los procesos de salud y enfermedad, para posteriormente transformar la sociedad (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías, 2002).

Lo anterior se logra por medio de un enfoque basado en la epidemiología crítica<sup>15</sup> latinoamericana, que trabaja particularmente sobre la construcción popular-académica de sociedades centradas en la vida, la equidad y la plena bioseguridad, mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busca alimentar procesos de *reforma crítica* en función de la defensa de los derechos humanos (Breilh, 2013).

La epidemiología crítica latinoamericana es, por sí sola, un medio y motivo para que los pueblos, a través de sus luchas, superen un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce. Esto frente a la construcción de modos de vivir saludables. Breilh destaca que la epidemiología crítica latinoamericana es y debe ser siempre, emancipadora (Breilh, 2013).

Por último, implica como parte de sus categorías analíticas sobre el objeto de estudio, el orden (vinculado con el orden social y relaciones de jerarquía), el carácter del movimiento (visión de cómo se da el movimiento, génesis y reproducción), la temporalidad (concepción de la temporalidad del objeto, sus elementos e historicidad), y el espacio social y sus elementos (espacio social de la determinación y espacialidad del objeto – dimensiones, conexión histórica de elementos) (Breilh, 2013).

Por su parte, uno de los paradigmas ideológico-praxeológicos que alimentan a la epidemiología crítica latinoamericana es la *determinación social de la salud* (DS). La DS desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología, y propone

---

<sup>15</sup> Dentro de la epidemiología crítica se distingue cuatro enfoques, a saber: 1) Basados en el realismo crítico materialista del siglo XIX. Donde se distinguen el propuesto por Laurell y el de Jaime Breilh (enfoque del que bebe esta investigación); 2) Enfoque de etno-epidemiología de Almeida Filho; 3) Eco-epidemiología de Krieger (Breilh, 2013).

una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir (Breilh, 2013).

A grandes rasgos, las DS buscan sustituir el pensamiento lineal por el complejo, y se plantea descifrar – y luego transformar – los movimientos de la vida, los metabolismos sociedad-naturaleza, los modos de vivir (económicos, políticos y culturales) y el movimiento de los geno-fenotipos humanos; todo, en el marco de sociedades cuyo eje esencial ha sido y es la acumulación de capital. El autor propone que solo de esta forma se logrará trascender la noción de “causas de las causas”<sup>16</sup> (Breilh, 2013).

Dicho así, la DS asume una posición dialéctica, donde dialoga sí o sí con los polos de la individualidad y la colectividad, entendiendo el papel de cada uno, y reconociendo que la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado; dicha idea, es clave para comprender el posicionamiento de las determinaciones sociales de la salud (Breilh, 2013).

Así, la DS va y viene entre las dimensiones general, particular y singular; se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. Dentro de dichos procesos, se apunta al hecho de que hay un movimiento de cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas entre organismos (esfera social) y el ambiente (esfera biológica) (Breilh, 2013).

En resumen, la epidemiología crítica latinoamericana de Jaime Breilh, junto con su paradigma teórico-epistemológico paralelo, fungen como piedras angulares de los análisis desde Salud Colectiva, los cuales abarcan una comprensión profunda de los procesos de (re)producción social, producción económica y cultural, marginalización, y participación política, todos vistos como ejes capaces de determinar una génesis o acceso diferencial a

---

<sup>16</sup> De hecho, la categoría de determinantes sociales de la salud se fundamenta en aportes de investigadores latinoamericanos que se basaban en un enfoque de determinaciones sociales. De esta manera, la categoría de *determinación social* terminó transmutada en *causa de las causas*, es decir, su noción emancipadora terminó convertida en la noción funcional de *determinantes sociales*, aptos para modificaciones de la gobernanza.

condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas de vida y consecuentemente, de salud (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías, 2002).

En otras palabras, desde la Salud Colectiva se abandona la dicotomía causal y lineal de salud-enfermedad, y se avanza a un paradigma enfocado en el hecho de que los procesos de construcción de la salud poseen trasfondos sociohistóricos y esencialmente colectivos sobre los cuales existen posibilidades de transformación. En este enfoque, el análisis regional toma mayor peso, y esta es la razón por la cual en las páginas siguientes se utilizan informaciones pertenecientes a América Latina, Centro América y, por último, Costa Rica<sup>17</sup> (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías, 2002; Breilh, 2013).

Antes de exponer dichos estudios, es necesario conocer el estado general en materia de salud en América Latina a fin de nutrir nuestro panorama en relación con el tema de las migraciones. En este caso, son varias las organizaciones que se muestran como referentes para abordar la temática. La Organización Panamericana de la Salud, presenta varios informes que son que explicitan lo anterior.

Por otra parte, el Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2016), expone la evolución, realidades y retos de la región Centroamericana en pro del desarrollo humano, siendo este último una perspectiva encaminada al bienestar colectivo, donde se destacan relaciones estrechas con la salud.

De acuerdo con la OPS (2019) en el informe “Tendencias de la Salud en las Américas” la población del continente es de 1010 millones de habitantes hasta el 2019, representando a poco más del 13% de la población mundial. Se destaca así, que la población americana ha crecido un 31% en los últimos 25 años.

---

<sup>17</sup> Lo anterior no significa que el panorama mundial es irrelevante, por lo contrario. En las páginas destinadas a develar los antecedentes sobre el tema de la migración, se exponen informes mundiales sobre la temática, esto de forma breve y general y sin puntualizar sobre algún punto en particular.

Así bien, se destacan varios avances en materia de salud, entre ellos: aumento en la esperanza de vida (75 años en promedio, hasta el 2015), disminución de las tasa bruta de mortalidad, de mortalidad materna (a 52 muertes hasta el 2016) y mortalidad infantil (a 12,2 hasta el 2016), baja en los casos de malaria, decrecimiento en las defunciones relacionadas al SIDA entre el 2005-2015, impacto positivo de las políticas de control de tabaco, baja en la tasa de fecundidad en adolescentes, aumento en la tasa de atención prenatal, entre otros (OPS, 2017; OPS, 2019).

Sin embargo, la OPS reconoce que, en América, las enfermedades no transmisibles son las primeras causas de muerte (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales implicadas en las defunciones), siendo aspectos vinculados la alimentación poco saludable, la actividad física insuficiente, y el consumo de alcohol y tabaco. Adicionalmente, se destaca que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en niños, adolescentes y adultos. Modos de vida ligados a inequidades y a condicionantes estructurales, salen a la palestra al conocer todas estas informaciones (OPS, 2017).

Un dato interesante es el hecho de que sólo Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay, asignan más de un 6% de su PIB al gasto público en salud. Desde avances en materia de acceso y cobertura a atención clínico-asistencial, modos de vida predisponentes a enfermedades no transmisibles, e inversión insuficiente en programas sociales – incluida la salud –, son las características que mayor distinguen a América en la actualidad (OPS, 2017).

Con las anteriores realidades a nivel americano, conviene preguntarnos sobre la actualidad de la región centroamericana. Con base en el Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible del Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2016) se distingue que hasta el 2014 la población centroamericana es de casi 45,6 millones de habitantes; es notable que, en el 2015, un 8% de la población regional vivía fuera

de sus países de origen (82% en EE. UU.), dato que es fiel reflejo de las dimensiones de las dinámicas migratorias en Centroamérica (Programa Estado de la Nación, 2016).

A su vez, la mortalidad infantil disminuyó en todos los países del istmo, la inversión social aumentó en toda la región durante el periodo 2000-2013 (persisten brechas considerables), en 2014 cerca del 60% de la población en Centroamérica tenía al menos una necesidad básica insatisfecha (Programa Estado de la Nación, 2016).

Además, se reporta un aumento en la exclusión social (35% a 42%), ha existido un crecimiento económico moderado acompañado de un aumento en la deuda externa para financiar los déficits fiscales, la deuda ecológica es creciente, se ha luchado más contra la corrupción (esto junto a un aumento de la protesta pública), y hay tasas netas altas de cobertura en educación (más del 80% en todos los países, sin embargo, para preescolar y secundaria, la cifra baja a 60% en todos los países) (Programa Estado de la Nación, 2016).

En resumen, el aumento en la brecha social, las necesidades insatisfechas, la exclusión social, el aumento en el endeudamiento, la huella ecológica deplorable y la cobertura de educación dispareja entre los grados del sistema educativo, son parte de las realidades de los más de 45 millones de centroamericanos en la actualidad. Todos estos indicadores económicos, sociales y políticos inciden sobre el bienestar colectivo de las personas, y en específico sobre dos en particular: *Salud y Migración*.

Ahora bien, analicemos lo que concierne a los dos países con los que se vincula esencialmente la investigación; Costa Rica y Nicaragua. Nicaragua a grandes rasgos posee una población de 6,5 millones de personas (hasta el 2019), además, presenta un índice de desarrollo humano de 0,60 (hasta el 2014), su PIB es de \$4790 (US\$ per cápita), y su esperanza de vida al nacer es de 75 años (OPS, 2017; OPS, 2019).

Todas las anteriores informaciones se relacionan con la salud, y son salud; no obstante, según el formato del informe, los datos sobre salud son los siguientes: el sistema

de salud está conformado por un sector público (Ministerio de Salud – rector sanitario y prestador de servicios que posee una cobertura de 65% –, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social – cobertura de 18% – y Servicios Médicos del Ejército y la Policía – cobertura del 6% –) y uno privado (sector que se encarga del restante 11% de la cobertura en salud) y su inversión en salud es de 6,2% (hasta el 2013). Vemos, una cobertura segmentada para los servicios de salud; ahora veamos cómo esto impacta sobre los indicadores epidemiológicos (OPS, 2017).

En Nicaragua, la tasa de mortalidad bruta es de 123 muertes por 100.000 habitantes (hasta el 2013), su mortalidad infantil notificada asciende a 12,2 por cada 1000 nacidos vivos (2018), la mortalidad materna de 34,5 por cada 100.000 (2018), la desnutrición global de 5% (2012), cobertura de vacunación global de 85% (2012), y las principales causas de muerte fueron enfermedades circulatorias, causas externas, neoplasias, enfermedades nutricionales, metabólicas y del sistema respiratorio. Coberturas de salud segregadas e insuficientes para una población de casi 7 millones son parte de las manifestaciones que dejan como consecuencia el régimen político autoritario, la inestabilidad económica y el atropello contra los derechos humanos en el país vecino (OPS, 2017; OPS, 2019).

Veamos ahora el panorama de Costa Rica. Dicha nación se encuentra entre los países con más alto desarrollo humano en la región, y ocupa el quinto lugar de tal distinción en América Latina, esto a causa de una fuerte inversión social pública. Indicadores de desarrollo humano más elevados que su país vecino en el norte fundamentan *a priori* los flujos migratorios cíclicos y permanentes de nicaragüenses hacia Costa Rica (OPS, 2017).

Costa Rica tiene una población de poco más de 5 millones de personas, su índice de desarrollo humano es de 0,76 (hasta el 2013), su PIB es de \$14420 (US\$ per cápita), la pobreza general asciende a 21,7% y la extrema a 7,2% (2015), la alfabetización es de 97,8% (2015), casi toda la población costarricense tiene acceso a fuentes de agua potable, el

desempleo ronda el 10% (2015), y la esperanza de vida al nacer es de 79 años (2016). En materia de salud y sistema de salud, se presentan las siguientes informaciones (OPS, 2017).

Sobre el sistema de salud costarricense, este está integrado por Ministerio de Salud (ente rector) y la CCSS (ente prestador de los servicios), más una serie de instituciones públicas y privadas que cumplen funciones anexas. Se estima que la cobertura del seguro social de salud fue de 84,9% para el 2013, y si se agrega el sector privado, esta cifra aumenta considerablemente; en sí, el sistema de salud enfrenta el reto de contribuir a generar mayores niveles de equidad y solidaridad (OPS, 2017).

Ahora, sobre indicadores epidemiológicos, la tasa de mortalidad general fue de 4,4 muertes por 1000 cada habitante (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, causas externas, y enfermedades del sistema respiratorio fueron las principales causas de muerte) (hasta el 2014), la mortalidad materna fue de 14,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (2018), y la mortalidad infantil fue de 8,4 por cada 1000 nacidos vivos (2015). En síntesis, la OPS (2017) distingue que los principales problemas de salud en Costa Rica son el déficit nutricional en niñas y niños, sobrepeso en adultos, prevalencia de enfermedades crónicas y los incrementos en los costos de atención.

En comparación, tanto Costa Rica como Nicaragua, poseen mejores indicadores en algunos rubros que su vecino del Norte y Sur respectivamente; no obstante, Costa Rica se convierte, según su balance general (dado por el índice de desarrollo humano, el cual incluye esperanza de vida al nacer, tasa de alfabetización y PIB per cápita) y elementos paralelos como su régimen democrático, sociedad libre de conflictos militares, y acceso y cobertura casi universal del sistema de salud, en un territorio clave para la acogida de miles y miles de migrantes centroamericanos, y en particular nicaragüenses.

Esclarecido el panorama social, económico y político de América, Centro América y Costa Rica y Nicaragua, conviene adentrarnos en las dimensiones del fenómeno de la

migración. A nivel mundial, dicha temática acapara diariamente las portadas de distintos medios de comunicación, revelando la actualidad y relevancia social del estudio en cuestión.

De forma amplia, se conoce como migración a todo aquel movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos. Así como el término es amplio, existen muchos tipos de migraciones, de las cuales – para efectos de la tesis – nos interesan la migración internacional (caso de Nicaragua y Costa Rica), y migración regular e irregular (dado que el estudio no hace distinción por sobre el estatus de legalidad), todos descritos seguidamente (OIM, 2019).

Se conoce como migración internacional al movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera. Si no es el caso, serían migrantes internos (OIM, 2019).

Por otra parte, la migración regular es la que se produce a través de canales regulares y legales. La migración irregular, por su cuenta, incluye a todas aquellas personas que, por unos u otros motivos, se desplazan al margen de lo estipulado por los acuerdos nacionales e internacionales en materia de derecho. El término se aplica para personas que no poseen/portan documentos o no cuentan con un estatus migratorio de legalidad. Cabe destacar, que internacionalmente, no existe un consenso respecto a esta definición (OIM, 2019).

Subsecuentemente, del término “Migración” y sus clasificaciones, surge otro muy importante para el estudio, este es el vocablo “Migrante”. Según la OIM en su último Glosario sobre Migración, a nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término “migrante.” Este término abarca usualmente todos los casos en los que

la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por “razones de conveniencia personal” y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias (OIM, 2019).

En tal sentido, el término “migrante” es muy amplio, y el mismo documento incluye una serie de categorías para dilucidar sobre dicha amplitud. Para efectos del estudio, interesan las categorías de migrante regular e irregular (las cuales se definen según lo explicitado anteriormente sobre migración regular e irregular). Una vez definidos los términos, es necesario el acontecer global en la temática, esto nos conducirá posteriormente a su vinculación con la salud. Ambos, tópicos esenciales de la investigación.

Así bien, según indica la Organización Internacional para las Migraciones, existen 272 millones de personas declaradas como migrantes internacionales, de las cuales el 72% son laboralmente activas (20-64 años). Europa<sup>18</sup>, Asia y Norteamérica son las regiones del mundo que reciben más migrantes (84% del porcentaje total de migrantes internacionales) (OIM, 2019; OIM, 2017).

Tal como se ha explicitado, la migración a nivel mundial se ha ido transformando conforme el devenir de la humanidad, y en paralelo a fenómenos como el de la globalización

---

<sup>18</sup> El panorama de las migraciones en Europa es una de las temáticas más en boga actualmente. En un artículo titulado “La costruzione sociale dell’immigrazione come problema: il caso italiano” de Pilati (2018) se analizaron los significados y posiciones de las personas ante la inmigración, esto en 9 ciudades europeas, así como en distintos sectores de la sociedad italiana. Los resultados totales a nivel europeo son interesantes, ya que indican que un 47% de las personas posee posiciones favorables ante la inmigración, 27% neutrales, y 19% se declara totalmente antinmigración. La autora sugiere que el discurso público acerca de la inmigración está altamente polarizado en Europa, y particularmente en Italia. Asimismo, concluye que las posiciones contrarias o antinmigración, contribuyen para la constitución de la inmigración como un problema social. Es decir, es la propia ciudadanía quien crea y posiciona a la inmigración como un problema social, y no la inmigración *per se*. Entre más negativa sea la posición de las personas ante la inmigración (aspectos como el desconocimiento, el nacionalismo desmedido, las crisis económicas, y las tensiones políticas, contribuyen a que las personas vislumbren la inmigración como algo negativo), mayor será la visión del fenómeno como un problema social, lo cual incide sobre la formulación de políticas públicas, la cobertura mediática, y los conocimientos de sentido común en la sociedad.

y las crecientes tensiones políticas en los diversos países. Actualmente, el panorama de las migraciones internacionales discurre por aumentos en el volumen de los flujos migratorios, la diversidad étnica, y los alcances geográficos; es decir, las migraciones se han extendido a más lugares, implican a más personas, y movilizan personas de más procedencias (Czaika y de Haas, 2014).

En adición, aspectos puntuales como los avances en los transportes y las telecomunicaciones, propios del fenómeno de la globalización, han facilitado dichos cambios en los flujos y contextos migratorios. Así pues, resulta necesario analizar y entender la migración mundial como la suma de componentes de diversa índole. Sumado a esto, es esencial situar a los acontecimientos fuente de tensión, desequilibrio, y malestar en la sociedad, como parte de los causantes de las dinámicas migratorias actuales. Háblese por ejemplo del régimen de Daniel Ortega en Nicaragua, o de Nicolás Maduro en Venezuela (Czaika y de Haas, 2014; OIM, 2017).

Por último, es necesario resaltar que los corredores y flujos migratorios que se han definido a lo largo del tiempo se fundamentan en parte en la proximidad geográfica, pero también se ven influidos por factores comerciales y económicos, situaciones de conflicto e inseguridad humana, relaciones comunitarias y lazos culturales, así como por la trata de personas; el caso de la migración nicaragüense hacia Costa Rica no escapa de dichos patrones. A fin de cuentas, se estima que para el año 2050 la cantidad de migrantes internacionales ascenderá a 405 millones de personas (OIM, 2017).

Dada la globalidad del fenómeno, queda claro que cada región y país del mundo posee sus especificidades en cuanto al fenómeno de la migración, siendo la salud, uno de sus elementos mayormente implicados. Por estas razones, la adopción de un enfoque integral e integrador respecto al derecho a la salud requiere que los planes, las políticas y las estrategias nacionales prevean las necesidades sanitarias y la vulnerabilidad de la población migrante.

A nivel mundial, los retos se plantean en esta línea, situación que no difiere mucho de la región latinoamericana (OIM, 2013).

Particularmente, y al igual que en todo el mundo, el caso de América Latina es bastante complejo. Por un lado, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) establece derechos básicos reconocidos para las personas migrantes (sin que esto signifique el derecho a la migración *per se*), basados en el principio de la *no discriminación*. No obstante, los gobiernos nacionales y sus políticas migratorias han violentado el derecho a la libertad, la nacionalidad, y las garantías judiciales de las personas que migran. Por un lado, los tratados internacionales brindan una capa que debe proteger a quienes dejan sus hogares en busca de una mejor vida, por el otro, existe un atropello estatal para con los derechos de estas personas (Torres-Marengo, 2011).

En línea con dicha dicotomía regional sobre derechos humanos, las dimensiones de la migración en Latinoamérica son amplias. De forma general, este fenómeno posee tres patrones dominantes de migración internacional desde la segunda mitad del siglo XX, siendo estas la emigración extrarregional, la inmigración histórica de ultramar y los intercambios intrarregionales. Solo hasta el año 2010 había más de 30 millones de latinoamericanos residiendo en países distintos al de su nacimiento, esto equivale a más del 4% de la población total de América Latina. Los datos son contundentes, y demuestran que en la región latinoamericana las migraciones están a la orden del día (CEPAL, 2014).

Por ejemplo, uno de los mayores flujos migratorios de personas en Centroamérica es el que tiene su destino en Estados Unidos. La anterior idea se resume en el hecho de que, en el año 2015, aproximadamente 25 millones de personas migrantes emprendieron su travesía hacia América del Norte. Dentro de los países con mayor cantidad de emigrantes hasta el 2015 en Latinoamérica, está México en primer lugar, con 12,5 millones de personas que

viven en el extranjero. Otros países como El Salvador, Guatemala y Honduras también cuentan con importantes poblaciones de migrantes en Estados Unidos (OIM, 2017).

Otros flujos migratorios importantes en América Latina se presentan en Venezuela, donde residen casi 1 millón de colombianos (hasta el 2015). También, Argentina cuenta con la mayor población de origen extranjero de la región (más de 2 millones de migrantes), compuesta principalmente por personas provenientes de Paraguay y Bolivia; lo mismo sucede para Venezuela, México, y Brasil, que son los países donde vive mayor población migrante en América Latina. Por último, Costa Rica presenta el mayor porcentaje de inmigrantes respecto a su población total (casi el 9% en 2015), siendo en su mayoría, personas migrantes nicaragüenses (OIM, 2017).

Pero entonces, ¿Y las inmigraciones hacia América Latina? Pues sí las hay, pero la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014) estima que hasta el 2010, la población extranjera residiendo en América Latina era de 7,6 millones. Siendo así, la inmigración acumulada en la región continúa siendo un proceso de menor envergadura que el de la emigración. Apriorísticamente, se podrían mencionar a las inequidades en la reproducción y distribución de la riqueza, y a los gobiernos extremistas como causantes de flujos emigratorios más altos que los inmigratorios (CEPAL, 2014).

De acuerdo con Carlos Sandoval, investigador centroamericano referente en el tema, si a nivel mundial la migración se estima en un 3%, en América Latina este porcentaje aumenta a un 6%, y en Centro América se estima que entre un 12-14% de la población no vive en sus países de nacimiento. Esto apunta a que en la región centroamericana la migración internacional duplica y cuadruplica las estimaciones regionales e internacionales. De tal forma, sea desde la experiencia personal, los imaginarios sociales, las políticas públicas o la acción política, las migraciones son un fenómeno crucial para comprender la región en la que vivimos (Sandoval, 2016).

Sobre la región en que vivimos, Centroamérica, hay mucho que decir en el tema de las migraciones. Actualmente, y de los años 70, existe un corredor migratorio bastante importante que transporta a miles de centroamericanos hacia Estados Unidos a través de todo México. En resumen, la población migrante en tránsito que viaja a través de México hacia Estados Unidos proviene en un 95%<sup>19</sup> de países como Honduras, México, Guatemala, El Salvador y Nicaragua (en orden de afluencia). Su mayoría son personas del género masculino, de entre 18 y 35 años, y en general se dedican a labores relacionadas al sector agrícola-ganadero, servicios, u oficios aprendidos con la práctica, como carpintería o panadería (Sandoval, 2016).

El anterior panorama corresponde a una de las dinámicas migratorias más voluminosas a nivel mundial, y específicamente del continente americano. En la región latinoamericana, se distingue que la mayoría personas migrantes viajan hacia Estados Unidos. El segundo país con mayor volumen de inmigrantes es Costa Rica (OIM, 2019).

Pero entonces, ¿Qué rol posee Costa Rica dentro de las dinámicas migratorias latino y centroamericanas? Hablamos de aquel país, que después de Estados Unidos, cuenta con el mayor porcentaje de inmigrantes según su población. Pues a la luz de esto, en este país existen grupos de personas inmigrantes provenientes principalmente de Nicaragua, Panamá, Guatemala, El Salvador, Honduras, Venezuela y Colombia. El Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica en conjunto con la OCDE destaca que el 13% de la población en Costa Rica es inmigrante, siendo el 85-90% personas de Nicaragua; seguido de Colombia con un 3%, y Estados Unidos con un 2% (OIM, 2019; Mayorga, 2017).

En tal manera, y a propósito de las características de la población migrante nicaragüense en Costa Rica, a través del sentido común es sabido que ser una persona

---

<sup>19</sup> Un 1% de la muestra analizada de personas que viajan a través de México para llegar a Estados Unidos, provienen de países como Ecuador, Colombia, Belice, Costa Rica, Panamá, Cuba, Perú, Puerto Rico, Bolivia, República Dominicana y Estados Unidos.

migrante nicaragüense vulnerabilizada es prácticamente estar confinado a espacios de acceso inadecuado a servicios básicos, condiciones y fuentes de salud deterioradas, consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPs), comercio sexual, y violencia. Independientemente del estatus migratorio, ser nicaragüense en Costa Rica es visto desde una óptica racista.

Todos estos elementos constituyentes del imaginario sobre las personas nicaragüenses en nuestro país se relacionan directamente con la salud del colectivo y de la sociedad en general. Por tal motivo, se analizará dicho fenómeno desde varias aristas que poseen asociación con la salud (indicadores económicos, educativos, sociales, y de atención sanitaria) y con sus consecuentes representaciones (división ideológica de la población costarricense en torno al fenómeno de la migración) entre las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

En una de las aristas relacionadas con la salud, se distingue que sociodemográficamente hay más personas nicaragüenses del género femenino (53.4%) que del masculino (47.1%) en Costa Rica, esto se debe a procesos de *feminización de la migración*<sup>20</sup>, acompañados por incrementos en los nacimientos de madres extranjeras en Costa Rica, así como a crecimientos en la cantidad de hogares binacionales (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

“(…) los nicaragüenses estamos regados por muchas partes del mundo. Buscando mejoría para uno y para los hijos (…)”. Con estas palabras, describe Nora, una mujer nicaragüense de 42 años, y con 14 de vivir en Costa Rica, su experiencia migratoria en el

---

<sup>20</sup> Siguiendo esta línea, cabe hacer hincapié en uno de los procesos que actualmente caracteriza a las migraciones alrededor del mundo: la *feminización de la migración*. Por ejemplo, la migración desde América Latina hacia Europa está altamente feminizada, ya que en el periodo de 1998-2012, el 56% de las personas de América Latina que se movieron a Europa, fueron mujeres. Esta dinámica erige sus bases en la creciente participación de las mujeres en los mercados laborales, donde se distingue que actualmente las mujeres han tomado un amplio protagonismo en el envío de remesas a sus países de origen. No obstante, ser migrante y mujer, conlleva por sí sola una carga bastante pesada, carga con la que tienen que convivir millones de mujeres alrededor del mundo. Desde discriminación, explotación y violencia de todos los tipos, son parte de las cotidianidades que vivencian estas personas (Palacios, 2016).

país. Con anhelo de una mejor calidad de vida para sí, pero sobre todo para sus hijos, hijas y familiares, es que muchas mujeres nicaragüenses toman la decisión de migrar hacia Costa Rica (Dobles, Vargas y Amador, 2014).

Sin embargo, el panorama para ellas es adverso, ya que ser migrante, nicaragüense, mujer y en condición de pobreza en Costa Rica reúne varios elementos que se asocian tendencialmente a discriminación, salarios bajos, trabajos domésticos con condiciones de contratación inadecuadas, sexoservicio, violencia de género, e invisibilización. Y precisamente eso objetiva la investigación, brindar voz, y visibilizar a las mujeres, hombres, y personas de todos los géneros que, por su estatus migratorio y su nacionalidad, no son considerados personas en el “país más feliz del mundo”.

Por otra parte, siguiendo con la caracterización de las personas nicaragüenses en Costa Rica, es notable que el 40% de la población se encuentra en edad laboral (20-39 años), ligado al hecho de que se desempeñan principalmente en labores como agricultura, construcción y trabajos domésticos. Educativamente, 26.5% posee primaria incompleta, 24.5% primaria completa, y 6.7% de las y los nicaragüenses posee estudios superiores. Esto se complementa con que generalmente obtienen el 58.6% del salario promedio que cobran las y los ticos (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017). Esta cifra incluso llega al 60% según la OCDE (hasta el año 2018).

En materia de salud, ¿Cuáles son las realidades para una población que es percibida por la sociedad costarricense incluso de manera menos positiva que las poblaciones autóctonas? Antes de evidenciar dichas realidades, prima la idea de una salud deteriorada por aspectos como las condiciones de vida, de trabajo y de acceso a recursos, todos encajados dentro de los determinantes sociales de la salud (OCDE, 2018; Chaves, 2017).

Desde hacinamiento, deficiente dotación de servicios básicos y malas condiciones laborales, hasta enfermedades de transmisión sexual y asociadas al ambiente laboral, son

ejemplos de afectaciones directas a la salud de estas personas. En adición, en un país donde gran parte del acceso a salud depende del aseguramiento<sup>21</sup>, es evidente que la situación de las y los migrantes *irregulares* pasa por los hilos de la vulnerabilidad, esto al no poder acceder al seguro social dado su estatus migratorio (Chaves, 2017; Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

Por ejemplo, con respecto la atención hospitalaria, del total de atenciones, la población nicaragüense corresponde a un 5% del total para rubros como cáncer, enfermedades del sistema circulatorio, del sistema digestivo, genitourinario, traumatismos y envenenamientos, entre otras. Por su parte, el 15% de todas las atenciones en embarazo, parto y puerperio fueron dirigidas a personas nicaragüenses, quienes poseen la mayor tasa de fecundidad (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

En resumen, la realidad es que resulta evidente que la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica se encuentra en estado de vulnerabilidad social. Sea por los prejuicios y discriminación, la etnofobia y aporofobia, la criminalización de la migración (a través de los órganos estatales), la cobertura mediática sensacionalista y nacionalista, o por la razón que sea, lo cierto es que las personas migrantes nicaragüenses poseen una serie de marcadores sociales de diferenciación que afectan directamente su salud (en forma de representaciones, actitudes, prácticas, y conocimientos).

Al mismo tiempo que acontecen todas estas realidades, existe una fractura ideológica en la sociedad costarricense que también influye sobre la salud de estos colectivos. Hay un limbo entre quienes sostienen posturas radicales y racistas hacia los migrantes nicaragüenses;

---

<sup>21</sup> Según Koen Voorend, en Sandoval (2016), la CCSS se convirtió en uno de los pilares centrales del control migratorio interno costarricense, ya que en la última reforma a la Ley de Migración N.º 8764 del 2009 se estableció la afiliación al sistema público de seguridad social como uno de los nuevos requisitos para iniciar el proceso de regularización del estado migratorio. Es decir, un migrante tiene que ser “legal” para acceder a un seguro, pero necesita un seguro para ser “legal”. De esa situación, señala el autor, no hay salida.

y quienes comprenden que se trata de un tema de derechos humanos, siendo el Estado costarricense garante de los mismos para con las y los inmigrantes (Chinchilla, 2018).

El primer grupo de la sociedad costarricense está conformado por seguidores de posturas extremistas y cargadas de odio. Como las de las personas que participaron el 18 de agosto del 2018 en una marcha xenofóbica en contra de las y los nicaragüenses en el Parque de La Merced, San José; escudándose detrás de un patriotismo cegador y sin sentidos racionales aparentes, y dejando como saldo 44 detenidos (38 costarricenses) por actos de violencia (Artavia, 2018).

El segundo grupo, comprende que se trata de un tema de derechos humanos, y que actos de violencia, xeno y aporofobia – como los suscitados en La Merced, San José-, usualmente están basados en informaciones falsas, patriotismo con aires de superioridad racial, y representaciones sociales erradas y descontextualizadas sobre la inmigración, y las personas migrantes.

La fractura ideológica es clara, y está basada en parte en la (no) identificación con una ideología nacional-racial-cultural. Desde personas que reconocen a las y los nicaragüenses como personas con muchas ganas de seguir viviendo y superarse, hasta quienes piensan que son personas violentas, hostiles y peligrosas. Desde Enfermería, es necesario ahondar en fenómenos de este corte; vale la pena adentrarse en las entrañas de una dinámica que a lo largo de los años ha sido fuente de controversia, debate, y hasta toma de decisiones (Dobles, Vargas y Amador, 2014).

En esta línea, y ejemplificando parte del desconocimiento de parte de un sector de las y los costarricense, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), sostiene que las y los inmigrantes se benefician menos que los ticos en áreas como el mercado laboral, educación vocacional, protección social y cobertura de atención sanitaria. Contrario

a lo que se piensa popularmente, la población inmigrante no se beneficia más que los costarricenses en ámbitos como empleo, educación o salud (Abissi, 2018).

Y es que de acuerdo con la Dirección General de Migración y Extranjería (2017), hasta el año 2016 había 329.066 personas nicaragüenses con categoría de residentes; de esta población, se deben sumar a las y los inmigrantes irregulares, estimados entre cien y doscientas mil personas. Contrario a lo que se creía popularmente, no reside un millón de nicaragüenses en Costa Rica.

Dado el panorama nacional, ¿Cómo no pensar en la salud de poco más de medio millón de personas que habitan Costa Rica? Medio millón de personas que poseen necesidades variadas, las cuales se relacionan con aspectos como la validación de derechos y documentación, empleo y vivienda, acceso a educación, discriminación institucional, desprotección gubernamental y tensiones fronterizas, participación ciudadana, sufrimiento emocional, e inequidades en materia de género. Salud, una vez más, presente y relacionada con todas estas situaciones (Dobles, Vargas y Amador, 2014).

Dicho cuestionamiento me lleva a la sección final de los antecedentes de la investigación. Aquí, se exponen los principales estudios sobre las relaciones entre *Salud y Migración* para el caso particular de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica. Esto es posible gracias al análisis de una serie de artículos que se relacionan de forma directa e indirecta con la salud de este claustro en alguna de sus dimensiones (física, psicológica, social, espiritual, ambiental o sexual-reproductiva) dentro de la sociedad, las políticas públicas y los medios de comunicación.

De esta forma, varios estudios nos dan los primeros indicios sobre las relaciones entre Salud y Migración en Costa Rica. Por ejemplo, se destacan artículos como “Nicaraguan Migrants in Costa Rica” de Catherine Marquette (2006), “Migración y políticas públicas: elementos a considerar para la administración de las migraciones entre Nicaragua y Costa

Rica” de Dalia Borge (2006), “Patrones diferenciales de mortalidad entre inmigrantes nicaragüenses y residentes nativos en Costa Rica” de Andrew Herring y colaboradores (2008), “Estado de la situación de la migración y salud sexual y reproductiva – incluido el VIH y la violencia basada en género – en jóvenes y mujeres migrantes” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009), y “Migración y salud zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica” de Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li (2010).

A grandes rasgos, en dichas indagaciones, son develados aspectos vinculados con la pobreza, atención sanitaria, políticas públicas, mortalidad diferida, y salud sexual y reproductiva en torno a la población migrante nicaragüense; dichos elementos, son reflejo de los matices investigativos del pasado. Para efectos de la tesis, se centrarán las atenciones sobre los artículos subsiguientes debido a su actualidad.

Por su parte, estudios más recientes como el de Mauricio López (2012) en su tesis doctoral titulada “The Incorporation of Nicaraguan Temporary Migrants into Costa Rica’s Healthcare System: an Opportunity for Social Equity?”, se señala que la cobertura parcial – para los migrantes temporales con permisos de trabajo legales a través del acuerdo Binacional – de servicios de salud genera y reproduce vulnerabilidades y dinámicas de exclusión, las cuales, en unión con sus necesidades como seres humanos, son ignoradas por las hegemonías costarricenses, esto conduce, según el autor, a la necesidad de realizar reformas a nivel político-legal a fin de generar una mayor inclusión de esta población en el sistema de salud, y la sociedad costarricense en general.

Seguidamente, Koen Voorend y Karla Venegas, exploran la construcción social del sujeto inmigrante desde las instituciones estatales de política social. En su artículo titulado “Tras de cuernos, palos. Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del Seguro Social” (2014), destacan, que, en el contexto de la crisis de la CCSS, la integración de la población inmigrante nicaragüense se vuelve aún más polémica. Al mismo tiempo,

concluyen que existe una fuerte percepción de Costa Rica como “imán de bienestar”; además, las instituciones estatales visualizan a la migración como “un mal necesario”, y se percibe a la población nicaragüense usualmente en condiciones de “ilegalidad”.

En una investigación de corte similar a la anterior, y titulada “El sistema de salud como imán: la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses” Koen Voorend (2016) analiza la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud pública en Costa Rica, con el fin de establecer las percepciones de creadores de política pública y profesionales ejecutivos de la salud, acerca de que hay una sobrerrepresentación en los servicios de salud de esta población. Así, el autor demuestra – con informaciones aportadas desde la CCSS – que la incidencia de la población nicaragüense en servicios de salud es en general, menor, que su peso en la población total. Por último, lo que sí es cierto, es que una parte significativa de nicaragüenses no está cubierta por el seguro social (Sandoval, 2016)<sup>22</sup>.

Luis Ángel López y David Delgado (2016), en su estudio “Actitudes y percepciones segmentadas: prejuicios hacia la población nicaragüense en Costa Rica”, develan otro de los elementos que afecta, de forma directa, la salud – y sus Representaciones Sociales de la Salud – de este claustro: los prejuicios. Esto se realice por medio de un método cuantitativo, en donde se refleja el hecho de que las actitudes prejuiciosas hacia las y los nicas, no se encuentran distribuidas uniformemente entre la población costarricense, esto depende de factores como los niveles de ingreso, escolaridad y contacto entre los grupos poblacionales. Se halla también, que puede existir una relación entre los niveles de prejuicio y los sentimientos de competencia manifestados contra la población nicaragüense. Finalmente,

---

<sup>22</sup> Ambos artículos “El sistema de salud como imán: la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses” (Voorend, 2016), y “Actitudes y percepciones segmentadas: prejuicios hacia la población nicaragüense en Costa Rica” (López y Delgado, 2016) se hallan contenidos en el libro “Migraciones en América Central. Política, territorios y actores” (Sandoval *ed.*, 2016)

resulta interesante, que los niveles más altos de prejuicio están presentes en los grupos de menores ingresos, menor escolaridad, y menor contacto con las personas nicaragüenses (Sandoval, 2016).

Posteriormente, en la investigación “Sidestepping the State: Practices of Social Service Commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua” de Caitlin E. Fouratt y Koen Voorend (2017), publicada en la revista *Journal of Latin American Studies* (University of Cambridge), se ahonda sobre las creencias generalizadas entre el público y los diseñadores de políticas de que el sistema de salud universal representa un imán para los inmigrantes nicaragüenses. Sin embargo, al analizar el acceso real a las políticas sociales de esta población, se demuestra la importancia de los mecanismos de exclusión legal y extralegal que van de la mano con el reconocimiento de los derechos humanos. En síntesis, y dada la exclusión del sistema de salud, en ambos lados de la frontera los migrantes y sus familias muestran prácticas mercantiles de bienestar muy similares, basadas en circunvenir al estado y comprar servicios al sector privado.

Ahora bien, por medio del análisis de los principales tópicos en torno a la temática de la migración nicaragüense en Costa Rica, es posible distinguir varios elementos que se relacionan directa e indirectamente con los procesos de génesis de la salud, y consecuentemente con las representaciones sociales de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Aspectos como el acceso diferencial al sistema de salud y seguridad social, prejuicios y discriminación de corte racial y socio-cultural, pobreza y condiciones de vida, empleo y trabajo, salud sexual y reproductiva, feminización de la migración en zonas fronterizas, cobertura insuficiente en términos de derechos humanos y políticas públicas, y falta de investigación académica en torno al fenómeno, son las áreas medulares del panorama de salud de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Todo esto nos habla sobre salud, y se relaciona con la salud de dichos colectivos. No obstante, hay que profundizar y problematizar sobre los elementos comunes en las principales investigaciones académicas sobre la temática en el país. Esto nos conduce a una característica esencial de la presente investigación: la profundidad teórico-metodológica con que se aborda el tema de la salud. No son objeto específico del estudio aspectos como acceso a sistema de salud, pobreza o empleo; interesa particularmente la *Representación Social de la Salud* de las personas migrantes nicaragüenses.

Y es que, ¿Qué mejor forma de comprender un fenómeno que estudiándolo desde la cosmovisión de las personas? En términos sencillos, se ha investigado y se conoce sobre áreas relacionadas con la salud de las personas migrantes nicaragüenses, no así sobre sus constructos, prácticas, actitudes, percepciones, y esencialmente representaciones en torno a la salud.

Esta tesis objetiva ir más allá de la descripción de fenómenos particulares; por lo contrario, objetivo ahondar en el análisis de dinámicas complejas relacionadas con la génesis y reproducción social de la salud entre colectivos con características y necesidades particulares, y con gran relevancia social para Costa Rica y Centroamérica. El estudio con y desde las personas nicaragüenses, puede brindarnos subsidios sobre cómo estamos entendiendo y viviendo la salud en Costa Rica. Estas, constituyen las razones del porqué trabajar con el Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales (PTRS) y la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales (TDUCC).

# III

## Referencial Teórico

## Referencial Teórico

### Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales (PTRS)

*“Las representaciones sociales circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas.”*

– Serge Moscovici, 1961

Esencialmente, ¿Qué es una Representación Social? y ¿Por qué nos interesan las Representaciones Sociales?, son los cuestionamientos medulares de esta sección a fin de comprender el origen del paradigma teórico – y por qué es un paradigma teórico –, el concepto, las funciones, abordajes, y principales procesos implicados dentro de lo propuesto (en un inicio) por Serge Moscovici, psicólogo social rumano (1925-2014) que desarrolla el PTRS<sup>23</sup>.

Para estudiar lo explicitado anteriormente, hay que posicionarse en el conocimiento aportado por el sociólogo y filósofo francés Émile Durkheim, con su concepto sobre las representaciones colectivas (concepto resignificado posteriormente por Moscovici a través de las Representaciones Sociales). Durkheim, se basa en el legado del pensador alemán Wilhelm Wundt, quien instaura a la psicología como una ciencia experimental y la distingue un cuerpo de conocimientos sociales, es decir, como Psicología social (Mora, 2002).

---

<sup>23</sup> Conuerdo plenamente con la denominación de Paradigma Teórico y no únicamente como teoría o paradigma que propone Caravaca-Morera (2017) al mencionar que en sí, esta postura parte de la comprensión de que una teoría involucra ideas que explican un conjunto de hechos (empírea) y, un paradigma en el estricto sentido de la Filosofía de la Ciencia, podría ser considerado como un conocimiento que origina el estudio de un campo científico, que ofrece métodos y valores que son concebidos como una referencia inicial de base para un conjunto de estudios e investigaciones. El autor considera que el término paradigma refleja significativamente el poder heurístico de las Representaciones Sociales, es por esto que posee un potencial para aumentar el real alcance de las proposiciones de Moscovici y sus colaboradores.

Los estudios de Wundt basan consecuentemente el trabajo de Durkheim, quien inicialmente distingue las diferencias entre las representaciones colectivas (competencia de la sociología) y las representaciones individuales (competencia de la psicología). Así, el concepto de representación colectiva durkheimiano se constituye como un facto social coercitivo y compartido por prácticamente la mayoría de los integrantes de una civilización. En sí, las representaciones colectivas son amplias, globales y estáticas, ya que constituyen sistemas cognitivos compartidos por grandes colectividades (Mora, 2002; Caravaca-Morera, 2017).

Así, las representaciones colectivas son sistemas de conocimiento generales, amplios, permanentes y determinantes (Durkheim, 1898). Algunos ejemplos de manifestaciones de las representaciones colectivas son la ciencia, la ideología y los mitos. En esta línea, para Durkheim una persona que no pensara por medio de conceptos previamente establecidos por las sociedades no sería una persona, puesto que no sería un ser social, estando reducido a percepciones individuales de carácter indiscriminado y animal. En resumen, pensar conceptualmente es subsumir lo variable (individual) dentro de lo permanente (social) (Moscovici, 1979).

Para Moscovici el asunto es más complejo y diverso, ya que distingue que se debe encarar la representación colectiva – ahora Representación Social (RS) – como una textura psicológica autónoma, variada, heterogénea y contradictoria. La cual, es propia de nuestra esfera sociocultural y es la marca del sentido común lego-seglar. De esta forma, el concepto de RS de Moscovici se distingue del de la representación colectiva de Durkheim en el sentido de que el primero reconoce el carácter contradictorio y complejo del pensamiento social, el segundo lo reduce a nociones estáticas y que cambian bajo condiciones excepcionales (como en las crisis) (Moscovici, 1979; Caravaca-Morera, 2017).

Bajo dichos supuestos, Serge Moscovici formula su teoría en la década de 1960, tomando como contraste el concepto de actitudes individualizadas de la psicología norteamericana. Su impacto se comienza a visualizar en la década de 1970. Dado el reconocimiento sobre el carácter dinámico, multifacético, polisémico y diverso del pensamiento social, los estudios sobre RS comienzan a tomar peso dentro de las comunidades académicas; Enfermería no es ajena a esta expansión del PTRS, y en la década de los 90s dicha perspectiva se visualiza dentro de la ciencia enfermera.

Pero entonces, ¿Qué es una Representación Social para Serge Moscovici? La respuesta a esta interrogante la encontramos en su principal obra, denominada “El psicoanálisis, su imagen y su público” de 1961. En el escrito, el autor explora la RS sobre el psicoanálisis en la sociedad francesa de mediados del siglo pasado, y formula las bases de su teoría, donde explicita varias características esenciales de las RS, las cuales se presentan a continuación.

En su sentido amplio, la RS es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Además, las representaciones sociales se constituyen como modalidades de conocimiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Así bien, sus contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados (Moscovici, 1979; Moscovici, 1984).

Dicho así, la representación social forma parte de un cotidiano, por lo que se admite que es un producto de la comunicación y del lenguaje. En estricto, la RS es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, o liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979).

Caravaca, Padilha, Silva y Sapag (2015) afirman que Moscovici conceptualiza las RS como actos de pensamientos en los cuales los sujetos se relacionan con el objeto (y viceversa), y mediante algunos mecanismos ese objeto es sustituido por símbolos, transformándose en una representación dentro de la mente del sujeto. Ese proceso de representación implica diferentes procesos de contextualización, transformación, construcción e interpretación mediados por aspectos socioculturales y lingüísticos. Vemos como entonces la RS mantiene una relación dialógica con los procesos de construcción de la realidad a través de la comunicación y la cognición.

A propósito, Mendonça y Lima (2014) sostienen que para Moscovici las RS surgen de nuestra necesidad de identificar, conducir y resolver los problemas que se nos presentan, transformando lo desconocido en conocido; de este modo, se afirma que las RS surgen del deseo de familiarizarnos con lo no familiar. Y es esa inquietud para con y sobre las situaciones externas o del entorno (realidad), una de las características que más nos caracteriza como seres humanos; rasgo de índole experiencial y cotidiana.

Conexo a tales ideas, cabe señalar que el PTRS objetiva discutir el conocimiento lego-segular y cotidiano a través de la construcción social de la realidad; es decir, el conocimiento del sentido común, modalidad que encontramos y vivimos en nuestras cotidianidades diariamente a través de ejemplos como el fenómeno de la migración, los derechos humanos, y la salud (Mendonça y Lima, 2014; Caravaca-Morera, 2017).

Y sobre esta idea seré enfático. Es a través de las RS colectivamente elaboradas que adquirimos los significados – y significantes – sobre el mundo, así como su posterior proceso comunicativo. Las RS son el *conocimiento de sentido común*, y el PTRS objetiva ahondar en los procesos sociales y cognitivos inmersos en la construcción, reproducción y legitimación de esta modalidad del conocimiento colectivo (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

Ahora bien, como toda modalidad del conocimiento, las RS poseen varias funciones, las cuales están ligadas con la interpretación y construcción de la realidad, comunicación, contextualización, construcción de simbolismos, y orientación de prácticas. Su función esencial es fungir como *estructuras simbólicas organizadas que aprehenden y controlan la realidad*, esto, permite su entendimiento e interpretación (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

De acuerdo con Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, (2015) dicha competencia medular – la *interpretación de la realidad* – guía a los individuos y colectivos en sus relaciones con el entorno físico y social, al tiempo que determina sus comportamientos, conductas, y prácticas. Paralelamente, las RS orientan tanto las acciones como las relaciones sociales, así como al sistema para pre-modificar, y modificar la realidad (dado por un conjunto de anticipaciones y expectativas). En otras palabras, la interpretación y contextualización de la realidad, basadas en un pragmatismo social-funcional, son las principales atribuciones de las RS.

Siempre en lo que respecta a las funciones de las RS, se distingue que, por ejemplo, los comportamientos en torno a la salud, sus concepciones, actitudes y experiencias están determinados por la RS como modalidad particular del conocimiento colectivo. Por otra parte, de igual relevancia son otras funciones conexas de las RS, esto es permeado por la amplitud ideológica del paradigma (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

Dentro de dichos cargos de las RS, se destacan como modalidades específicas a las funciones respecto al conocimiento, identidad, orientación y justificación. Me referiré puntualmente a cada una de ellas a brevedad. En lo que concierne a la *función de conocimiento*, es necesario resaltar que esta se encarga de permitir el entendimiento y explicación de la realidad, al mismo tiempo que permite a los individuos obtener nuevos

conocimientos e integrarlos a conveniencia dentro de su contexto ideológico-social (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

La *función identitaria*, por su parte, nos remite al hecho de que las RS definen la identidad de las personas, y permiten la protección de la unicidad y especificidad de los grupos humanos. En este sentido, las RS nos *anclan* a un campo social, y a un *modus vivendi* y *operandi* determinado. En lo que concierne a sus *funciones orientadoras*, las RS se responsabilizan por la elaboración de conductas, comportamientos, y prácticas; el PTRS, brinda subsidios para comprender(nos) en sistemas socioculturales donde existen conductas que son esperables, tolerables o aceptables (adicional a sus respectivas contradicciones) (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

Por último, se habla de la *función de justificación* en el PTRS haciendo alusión a la idea de que las RS permiten justificar *a posteriori* las posturas y comportamientos generales; es decir, permite a las y los sujetos, explicar sus conductas en determinadas situaciones de diversa índole. Sea interpretar, contextualizar, justificar, conocer, u orientar la realidad, es claro como el análisis del sentido común – y de sus implicaciones para la vida en sociedad y las situaciones/problemas concernientes a la salud colectiva –, se torna vital en aras a lograr comprensiones más profundas de la dinámica sociocultural, incluido el complejo fenómeno de la *salud* en poblaciones vulnerables (Caravaca-Morera, Padilha, Guerreiro y Sapag, 2015).

Queda en evidencia que son varias las funciones y competencias que recaen sobre las RS; dicha diversidad funcional se debe básicamente a su pluralidad en términos de abordajes teórico-metodológicos. Se habla esencialmente de tres abordajes derivados del PTRS original de Serge Moscovici. Estos son: 1) Abordaje procesual o dinámico; 2) Abordaje estructural; y 3) Abordaje societal. Sobre este último enfoque se centra el matiz teórico de la investigación (Caravaca-Morera, 2017).

Sobre el *abordaje procesual*, cabe destacar que se orienta hacia los procesos de formación y transformación de las RS. Este, es desarrollado por Moscovici y cuenta dentro de sus principales exponentes a Denise Jodelet (psicóloga social). Dicho enfoque valoriza la elaboración de los significados sociales, y considera a las RS como modalidades de conocimiento práctico orientadas a la comunicación y a la comprensión del contexto social, material e ideológico. Son sus manifestaciones elementos cognitivos tales como imágenes, conceptos, categorías y teorías, sin caer en un reduccionismo de la RS *per se* (Caravaca-Morera, 2017; Mendonça y Lima, 2014).

Por su parte, el *abordaje estructural* se nutre principalmente bajo la perspectiva de Jean Claude Abric en 1976. Parte de un supuesto integrativo, donde se comprenden las RS como estructuras de conocimiento sobre temas de la vida social, que son grupal y consensualmente compartidas; para este posicionamiento, es posible encontrar en toda RS elementos centrales y periféricos, siendo los primeros más resistentes al cambio. Además, Abric afirma que una RS se transforma solo en el momento en el que un elemento central también se transforma (Caravaca-Morera, 2017; Mendonça y Lima, 2014).

Por último, el *abordaje societal*, defendido por Willem Doise, (psicólogo social) adopta una perspectiva más sociológica, en tanto enfatiza en la inserción social de los individuos como fuente de variación de las representaciones. Así, Doise propone que una representación es formada a través de los juicios de un grupo sobre otro, de ese modo, el posicionamiento del sujeto en cuanto al medio social interfiere e influye sobre la forma bajo la cual comprende la realidad (Mendonça y Lima, 2014).

El objetivo de este posicionamiento es conectar lo individual con lo colectivo. Por su parte, se entiende que los individuos disponen de procesos para funcionar en sociedad que son orientados por dinámicas sociales (interaccionales, posicionales o de valores y creencias generales) (Caravaca-Morera, 2017; Mendonça y Lima, 2014).

Hablamos de un enfoque amplio y que enfatiza la integración entre las esferas individual y colectiva, rasgo medular de la investigación, y necesidad urgente en los estudios actuales. Nos referimos al análisis sobre los modos de vida y factores paralelos y transversales (así como sus relaciones multidireccionales con otros modos de vida, sean estos de corte individualizado o colectivizado) que median las RS; esta última idea, permea el motivo por la cual este es el enfoque en términos de RS para la tesis propuesta.

Todo lo anterior se resume en tres supuestos básicos sobre las RS. Estos son: 1) Las RS pueden ser consideradas como principios organizativos de las relaciones simbólicas entre individuos y grupos; 2) Las diferencias en el posicionamiento individualizado son organizadas, es decir, los individuos pueden diferir de acuerdo a su adherencia a los elementos de las RS (se distingue acá el carácter cambiante y contradictorio de las RS); y 3) Las variaciones sistemáticas están ancladas en realidades colectivas simbólicas, experiencias sociales psicológicas compartidas a diferentes individuos, y a las creencias de los individuos sobre la realidad social. Organización de las relaciones sociales, unicidad, variabilidad y contradicción de las RS dada por los individuos, y contextualización en un marco colectivo, son los pilares de este posicionamiento (Doise, Spini y Clémence, 1999).

Dado el origen del PTRS, su concepto, funciones y abordajes, conviene centrar las atenciones sobre dos de los procesos medulares de la propuesta: *Objetivación y Anclaje*. Sea cual sea su orden, son interdependientes, no puede haber objetivación sin anclaje, ni anclaje sin objetivación. Pero ¿En qué consisten ambos procesos? y ¿Por qué dichas palabras están expresadas en dos de los objetivos de la investigación?

En pocas palabras, una Representación Social se elabora según dos procesos fundamentales: la objetivación y el anclaje. Bajo el criterio de Moscovici, la objetivación lleva a hacer real (en tanto material) un esquema conceptual y a duplicar una imagen con una contrapartida material. Es decir, como no se podría hablar de “nada”, los signos lingüísticos,

pensamientos, estímulos, y demás formas de comunicación, se enganchan a estructuras materiales (se acopla la palabra a la cosa). La objetivación viene a ser la materialización de los procesos cognitivos conscientes e inconscientes sobre algún fenómeno en particular (Moscovici, 1979).

Por ejemplo, y de forma hipotética, si se nos pregunta sobre en qué pensamos cuando se nos menciona la palabra *casa*, probablemente muchas personas hablaríamos sobre una estructura con techo de teja o zinc, ventanas de vidrio, una puerta rectangular de madera, paredes de concreto, pintada de algún color acogedor y que sirve de lugar de estancia para una familia. El concepto es la palabra *casa*, las características mencionadas alrededor de ella, son su objetivación, proceso que se vincula y participa de la elaboración de nuestra RS sobre las casas.

Otros autores, como Mendonça y Lima (2014) también brindan su interpretación sobre el concepto de objetivación. Respectivamente, la objetivación se refiere a la forma como se organizan los elementos de una RS, así como el recorrido a través del cual adquieren una materialidad, proceso que envuelve tres momentos, a saber: 1) Primeramente, las informaciones, ideas y creencias acerca de un objeto son seleccionadas y descontextualizadas; 2) Dichas informaciones son reorganizadas en torno a un esquema estructurante; y 3) Por último, existe un proceso de naturalización, de modo que las relaciones establecidas se constituyen como categorías naturales y adquieren materialidad.

En síntesis, y en concordancia con Mendonça y Lima (2014) la objetivación torna concreto aquello que es abstracto. El proceso en cuestión transforma un concepto en imágenes, retirándolo de su marco conceptual científico, y tratando de privilegiar ciertas informaciones sobre otras, simplificándolas y disociándolas de su contexto original de producción. Esta es la objetivación; otro ejemplo se erige en función de la objetivación de la RSs de las personas migrantes nicaragüenses, la cual *a priori* e hipotéticamente podría estar

relacionada con acceso a atención clínico-asistencial, hospitales, seguro social, medicamentos, o distanciamiento de la violencia, por proponer algunos casos.

¿Y de dónde nace y se nutre la objetivación? Nace y se nutre de las relaciones sociales, la individualidad y colectividad, el entorno y las experiencias/vivencias previas o actuales; todos aspectos encarnados en el concepto de anclaje. El anclaje designa, esencialmente, la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad; en otras palabras, a través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del que puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes. Sintéticamente, el anclaje, por su naturaleza, transforma la ciencia en marco de referencia y en saber útil para todos (Moscovici, 1979).

Es así como el anclaje se convierte en aquel proceso por medio del cual se produce el conocimiento de referencia para las personas. Mendonça y Lima (2014) también realizan una interpretación sobre dicho proceso. Para los autores, el anclaje se refiere al hecho de que todo lo que se piensa sobre alguna cosa tiene una base en la realidad. Así, cuando se piensa en un objeto o sujeto, se utilizan como referencia experiencias o esquemas de pensamiento ya establecidos, esto se asemeja a un proceso de categorización, ya que asigna a los objetos un lugar dentro de una malla de significados.

En otros términos, el anclaje se conforma según los conocimientos y/o experiencias previas sobre el tema en cuestión; esto con su posterior influencia sobre las dinámicas de elaboración de la Representación Social. Ejemplificando dicha idea, partamos de la objetivación de *casa* realizada anteriormente; para llegar a esa etapa, se partió de un marco de conocimientos ya establecidos por la sociedad occidental sobre lo que es y para lo que sirve una casa. Además, la experiencia previa de haber vivido en una zona urbana que, dentro de sus características, tiene edificaciones con las características descritas, son parte del proceso de anclaje de nuestra RS de las casas.

¿Y la salud? Partiendo nuevamente del ejemplo hipotético explicado en los párrafos anteriores, se podría inferir que, para llegar a dicha objetivación sobre la salud, el proceso de anclaje estuvo anclado, valga la redundancia, a experiencias – positivas o negativas – en hospitales del sistema de salud, a historial de consumo de medicamentos por dolencias o padecimientos, y a afectaciones de la salud mental o física a causa de violencia. Factores que parecieran aislados y guardados en la memoria de las personas, o en el componente ideológico de las élites de las sociedades, son determinantes para constituir tanto el anclaje como la objetivación.

En resumen, la objetivación traslada la ciencia al dominio del *ser* y muestra cómo los elementos representados de una ciencia se *integran* en una realidad social; mientras que el anclaje delimita el traslado de la ciencia en el dominio del *hacer*, y permite captar la manera cómo contribuyen dichos elementos de alguna ciencia a *modelar* las relaciones sociales y cómo estas se expresan. Objetivación: *Ser e Integrar*; Anclaje: *Hacer y modelar*. Representación Social: *el resultado de la objetivación y el anclaje* (Moscovici, 1979).

De forma general, el PTRS se compone del concepto, funciones, abordajes, y momentos (*Objetivación y Anclaje*) desarrollados anteriormente. En su sentido amplio, el PTRS puede ser utilizado como base teórico-metodológica de casi cualquier estudio con tintes sociosanitarios. Así bien, en su relación específica con la salud, figuran los siguientes estudios como referentes en la temática.

En primer lugar, el estudio titulado “Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa española escrita (2000-2006)” de Laura Otero (2011), objetivó ahondar en las RS de la salud-enfermedad de la población inmigrante encontradas en la prensa a través del análisis crítico del discurso. Ante esto, se destaca que los usos y las formas que aparecen en los discursos periodísticos para referirse a actividades y formas de vida de las y los inmigrantes,

contribuyen casi siempre a crear una imagen negativa y victimizada de dichas personas. Dichas representaciones, contribuyen a justificar las actuales políticas de inmigración, y las condiciones de marginación en que viven estas personas en España.

Otro de los artículos analizados, y cuyos tópicos son las representaciones sociales, la salud, y la migración, se titula “Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile” y sus autores son Osvaldo Torres y Alejandro Garcés (2013). El estudio tiene como objetivo el análisis de las representaciones sociales y percepciones de los migrantes peruanos acerca de su proceso de integración en Santiago de Chile, particularmente en el acceso a servicios públicos de salud, educación y vivienda. Sus principales resultados son el hecho de que los peruanos retratan a la ciudad de Santiago como un escenario receptor de flujos migratorios internacionales. Sin embargo, en su contraparte, los migrantes peruanos viven la discriminación y exclusión dadas por su origen nacional, El carácter contradictorio del sentido común – manifestado a través de las RS –, es bastante explícito.

Seguidamente, Fátima Flores (2014) en su investigación “Vulnerabilidad y Representación Social de Género en Mujeres de una comunidad migrante” analiza el efecto subjetivo y emocional que presentan mujeres de una comunidad con características migratorias – en el estado de Morelos, México – y en extrema pobreza, así como sus *representaciones sociales* acerca de su trayectoria de vida. El estudio concluye que la población muestra una vida cotidiana que se podría clasificar como deprimida, sobre todo en sus prácticas de interacción, las cuales están determinadas por sus condiciones de vulnerabilidad, migración y pobreza. Asimismo, para las personas, el ser mujer *representa* prácticas asociadas a la maternidad, mientras que su cuerpo representa un sitio para depositar su dolor, frustración y la pobreza. Se observan representaciones sociales sobre el género

influidas directamente por sus condiciones económicas, estatus migratorio, y círculos de interacción social marcados por el patriarcado.

En el estudio “Representaciones sociales de la salud: la salud como objeto de representación”, Luis Robledo (2015) expone los resultados de su tesis doctoral (Universitat Politècnica de València), titulada “(La) Salud como representación: apostasía del cuerpo o sofisma de sí mismo”, en donde figura el hecho de que la *salud* cumple con los requisitos establecidos por el PTRS para ser objeto de representación; ser entendida dentro del pensamiento de sentido común como un objeto y existir información circulante, significativa e intercambiable entre los sujetos y grupos hace posible su objetivación y anclaje, además, la convierte en objeto de sentido en una compleja iconografía subjetiva cuya materia prima cognoscitiva se encuentra en la biografía del sujeto, en un múltiple soporte informativo y un saber diseminado por distintos puntos de la geografía social.

En línea con el autor, asumo y reitero mi compromiso por *visibilizar* a la salud como un objeto de representación y un saber impreso en el pasaporte de vivencias, experiencias y conocimientos de las personas. Tal objeto de representación incide directa e indirectamente sobre prácticas, actitudes y estereotipos.

Por su parte, el estudio “Representações sociais de imigração e imigrantes em mídia espanhola, italiana e portuguesa” de Roberta Rangel y Mariana Bonomo (2017) objetivo la identificación y análisis de las representaciones sociales sobre la inmigración y los inmigrantes en los diarios de tres países europeos: Correio da Manhã (Portugal), El Mundo (España), y La Repubblica (Italia). Así bien, resulta interesante de los resultados el hecho de que las representaciones sociales respecto a la inmigración y los inmigrantes son ambiguas, dado que se asocia a las y los inmigrantes al contexto laboral de los países, al mismo tiempo que se les relaciona como causantes del desorden social. Concluyo, entonces, que una de las fuentes más importantes para el anclaje y objetivación de las representaciones sociales, son

los medios de comunicación, quienes esparcen dentro de la sociedad prejuicios, informaciones y actitudes en ocasiones alejadas de la realidad.

Por último, en el artículo “La construction sociale de la migration: Le rôle de l’expérience et des représentations sociales” de Lilian Negura (2017), se estudian los vínculos entre las representaciones sociales y el fenómeno de la migración, esto a través de una indagación exploratoria con 18 jóvenes moldavos (9 migrantes residentes en Canadá, y 9 no migrantes). Se concluye que la decisión de emigrar está fuertemente ligada a la forma bajo la cual están *representados* los países de origen y el país anfitrión, así como a la experiencia de las y los emigrantes. Es decir, la experiencia y representación social de las personas estudiadas, determina en gran medida las dimensiones de la dinámica.

Como explicitado por medio de los anteriores artículos científicos, el PTRS es plástico, maleable y útil para el análisis de una gran variedad de contextos y fenómenos humanos distintos. Desde estudios sobre enfermedades específicas, pasando por el análisis del complejo fenómeno de la salud, hasta los procesos de integración de comunidades de migrantes en determinados países, el PTRS nos permite generar conocimiento práctico, útil, y capaz de contribuir con acervos ideológicos más contextualizados y sensibles a las particularidades de las personas.

Así bien, es por medio de la comprensión – en primer lugar –, y del análisis de las RSs que se puede realizar una correcta relación entre las producciones mentales y las dimensiones materiales y funcionales de la vida de las y los nicaragüenses, con sus realidades *per se*. Esta, corresponde a una de las bases teóricas del estudio (Caravaca-Morera, 2017).

Esencialmente, el análisis de los supuestos básicos sobre el Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales me conduce a pensar en el hecho de que existen informaciones variadas de corte cuantitativo y cualitativo acerca del pasado y actualidad en materia de salud,

y factores concomitantes (acceso a sistema de salud, empleo, pobreza y déficit de investigación en la temática), de las personas migrantes nicaragüenses.

Pero, no existen investigaciones en Costa Rica que aborden específicamente las *Representaciones Sociales de la Salud* de las personas migrantes nicaragüenses, elemento sustancial en pro de una comprensión clara, profunda, científica y basada en derechos humanos de las dimensiones y relaciones (en forma de determinaciones sociales) entre *Salud* y *Migración*. Estudios de este corte brindan subsidios para el abordaje nacional, regional e incluso mundial del fenómeno de las migraciones.

## **Enfermería Transcultural: Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales (TDUCC)**

*“El cuidado es la esencia de la Enfermería  
y un centro de atención característico,  
dominante, básico y unificador.”*

-Madeleine M. Leininger, 2002

Desde una perspectiva universal, integradora y humana, parte la enfermera y antropóloga Madeleine M. Leininger (1920-presente) para dimensionar el campo de la Enfermería Transcultural y su principal posicionamiento teórico, la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales (TDUCC).

Dado el enfoque de la investigación sobre el PTRS con sus consecuentes RSs entre las personas nicaragüenses, se presenta a la TDUCC como una sombrilla amplia que engloba el estudio y brinda subsidios para el análisis de las RS. La TDUCC es, por sí sola, el eje vinculante e integrador que permite la reflexión desde la ciencia enfermera del fenómeno en cuestión.

Mucho se habla sobre una Enfermería holística, sin embargo, hay que investigar *realmente* desde y hacia una Enfermería holística. Estudios de este corte, que utilizan posicionamientos teóricos interdisciplinarios (como el PTRS, propio de la psicología social) se nutren de dicho acervo de conocimientos, así como de la amplitud teórico-metodológica disciplinar de la Enfermería, en esta ocasión bajo las premisas de la Enfermería Transcultural. Para esta sección, se realizará un análisis claro y conciso sobre los *conceptos* medulares para la TDUCC, y su relación con el PTRS.

Inicialmente, se destaca que la Enfermería Transcultural es una perspectiva amplia, holística y completa de las poblaciones humanas, y corresponde a una disciplina de estudio

y práctica dentro de la Enfermería. Esta, nace en la década de 1950<sup>24</sup> bajo los trabajos de Madeleine Leininger, quien identificó que las y los enfermeros de la época (así como los demás profesionales de la salud), presentaban una carencia: la exclusión de la importancia de la cultura en el cuidado, la curación, y otros aspectos relacionados a la salud. A propósito, resulta interesante y de cierta forma alarmante, que dicha carencia sea aún observada en muchas y muchos profesionales de la salud (Leininger y McFarland, 2006).

Es por lo anterior, que Leininger distingue dos aspectos elementales carentes en la Enfermería y demás áreas de la salud, el *cuidado* y la *cultura*, así como su interrelación. A partir de este contexto, Leininger enfoca sus atenciones hacia la investigación sobre el cuidado siempre contemplando a la cultura. Dicho enfoque lo propone a fin de promover el cuidado, la curación, el bienestar, y los estilos de vida saludables (Leininger y McFarland, 2006).

Dicho esto, la Enfermería Transcultural según Leininger es una disciplina de la Enfermería destinada al estudio comparativo de las diferencias y similitudes de los *cuidados culturales* entre las diferentes culturas alrededor del mundo. Tal como explicitado anteriormente, su razón de ser es sencilla, siendo esta la promoción de prácticas y conocimientos de salud y cuidado que sean útiles y culturalmente congruentes. Además, son también cometidos de la Enfermería Transcultural el ayudar/apoyar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud, y afrontar discapacidades y la muerte (Leininger y McFarland, 2006; Alligood y Marriner, 2011).

En términos generales, los posicionamientos de la Enfermería Transcultural brindan la oportunidad a las enfermeras y enfermeros de investigar e intervenir en diferentes

---

<sup>24</sup> En la década de los 50s, Leininger propone la necesidad de comenzar a incluir al cuidado y a la cultura como aspectos elementales en la Enfermería y las demás áreas de la salud. Agregado a esto, su antesala proviene del contexto de un Estados Unidos (post II Guerra Mundial) con un flujo creciente de inmigrantes y refugiados. La sociedad estadounidense tuvo un cambio demográfico importante, dado a causa de una diversificación cultural creciente, razón por la cual Leininger propone la necesidad de incluir a la cultura como uno de los elementos clave a la hora de estudiar y ejercer la salud, y la Enfermería (Leininger y McFarland, 2006).

contextos socioculturales los fenómenos – tanto universales como particulares – relativos a la salud y el cuidado (con sus dimensiones culturales) (Alligood y Marriner, 2011).

Y esta idea es trascendental para esta tesis, ya que las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica merecen una investigación realizada desde sus propias voces, que visibilice sus representaciones, actitudes, vivencias, prácticas y necesidades en torno a la salud. Todo, con el fin de generar conocimientos *útiles y culturalmente congruentes* que sirven para su beneficio, así como para la formulación de políticas más inclusivas y contextualizadas, medios de comunicación más sensibles con las realidades humanas, y una sociedad más informada y consciente de que los derechos humanos no son únicamente para las y los costarricenses.

En síntesis, la *Enfermería Transcultural* rima totalmente con los objetivos explícitos e implícitos de la investigación, y se mezcla e interactúa de forma creativa con el *PTRS*, y el *Enfoque Etnográfico*. No obstante, ya se esbozaron básicamente los caminos teóricos y epistemológicos que sigue la Enfermería Transcultural; ahora, es necesario ahondar en el principal posicionamiento de la disciplina y de la autora, la *Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales*.

Leininger, creó la TDUCC según la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a las y los profesionales de la salud, y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten. Es por esto, que para la referente teórico es vital que las y los enfermeros descubran y adquieran conocimientos acerca del contexto sociocultural de las personas, así como para que las intervenciones de Enfermería sean coherentes con el marco cultural (Alligood y Marriner, 2011).

Al lado de dicha idea, Leininger sostiene que la TDUCC posee algunas características distintivas, diferentes de otras teorías enfermeras. En primer lugar, es la única teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural – se puede

utilizar en culturas occidentales y orientales – dado que incluye múltiples factores que se encuentran universalmente en las culturas. Adicionalmente, es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos, tales como la estructura social, el lenguaje, y el contexto ambiental por ejemplo (Alligood y Marriner, 2011).

Asimismo, la TDUCC, es parte esencial de la Enfermería Transcultural, y se compone de una serie de conceptos y modelos interrelacionados entre sí, a saber: 1) Cuidado, 2) Cultura, 3) Cuidados Culturales, 4) Emic y Etic, 5) Salud, 6) Salud holística, y 7) Modelo del Sol Naciente. A continuación, su descripción.

En primer lugar, Leininger afirma que el *cuidado* es una de las características inherentes a la condición humana, esto al estar ligado directamente con la *cultura*. En este sentido, Leininger entiende el *cuidado* como un fenómeno concreto y abstracto, definido como todas aquellas *experiencias, actitudes y prácticas* asistenciales, de soporte y habilitación, para ayudar a las personas con su bienestar (Alligood y Marriner, 2011; Leininger y McFarland, 2006).

El *cuidado*, como uno de los mayores constructos de la teoría, se entiende desde dos perspectivas (ambas dialogan entre sí), estas son: 1) El cuidado folklórico, 2) El cuidado profesional. Por consiguiente, la teoría es enfática sobre el hecho de que el cuidado trasciende la realización de procedimientos clínicos, e implica y relaciona el cuidado con la protección, el respeto y la presencia. Para Leininger, el cuidado es Enfermería, el cuidado es salud, el cuidado es curación, y el cuidado es bienestar. Es decir, el cuidado es inherente a la humanidad (Leininger y McFarland, 2006).

Y es que, en la TDUCC, al hablar de *cuidado*, hay que referirse directamente sobre la *cultura*. Para Leininger, resulta vital la inclusión del componente sociocultural en el estudio y práctica de la Enfermería y demás ciencias de la salud. Por otra parte, la formación en

Antropología de la autora, le permite visualizar que el objeto de estudio de la Antropología – la cultura –, es un elemento crucial en todas las ciencias humanas.

La *cultura*, es un fenómeno que en palabras de la referente teórico es comprendido como todos aquellos valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en una sociedad en particular y que guían los patrones de pensamiento, decisiones y acciones. Esto es, cultura como orientadora de prácticas, comportamientos, actitudes, y *representaciones*. En pocas palabras, la cultura distingue a los seres humanos, de los seres *no* humanos (Leininger y McFarland, 2006).

Por consiguiente, con las dos conceptualizaciones brindadas anteriormente, se liga el cuidado con la esfera sociocultural. En tal forma, Leininger distingue dicha interacción teórico-semántica bajo el nombre de *cuidados culturales*, haciendo referencia a un fenómeno basado en la interrelación estrecha y sintética entre dos ideas: *cuidado* y *cultura*. De esta forma, dicho constructo dual sirve para comprender y explicar los fenómenos de la salud y/o la enfermedad en los distintos y diversos grupos humanos (Leininger y McFarland, 2006).

En suma, los *cuidados culturales* se constituyen puntualmente como actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud, o para el bienestar del cliente o afrontamiento de discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas. Destaco, y sumo, a la definición de *cuidado* base para la investigación, la noción sobre *cuidados culturalmente constituidos*. (Alligood y Marriner, 2011).

Es decir, los *cuidados culturales*, son ya por sí solos una redundancia, ya que, si se parte del hecho de que el cuidado es una de las características inherentes a la humanidad, el concepto de cultura saldría a la palestra fácil, esperada, y necesariamente; el cuidado, es, y

siempre será, socioculturalmente construido. En suma, para efectos de la investigación<sup>25</sup>, se comprende al *cuidado* como todas aquellas experiencias, actitudes, prácticas, y representaciones (de/re) construidas socioculturalmente, y orientadas hacia el bienestar de individuos y colectivos.

Hasta acá, observamos un punto en común con el PTRS, dado que existe una relación dialógica entre las propuestas sobre *cuidado* y *cultura* – condensados en el concepto de *cuidado* aportado como base para la investigación – de Leininger y las *Representaciones Sociales*. La cultura es, entonces, una de las manifestaciones más acabadas de las representaciones sociales, y las representaciones sociales, son ejes constituyentes de la cultura. La cultura, de esta manera, define, constituye y construye las fronteras, manifestaciones, y matices esenciales del cuidado humano – en su relación inseparable con el amplio fenómeno de la *salud*.

En alusión a este último concepto – *salud* –, y a su amplitud y relevancia teórico-semántica, la autora distingue que este significa el estado de *bienestar* o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos, y que les permite funcionar en sus vidas cotidianas. *Salud* en palabras de Leininger, está relacionada con bienestar, cultura, y cotidianidad, y se aleja (mas no separa) de la esfera físico-orgánica vinculada tradicionalmente con enfermedades, tratamientos y procedimientos médicos (McFarland y Webbe-Alamah, 2015).

Para Leininger, todas las culturas poseen patrones y formas universales y particulares para mantener, construir, y reproducir su salud. De aquí nace el carácter *universal* y *diverso* de los cuidados culturales, y en sí, de la Enfermería transcultural. Así, Leininger distingue

---

<sup>25</sup> Comprendo al *cuidado* de esta forma dado que la autora propone una definición que vincula explícitamente al término con la asistencia, ayuda y soporte. Dichos elementos, son inherentes al cuidado, está claro, mas no constituyen su eje medular; no se debe reducir un fenómeno tan amplio a dichos aspectos. Esta es la razón por la cual comprendo al cuidado como *todas aquellas actitudes, prácticas, y representaciones (de/re)construidas socio-culturalmente, y orientadas hacia el bienestar de individuos y colectivos*.

que para las y los enfermeros, es vital comprender a la salud vinculada con el cuidado dentro de los contextos culturales; no podemos estudiar las RSs de las personas migrantes nicaragüenses, sin antes comprender a grandes rasgos, y desde su propia voz, su cultura (McFarland y Webbe-Alamah, 2019).

En sí, y tal como explicitado anteriormente, uno de los puntos más esenciales de la TDUCC de M. Leininger radica en la idea de que todas las culturas poseen patrones universales y particulares bajo los cuales se rige su comportamiento en diversas áreas de la cotidianidad. Dicho esto, tendencialmente existen similitudes y diferencias entre los grupos étnicos alrededor del mundo; ambos elementos, dependen directamente de la visión de mundo de las personas que vivencian o estudian los fenómenos en cuestión. Razón por la cual los conceptos de *Emic* y *Etic*<sup>26</sup> son *tan importantes para la TDUCC* (Leininger y McFarland, 2006).

Desde la lingüística, *Emic*, se refiere a todo aquel conocimiento de índole local y autóctono; mientras que *Etic* hace alusión a los puntos de vista de personas externas al grupo étnico, tales como investigadores o profesionales de la salud. Es, a través de los conceptos *Emic* y *Etic*, que Leininger explica las diferencias e interdependencias entre el conocimiento y prácticas de los informantes culturales, y el de las y los enfermeros profesionales (Leininger y McFarland, 2006).

Ahora bien, desde la Enfermería Transcultural, *Emic* y *Etic* se vinculan con dos conceptos, el *cuidado genérico (Emic)*, y el *cuidado profesional de Enfermería (Etic)*. El primero, se relaciona con los conocimientos y prácticas indígenas, tradicionales, o autóctonas destinadas a proveer asistencia, soporte, habilitación, y facilitación a personas con necesidades de salud a fin de promover el bienestar o colaborar con el afrontamiento de la

---

<sup>26</sup> Los conceptos, *Emic* y *Etic* provienen de la lingüística (con su respectivo uso en la antropología lingüística); sin embargo, Leininger los reconceptualizó de forma que permitieran la interpretación de fenómenos relacionados con los *cuidados culturales* de los distintos grupos étnicos (Leininger y McFarland, 2006).

muerte u otras condiciones humanas. El cuidado genérico, por consiguiente, son las prácticas y conocimientos de un determinado grupo étnico para favorecer la salud de sus integrantes (Leininger y McFarland, 2006).

El segundo concepto, *cuidado profesional de Enfermería (Etic)*, se vincula con todo aquel conocimiento – sobre cuidado – formal y aprendido explícitamente a través de instituciones educativas. Dichos conocimientos, son transmitidos a enfermeras y enfermeros para brindar asistencia, soporte, habilitación y facilitación en términos de salud a las personas. Todo con el objetivo de promover la salud, prevenir la enfermedad, y ayudar al afrontamiento de la muerte y otras condiciones humanas. El cuidado profesional de Enfermería, consecuentemente, es el que se encuentra institucionalizado y profesionalizado (Leininger y McFarland, 2006).

Ambos, el cuidado genérico (Emic) y el cuidado profesional de Enfermería (Etic), son elementos que inciden sobre la construcción de los conocimientos sobre la salud, el cuidado, y la enfermedad. Ambos, si se observa su interacción con el conocimiento de sentido común a través del PTRS, son conceptos resultantes de los procesos de formación y legitimación de las Representaciones Sociales, haciendo hincapié específicamente sobre el *anclaje*, que es de qué fuentes (vivenciales, mediáticas, culturales, entre otras) proviene el conocimiento objetivizado.

En síntesis, para Leininger la *salud* es el fenómeno amplio vinculado con el bienestar y la funcionalidad individual y colectiva; el *cuidado* por su parte corresponde a los medios (experiencias, prácticas, actitudes y representaciones socioculturalmente construidas) que conducen a dicho bienestar humano. Ambos, *salud* y *cuidado*, dependen del lente con que se mire, sea este *Etic* o *Emic*, así como de todos los demás factores externos propios de los contextos humanos (Leininger y McFarland, 2006).

Cabe destacar, que dichos elementos dialogan y se influyen diversamente, dichas relaciones son posibles de estudiar gracias al método de la *Etnoenfermería*, propuesto por Leininger específicamente para enmarcar a la TDUCC y los métodos cualitativos de investigación. La *Etnoenfermería*, dentro de sus propuestas, cuenta con seis modelos<sup>27</sup>, entre ellos el principal, el *Modelo del Sol Naciente* (Leininger y McFarland, 2006).

Llegados a este punto, conviene discutir acerca de las dimensiones esenciales del *Modelo del Sol Naciente (MSN)* de Leininger, propuesta que engloba todo lo comentado anteriormente, y que se centra en la noción sobre *salud holística*. Leininger, elaboró este modelo para representar los componentes esenciales de la teoría, así como los elementos centrales y periféricos que influyen sobre los patrones y expresiones de cuidado y salud (Alligood y Marriner, 2011; Leininger y McFarland, 2006).

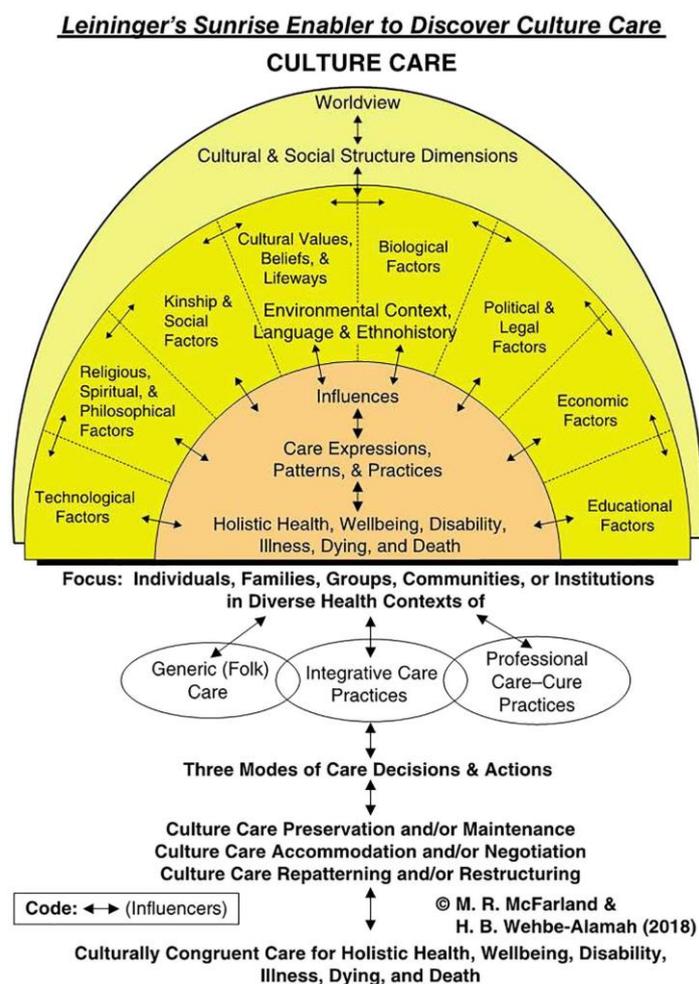
A grandes rasgos, el MSN describe a los seres humanos como entes inseparables de su procedencia/filiación cultural, su estructura social, de su concepción del mundo, su trayectoria vital y del contexto de su entorno. Estos supuestos se constituyen como principios fundamentales de la teoría de Leininger, anexos a su propuesta sobre la *salud holística* (Alligood y Marriner, 2011).

---

<sup>27</sup> Los seis modelos propuestos por Leininger, son utilizados por las y los investigadores para documentar, sistematizar y confirmar datos con las y los informantes. El Modelo del Sol Naciente (Sunrise Enabler) es el más utilizado y popular, sin embargo, también existen los siguientes modelos: 1) Observation-Participation-Reflection Enabler, 2) The Researcher`s Domain of Inquiry Enabler (DOI), 3) Stranger to Trusted Friend Enabler, 4) Ethnodemographic Enabler, y 5) Acculturation Enabler. Todos los modelos, cuentan con características y funciones específicas ajustadas a los requerimientos de las investigaciones.

**Figura 1.**

*Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger.*



*Nota.* Tomado de McFarland y Webbe-Alamah, 2019.

Sobre la salud holística, capital teórica del MSN de Leininger, conviene mencionar que se constituye a través de la interrelación/influencia multidireccional entre varios factores. En primera instancia, la *salud holística* es influida por las expresiones, patrones y prácticas de *cuidado*; ambos elementos, son configurados por factores educativos, económicos, político-legales, valores culturales, creencias y estilos de vida, la familia y los factores sociales, elementos religiosos y filosóficos, y los factores tecnológicos, todos estos, enmarcados dentro del contexto ambiental, el lenguaje, y la etnohistoria, esferas a su vez

inmersas dentro de una visión de mundo creada y reproducida por las dimensiones socio-culturales (McFarland y Webbe-Alamah, 2015).

Agregado a la noción sobre la salud holística, el MSN determina que existen tres tipos esenciales de cuidado, a saber: 1) Prácticas de cuidado de Enfermería, 2) Cuidado genérico o folklórico, y 3) Prácticas profesionales de cuidado-curación. Por razones evidentes, el MSN se centra en las prácticas de cuidado de Enfermería (sin hacer minusvalía de las demás), para las cuales influyen aspectos como las *decisiones y acciones*<sup>28</sup> que se toman en los diversos contextos sobre los cuidados culturalmente congruentes, los cuales poseen incidencia directa sobre la *salud holística* de individuos, grupos, comunidades, o instituciones. Para el estudio, nos interesan tanto los individuos, como las comunidades de personas migrantes nicaragüenses en suelo costarricense (Alligood y Marriner, 2011).

A modo de resumen, el MSN, propuesta propia de la TDUCC, parte de un enfoque orientado hacia la *salud holística* de individuos y colectivos, la cual está inmersa en una cosmovisión creada por las dimensiones socioculturales, para las que influyen siete factores particulares (anteriormente explicitados) inmersos dentro del contexto ambiental, el lenguaje, y la etnohistoria. Además, el *cuidado* es visualizado como un elemento que, sí o sí, debe ser *culturalmente congruente* en sus tres expresiones principales (cuidado folklórico, cuidado de Enfermería, y prácticas profesionales de cuidado-curación).

Como ha sido evidente, Leininger es enfática en el carácter holístico de los estudios en Enfermería y Salud, dado que en las realidades humanas todo se encuentra interrelacionado. Además, la TDUCC nos brinda herramientas amplias *per se*, y de corte teórico-metodológico para comprender la forma bajo la cual se (de/re) construyen los factores

---

<sup>28</sup> Adicionalmente, influyen sobre las *decisiones y acciones* de los cuidados transculturales, aspectos como la preservación/mantenimiento, adaptación/negociación, y reorientación/reestructuración de los cuidados culturales.

relacionados con el amplio y complejo fenómeno de la salud a través de una de sus manifestaciones: las RSs.

Por último, es necesario destacar que la presente investigación se orienta sobre las bases teóricas de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, haciendo un uso, igualmente teórico, pero más matizado por las facilidades, en términos de aproximación epistemológica para con el objeto de estudio, del Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales. Así bien, a continuación, se presentan una serie de ejemplos en los que se aplicaron las propuestas teórico-metodológicas de la Enfermería Transcultural, la TDUCC, y alguno de los modelos, como el Modelo del Sol Naciente.

En general, las investigaciones que utilizan la Enfermería Transcultural como referente teórico, y a la Etnoenfermería como método, son estudios extensos temporalmente, con poblaciones amplias y en regiones diversas del mundo. Por ejemplo, el primer estudio de Enfermería Transcultural fue el realizado en los 60s, haciendo análisis de los patrones de cuidado cultural entre el grupo étnico Gadsup Akuna, en las tierras altas del este de Nueva Guinea. Para esto, Leininger realizó una inmersión total en el campo y con la población, analizando sus patrones culturales, asentamiento, adaptación al ambiente, relaciones sociales, dimensiones políticas y demás aspectos que propone el Modelo del Sol Naciente (Leininger y McFarland, 2006).

Los resultados, en relación con los patrones de cuidados culturales, fueron los siguientes. En primer lugar, para los Gadsup Akuna, el cuidado significa acciones de vigilancia y protección destinadas a la salud y bienestar de su población. Además, el cuidado se relaciona con la funcionalidad de las personas dentro de su cultura, siempre en línea con los valores de su cultura, ya que, para este grupo étnico, el cuidado significa mantener estilos de vida apegados a su historia, todo en pro de favorecer el bienestar y de evitar conflictos con otros grupos aledaños. Adicionalmente, el cuidado, para este colectivo es respetar los

roles y diferencias entre hombres y mujeres, de forma que se preserven las responsabilidades de la tribu (Leininger y McFarland, 2006).

Observamos en este primer acercamiento bajo los supuestos de la Enfermería Transcultural, que el cuidado, es un fenómeno polisémico, influido directamente por aspectos como la estructura social, adaptación al ambiente, etnohistoria, concepto y realidades de género, y demás elementos. Resulta trascendental adentrarnos en todos aquellos factores que determinan las nociones, prácticas y vivencias sobre el cuidado, la salud y la enfermedad entre los grupos de personas.

Es decir, es evidente que el cuidado está influido por la cultura, pero ¿Cómo?, ¿Qué elementos son determinantes?, y ¿En qué ayuda esto para la comprensión de las realidades humanas complejas, así como para el mejoramiento de la calidad de vida de todas y todos? Todas, son preguntas que desde este estudio se vinculan – bajo una perspectiva de desarrollo, aliada con los derechos humanos – con la salud de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Otros ejemplos de intervenciones desde la TDUCC se presentan a brevedad. Desde poblaciones en zonas remotas del mundo, hasta grupos con toda una vida de vivir entre las grandes urbes, así de amplias son las herramientas teórico-metodológicas de la Enfermería Transcultural. Sobre esto, se destacan estudios relacionados con personas que han sufrido violencia familiar (grupo Potawatomi de personas nativos americanos), con poblaciones de adultos mayores en centros de larga estancia (grupo de personas alemanas), estudiantes de Enfermería en diversos contextos (estudiantes de Europa y Estados Unidos), e incluso con colectivos de personas migrantes y refugiadas (grupo de mujeres musulmanas, y comunidades de refugiados rusos y vietnamitas en Estados Unidos).

Dicha amplitud teórico-metodológica de la TDUCC nos permite, fácilmente, analizar las Representaciones Sociales de la Salud entre las personas migrantes nicaragüenses en

Costa Rica, esto a la luz del Modelo del Sol Naciente y el PTRS, pilares fundamentales para esta investigación y la posterior discusión.

A modo de conclusión del presente apartado, conviene cuestionarnos *¿De qué forma el PTRS y la TDUCC dialogan teórico-metodológicamente?* Partiendo del análisis previo sobre el Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, y de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, salen a la palestra varios puntos de conexión y sinergia entre los postulados medulares de ambas perspectivas teóricas.

En primer lugar, derivado de la reflexión sobre el campo de abordaje e intervención de los referenciales teóricos, se determina que ambos analizan y exploran sobre significados, expresiones, procesos, conflictos y prácticas de índole sociocultural, en su relación con fenómenos amplios tales como el cuidado, y la salud. En este sentido, Moscovici y Leininger dialogan sin haberlo planeado.

Por otra parte, yendo más profundamente sobre las interacciones e interrelaciones entre el PTRS y la TDUCC, se concluye que la cultura es entonces una de las manifestaciones más acabadas de las representaciones sociales, y las representaciones sociales, son ejes constituyentes de la cultura. La cultura, de esta manera, define, constituye y (de/re) construye las fronteras, manifestaciones, y matices esenciales del cuidado humano – en su relación inseparable con el amplio fenómeno de la salud.

Por su parte, y en relación muy estrecha con las anteriores ideas, se distingue que los factores educativos, económicos, político-legales, valores culturales, creencias y estilos de vida, la familia y los factores sociales, elementos religiosos y filosóficos, y los factores tecnológicos del MSN propuesto por la TDUCC, constituyen los *elementos específicos* inmersos en el proceso de *anclaje*, entendido como todas aquellas influencias, experiencias, y realidades de las que parten los individuos o colectivos para formular sus representaciones

acerca de determinados fenómenos. En este caso, se afirma que dichas categorías, son los puntos de los que parten las personas nicaragüenses para generar sus RSs.

Asimismo, tales siete factores (además de los elementos paralelamente vinculados, tales como el *cuidado* en sus tres esferas), pueden estar presentes (explícita y/o implícitamente) en el proceso de la objetivación, propio de las RS. Así, puede que mi representación – gráfica, mental, verbal, funcional, entre otras – (objetivación) sobre el concepto de casa, esté relacionada particularmente con la convivencia y relaciones familiares (familia y factores sociales), y el acceso a recursos básicos como el agua y la electricidad (factores económicos).

A fin de cuentas, los siete factores que influyen sobre la salud holística, están presentes como categorías uniformes y cambiantes sobre las cuales parte el proceso de anclaje del PTRS; al mismo tiempo, la objetivación, puede adquirir la forma de alguno de esos siete factores, en su representación gráfica, mental, verbal, o funcional. Factores de la TDUCC son ejemplos de elementos del *anclaje*, y al mismo tiempo, se ven manifestados en la *objetivación*.

Asimismo, si se analizan las fuentes de donde provienen las informaciones, Cuidado genérico (Emic) y Cuidado profesional de Enfermería (Etic), queda claro que ambas difieren en un aspecto medular: su *anclaje*. La primera perspectiva, bebe de experiencias, vivencias y realidades enmarcadas en contextos locales y autóctonos, y transmitidos de generación en generación. La segunda perspectiva, si bien es cierto posee dimensiones y objetivos muy similares, se alimenta de bases institucionalizadas bajo la figura de educación formal. Se observa acá como el PTRS, a través del anclaje, determina las diferencias entre los tipos de conocimiento y prácticas de cuidado (Leininger y McFarland, 2006).

Por último, y en relación con las funciones de las Representaciones Sociales, la TDUCC parte del hecho de que las personas que experimenten la carencia de cuidados

enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles mostrarán signos de conflictos culturales, prácticas de imposiciones culturales, estrés, y dolor sensible (Leininger y McFarland, 2006; Alligood y Marriner, 2011).

En esta línea, es evidente que una de las raíces de las tensiones entre costarricenses y nicaragüenses, así como sus implicaciones para la salud (en forma de representaciones) de quienes aportan aproximadamente 11% del PIB de Costa Rica, es de carácter sociocultural. Las y los nicaragüenses presentan signos claros de *conflictos e imposiciones culturales*, dadas por carencias de cuidados enfermeros culturalmente coherentes (manifestados desde la academia, la atención clínico-asistencial, la formulación de políticas públicas, y los medios de comunicación).

El panorama es amplio y complejo; sin embargo, una de las formas que podría aportar unidades de análisis en pro subsanar el sufrimiento cultural de las personas nicaragüenses en Costa Rica, corresponde al estudio sobre las Representaciones Sociales sobre la Salud de este claustro, esto, brindaría informaciones más contextualizadas, al mismo tiempo que corresponde a una práctica de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles.

En conclusión, caracterizo las relaciones halladas entre el PTRS y la TDUCC a forma de unidades de análisis, guías teórico-prácticas, y medios para subsanar inequidades en materia de salud. Estas, y más relaciones de diversa índole, se irán develando a medida que la investigación avanza.

La interpretación sobre las realidades, vivencias y actitudes en torno al fenómeno de la salud de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica, es posible gracias a una reflexión continua y autocrítica sobre los referenciales teóricos, contextos socio-culturales, y actualidades de la temática en cuestión; más aún, es vital integrar áreas de estudio, tales como

la psicología y antropología social, y la Enfermería, a fin de incidir sobre el bienestar colectivo y el desarrollo de las sociedades humanas.

# IV

## Marco Metodológico

## Marco Metodológico

Siendo las anteriores secciones los *por qué*, *para qué*, y *para quienes*; aquí se presentan los *cómo*. Cómo abordar el tema en cuestión, cómo recolectar las informaciones, y cómo analizarlas, son, en conjunto con la descripción del contexto físico-temporal, la población participante (incluidos los criterios de inclusión y exclusión) y los principios éticos, los elementos que guiaron el diseño metodológico de este trabajo final de graduación en su modalidad de Tesis.

En principio, una temática con estas características, especificidades, y proyecciones, mereció un abordaje metodológico profundo, y orientado hacia la comprensión de las interpretaciones legas-seglares sobre el complejo fenómeno de la salud. En este sentido, interesaron aspectos relacionados con la experiencia y prácticas sociales de la salud, su reproducción a través de sistemas ideológicos hegemónicos, sus ejes orientadores de prácticas, actitudes y pensamientos, y los elementos constituyentes de dichas representaciones (objetivación y anclaje).

En consecuencia, la investigación fue de *abordaje cualitativo*, y se sustentó en las herramientas teórico-metodológicas de un *enfoque etnográfico*. Para esto, se planteó como población participante, a las *personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica*, particularmente quienes cuyas realidades son vivenciadas en el *cantón central de la provincia de San José, Costa Rica (Parque de la Merced, Distrito Hospital)*, durante el año 2019. Además, se utilizaron como técnicas la *observación participante*, y las *entrevistas semiestructuradas*. Posteriormente, se analizaron las informaciones a la luz del método de *Análisis de Contenido*.

### Sobre el Abordaje

Como mencionado, esta investigación reposó en un abordaje cualitativo dada la profundidad y representatividad que se desea alcanzar. La utilización de herramientas de los

enfoques etnográficos fue necesaria en aras de comprender a profundidad las cotidianidades de los sujetos de estudio – así como la influencia de estas sobre su construcción social de la salud y sus respectivas representaciones.

En palabras de John W. Creswell (2014) – profesor de psicología educativa, y experto en metodología de investigación -, los abordajes cualitativos se orientan hacia la comprensión de los sentidos que los individuos o colectivos adscriben a un objeto social. Según el autor, el proceso de investigación típicamente incluye preguntas y procedimientos de características emergentes, informaciones recolectadas en los contextos de la población participante, análisis de datos yendo desde lo particular hasta lo general, y desde lo general hasta lo particular (estilo inductivo y deductivo), todo esto seguido de las interpretaciones del investigador(a).

Dichos abordajes, se centran en los sentidos individuales y/o colectivos, así como en la importancia de contemplar la condición humana como compleja, cambiante y diversa. Así bien, ahondando más sobre las características de los enfoques cualitativos de investigación, Creswell (2014, p. 234) presenta los siguientes rasgos distintivos:

- Los estudios tienden a darse en el contexto natural de la población participante.
- Las y los investigadores son actores clave para la investigación, dado su rol en la recolección de las informaciones.
- Existen múltiples fuentes de información, tales como observaciones, entrevistas, documentos, o recurso audiovisual.
- Análisis de corte inductivo y deductivo.
- Orientación hacia los significados de las y los participantes en torno a la temática en cuestión.
- Diseños emergentes; esto quiere decir que el plan de investigación no puede ser propuesto de primera mano, además del hecho de que a medida que se avanza, el

estudio puede ir cambiando, así como las formas para recolectar la información, y sus respectivos espacios y poblaciones.

- Reflexividad; en los estudios cualitativos, este elemento debe siempre guiar todas las etapas de la investigación en pro de la reducción de sesgos, así como una mayor profundidad y representatividad.
- Reporte holístico; dicha característica hace referencia a que se deben integrar los múltiples elementos hallados en la investigación a modo de generar una imagen compleja y lo más precisa del objeto de estudio.

En síntesis, las anteriores cualidades de los estudios cualitativos son, en definitiva, distintivas de los estudios que buscan profundidad, representatividad y contextualización en sus alcances, proyecciones esenciales de esta investigación. En adición, cabe destacar que los abordajes cualitativos nacen del seno de las ciencias sociales, particularmente de la antropología, la sociología y las humanidades. Existen, puntualmente, 5 enfoques en la investigación cualitativa, estos son: 1) Enfoque Narrativo, 2) Enfoque fenomenológico, 3) Enfoque de teoría fundamentada, 4) Enfoque Etnográfico, y 5) Estudios de caso (Creeswell, 2014).

Para efectos de la investigación, nos centramos en las herramientas teórico-metodológicas que brinda el *enfoque etnográfico*, el cual se caracteriza por ser un diseño de investigación (nacido del seno antropológico<sup>29</sup> y sociológico) en el que las y los investigadores estudian los patrones compartidos de comportamiento, lenguaje, y acciones de un grupo cultural que se encuentra en su entorno natural a lo largo de un periodo

---

<sup>29</sup> Los estudios de corte etnográfico, así como su subsecuente implementación como diseños formales de investigación, nacen de los trabajos del antropólogo polaco Bronislaw Malinowski a inicios del siglo XIX en las islas Trobriand (Papúa Nueva Guinea), donde estudió el sistema de intercambio kula, su religión, sistemas de parentesco, y la sociedad en general. Malinowski, funda los inicios de la etnografía como recurso metodológico principal de la antropología; antropólogos y antropólogas como Franz Boas, Henry Lewis Morgan, Ruth Benedict, Margaret Mead, Claude Levi-Strauss, y Clifford Geertz, son de los principales referentes en antropología, y sus trabajos, en distintas poblaciones alrededor del mundo, sirven como subsidio para comprender más a profundidad a la etnografía (Guber, 2011).

prolongado de tiempo. Así bien, en estos enfoques, aspectos como la recolección de las informaciones sientan sus bases en técnicas como las observaciones y las entrevistas (Creswell, 2014).

De esta manera, y en relación con la conceptualización de *enfoque etnográfico*, Guber (2011), distinguida antropóloga e investigadora latinoamericana, se ha dimensionado a la *etnografía* como una modalidad conceptual y práctica de conocimiento orientada hacia la comprensión de las dinámicas sociales desde la perspectiva de sus miembros. Dadas las características y proyecciones de la investigación, las *herramientas* teórico-metodológicas que brinda el *enfoque etnográfico* para la comprensión de la dinámica en cuestión, se presentaron como las más rigurosas y coherentes investigativamente.

En otras palabras, la investigación reposó en un *abordaje cualitativo*, y utilizó como base las herramientas del *enfoque etnográfico*. Dichos elementos facilitadores fueron: 1) La orientación hacia el comprendimiento de las dinámicas sociales desde la perspectiva de los sujetos sociales, y 2) La utilización de la observación participante, y las entrevistas a profundidad como métodos para recolectar las informaciones.

Una vez aclarado el panorama metodológico del estudio, y en línea con la necesidad urgente de estudios internacionales y nacionales sobre migración y salud (en pro de la consecución progresiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS), se reconoce que las herramientas propias de los enfoques etnográficos son útiles para respondernos preguntas acerca de las relaciones entre la migración y la salud, dado que enfocan sus atenciones sobre conceptos, creencias, y percepciones sobre el riesgo y la vulnerabilidad de las personas (Wickramage *et al*, 2018; Schenker, Castañeda y Rodríguez-Lainz, 2014).

Por su parte, los procesos investigativos con elementos de los enfoques etnográficos están basados en las observaciones participantes, y usualmente se complementan con métodos como las entrevistas, las historias de vida, revisión de noticias, archivos, o

expedientes clínicos. Es así como la etnografía, vinculada con investigación cualitativa, se distingue por la orientación hacia las y los participantes en lugar de hacia él o la investigadora; especialmente interesan sus palabras y prácticas respecto a su sentido de vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y devenir (Schenker, Castañeda y Rodríguez-Lainz, 2014; Guber, 2011).

En función de lo precedente, cabe destacar que los enfoques etnográficos se basan en dos supuestos: 1) El investigador o investigadora parte de una ingenuidad metodológica, y se aproxima a la realidad para conocerla, 2) El investigador o investigadora, se propone interpretar/describir una cultura para hacerla inteligible ante quienes no pertenecen a ella. Ambos supuestos, guían a él o la investigadora en su inmersión al campo. El trabajo de campo, en este sentido, es pilar de los enfoques de investigación etnográficos (Guber, 2011).

En síntesis, las herramientas de los enfoques etnográficos han brindado subsidios para comprender las relaciones entre migración y salud, así como para el estudio a profundidad de poblaciones invisibilizadas y estigmatizadas, caso de las personas migrantes. Asimismo, cabe destacar que los estudios cualitativos de corte etnográfico no brindan informaciones sobre la incidencia y/o prevalencia de problemas de salud específicos, sino más bien, exploran sobre la construcción y reproducción cotidiana del fenómeno de la salud. Por estas razones, el enfoque cualitativo etnográfico, fue el elegido para la investigación (Schenker, Castañeda y Rodríguez-Lainz, 2014).

Abordaje cualitativo, y enfoque etnográfico; ambos, constituyen los medios adecuados para aproximarse a la comprensión de las RSs entre las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica. Pero ¿De qué forma?

Básicamente, los enfoques cualitativos de corte etnográfico nos brindan herramientas para comprender, desde las cotidianidades de las personas, aspectos relativos a la construcción social de la salud. Es en las cotidianidades de los individuos y colectivos, donde

las RS toman su mayor esplendor, dado que estas son, esencialmente, el conocimiento de sentido común que guía prácticas, actitudes, nociones, conductas, y pensamientos; vemos acá la relación del enfoque etnográfico con el PTRS.

Agregado a esto, para comprender las Representaciones Sociales de la Salud entre las personas migrantes nicaragüenses (incluidos sus procesos de objetivación y anclaje), fue necesario escuchar activamente (no solo oír) acerca de las realidades, vivencias, y prácticas en torno al fenómeno de la salud del mayor colectivo de migrantes en Costa Rica.

Es así como conociendo, desde su contexto espacial y desde su voz (cultura), sobre el concepto de salud, y sus elementos anexos (manifestados a través de sus Representaciones Sociales), se puede conducir a un análisis más amplio desde la Enfermería Transcultural. Dicho análisis, será capaz de incidir directa e indirectamente sobre el bienestar colectivo a través de derechos humanos, políticas públicas, medios de comunicación, de las y los migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

### **Contexto Físico – Temporal**

Como descrito anteriormente, para acercarse a la temática en cuestión es necesario visitar las zonas donde habitan y se reúnen las mayores comunidades de nicaragüenses en Costa Rica. Una de ellas es el cantón central de San José (San José, Costa Rica), específicamente en el distrito #3, Distrito Hospital. Interesa, particularmente, una locación específica, esta es el Parque Braulio Carrillo, también conocido como Parque de la Merced.

En sí, dicho espacio físico interesó debido a que, para lograr mayor representatividad, y en pro de lograr un acercamiento contextualizado con la población y sus entornos, se tomó como parámetro de elección el hecho de que el Parque de la Merced – y sus alrededores –, es diariamente un importante (y mediático) sitio de reunión para cientos y cientos de personas nicaragüenses.

Dado este panorama, se tomó como distrito de análisis, al Distrito Hospital (Parque de la Merced), lugar principal donde se realizará la investigación. Sobre las características geográficas y sociodemográficas, se destaca que el cantón central de San José posee un Índice del Progreso Social<sup>30</sup> de 70.4, estando clasificado en la posición 60, de 81 cantones a nivel nacional (Costa Rica Propone, 2018).

Dicha puntuación abarca rubros como necesidades humanas básicas cubiertas, bienestar colectivo, y oportunidades. Su mejor desempeño se refleja en el agua y saneamiento, acceso a información y comunicaciones, y acceso a educación superior; su peor desempeño se manifiesta en elementos tales como la sustentabilidad del ecosistema, salud y bienestar, y seguridad personal (Costa Rica Propone, 2018).

Hablando propiamente del Distrito Hospital, este posee una extensión territorial de 3.38 km<sup>2</sup>, y una población de 21.247 personas (siendo 11.461 hombres, y 9.766 mujeres). En línea con esto, el análisis del Parque de la Merced como sitio diario de reunión de cientos de nicaragüenses, se torna vital. Este sitio se propone por los nicaragüenses como un lugar con cuatro tipos de redes principales: 1) Información, 2) Afectivas, 3) Laborales, y 4) Encomiendas. La Merced es siempre un referente para la inmigración nicaragüense en Costa Rica (Municipalidad de San José, 2011; La Prensa, 2006)

Descrito el contexto espacial en el cual se llevará a cabo la investigación, conviene mencionar de forma puntual el contexto temporal sobre el cual se erige el estudio. En este sentido, la etapa de inmersión en el campo, en paralelo con la recolección de las informaciones, se realizará en el año 2019 después de la aprobación por parte del Comité Ético-Científico de nuestra universidad. Esto para conducir con el análisis de los hallazgos

---

<sup>30</sup> IPS: Basado en Necesidades Básicas (Seguridad personal, Vivienda, Agua y saneamiento, y Nutrición y asistencia médica básica), Fundamentos del bienestar (Acceso a conocimientos básicos, Salud y bienestar, Sustentabilidad del ecosistema, y Acceso a información y comunicaciones), y Oportunidades (Derechos personales, Libertad personal y de elección, Tolerancia e Inclusión, y Acceso a Educación superior).

principales y secundarios a finales del primer semestre, e inicios y mediados del segundo semestre del mismo año.

### **Sobre las y los Participantes de este Estudio**

La población participante de este estudio fueron personas nicaragüenses radicadas en Costa Rica. Tal como se ha mencionado en apartados anteriores, la inmigración nicaragüense en Costa Rica posee un perfil sociodemográfico que se caracteriza por una población en edad laboral que aspira a mejorar sus condiciones de vida. Esto fue evidenciado en la convivencia con las personas nicaragüenses participantes de este estudio.

El claustro poblacional analizado fue heterogéneo. Aun así, se encontraron varios patrones. Se entrevistaron personas del género femenino y masculino. Las y los participantes se enmarcan en un perfil de personas mayores de edad, con familia en Nicaragua y contactos en Costa Rica, laboralmente activas, con escolaridad básica (la mayoría contaba con estudios de primaria completa o secundaria incompleta), con domicilio en zonas aledañas al Gran Área Metropolitana y con un rango desde hacía semanas hasta años de vivir en Costa Rica.

Así bien, pensando en que se trata de un universo poblacional diverso, es necesario plantear un adecuado proceso de selección de la muestra para conseguir representatividad y por ende llegar a resultados confiables, útiles y novedosos. Para esto, la utilización de dos conceptos centrales en los estudios cualitativos es fundamental. Háblese de la transferibilidad y la reflexividad<sup>31</sup>.

A saber, se denomina transferibilidad en los estudios cualitativos al análisis exhaustivo y profundo de cada fenómeno en su contexto, sin enfocarse tanto en el número de casos estudiados. Así, la investigación cualitativa elige las unidades de estudio con el propósito de lograr un conocimiento intensivo y detallado sobre los casos en los que tiene

---

<sup>31</sup> Reconozco a ambos conceptos como parte de las guías metodológicas del análisis de las informaciones.

lugar el fenómeno de interés, siendo este análisis generalizable para otras situaciones en las que dicha dinámica ocurre (Martínez-Salgado, 2012).

Por otra parte, la reflexividad se basa en la problematización que se realice en torno a la temática en cuestión. De esta manera, el concepto de reflexividad nos remite al reconocimiento de los numerosos matices que introducen a toda indagación las relaciones intersubjetivas que se dan entre los participantes. Tanto la transferibilidad y la reflexividad nos brindan subsidios para comprender el rol vital de él o la investigadora en el estudio, es decir, la creación de la versión interpretativa, y su credibilidad, veracidad y carácter generalizable, dependen directamente del accionar del investigador (Martínez-Salgado, 2012).

Según lo que propone la autora, y en conjunto con las características de la investigación, aún no es posible describir el tamaño de la muestra por utilizar. Esto, dado que, como parte de los estudios de corte cualitativo, interesa más la riqueza de los datos provistos por las y los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador. No obstante, se sugiere la recolección de datos hasta que ocurra la *saturación* de las informaciones y hasta que el objeto representacional se torne lúcido (Martínez-Salgado, 2012).

En el ámbito de la investigación cualitativa se conoce como *saturación* el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad y cantidad de ideas, y con cada entrevista u observación subsecuente, no aparecen más categorías emergentes; esto indica que mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debería detenerse. Esta última idea es necesaria de aclarar, ya que, como característica innegable de la condición humana, somos diversos por naturaleza, y existen un sinnúmero de categorías e informaciones por analizar, lo cual indicaría *hipotéticamente* que la investigación sería infinita *per se* (Martínez-Salgado, 2012).

En tal sentido, reconociendo la diversidad humana en los distintos ámbitos (en línea con el enfoque etnográfico), se busca generar una mayor representatividad del estudio a través de la inmersión en un espacio físico muy representativo de la inmigración nicaragüense en Costa Rica, razón por la cual se elige el Parque de la Merced. De esta forma, las implicaciones cualitativas de la saturación podrán ser subsanadas, y el estudio tomará un matiz más amplio.

Por último, y en relación con las características sociodemográficas de la población participante, y con las implicaciones metodológicas, y objetivos y proyecciones del estudio, se proponen los siguientes criterios de inclusión y exclusión, explicitados a brevedad.

### ***Criterios de Inclusión***

- Personas de todos los géneros<sup>32</sup>, nacidas en Nicaragua, residentes (permanente o temporalmente) en Costa Rica, mayores de edad y de cualquier estatus migratorio (regular o irregular).

### ***Criterios de Exclusión***

- Personas con conflictos con la ley o que posean alguna discapacidad que les imposibilite la participación en la investigación en términos de expresar sus cotidianos.

### **Recolección de Datos**

Tanto las técnicas y métodos de recolección de datos dependen directamente del objeto que se está investigando. Así bien, el método de investigación es la etnografía como tal, haciendo especial uso de técnicas como la observación participante, la cual, como lo

---

<sup>32</sup> Con esta afirmación me aproximo a la diversa gama de rasgos, identidades, y orientaciones de género, y me alejo totalmente de posturas cisheteronormativas dicotómicas, donde se utilizan categorías rígidas y relacionadas con la supuesta naturalidad de los seres humanos como entidades binarias. Tales reflexiones se presentan de forma clara en la tesis doctoral de Caravaca-Morera (2016), titulada “Histórias de vida e representações sociais do sexo, corpo, gênero e sexualidade entre pessoas transexuais do Brasil, Canadá e Costa Rica”.

indica su nombre, consiste en observar y participar. En este sentido, la técnica de la observación participante consiste en dos actividades principales: 1) Observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno a él o la investigadora, 2) Participar en una o varias actividades de la población; esto es, observar para participar, y participar para observar (Guber, 2011).

En sí, la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos, a fin de anclarlos en realidades concreta; esto permite poner en comunicación las distintas y diversas reflexividades. Ligado a esto, debido a que la observación participante se enmarca en los abordajes cualitativos y los enfoques etnográficos se proponen las siguientes técnicas de recolección de datos (Creswell, 2014):

- Recolección de notas de campo como observador y como participante de la dinámica (Parque de la Merced).
- Entrevista semiestructurada (con grabado del audio y posterior transcripción), la cual dentro de su eje se servirá de la técnica de diseños o elaboración de dibujos a partir del término inductor “salud” para comprender la objetivación del objeto de estudio.

Así, la etapa de recolección de notas de campo en roles de observador y participante (atención dirigida tanto a individuos como a grupos), se llevará a cabo en el *Parque de la Merced*, en el 2019.

### **Análisis de Datos**

Finalizando la descripción sobre el diseño metodológico del estudio, se presentan las estrategias para el análisis de los datos y principales hallazgos. Para efectos de la investigación, se utiliza como método de análisis de datos al *Análisis de Contenido* de Lawrence Bardin (2016), esta estrategia rima con los estudios sobre representaciones sociales, ya que respeta la novedad y particularidad de las informaciones obtenidas.

Se entiende, por Análisis de Contenido a un conjunto de instrumentos metodológicos que se aplican a discursos diversos (por ejemplo, entrevistas) con el objetivo de descifrar de una manera objetiva sus significados, sin que estos pierdan su esencia subjetiva. Esta es una herramienta hermenéutica controlada, que se basa en la deducción y la inferencia (Bardin, 2016).

Es así como la técnica del análisis de contenido posee varias fases; mismas que se siguieron a cabalidad en este estudio. En su primera fase, el *Pre-Análisis*, se realizó una lectura fluctuante de los datos a fin de familiarizarse con los contenidos expresados. Posteriormente, se escogieron los documentos por analizar, esto tomando como base los objetivos previamente definidos (Bardin, 2016).

En la segunda fase de *Exploración de los datos*, se profundizó en las informaciones seleccionadas, para así establecer unidades de registro y contexto. Dichas unidades, se tradujeron en códigos y categorías posteriormente. Este proceso es esencial, ya que se realiza una codificación semántica de las unidades de registro. El objetivo de esta etapa es luego agrupar todos estos códigos en categorías generales, para así descifrar los significados y elementos más importantes hallados en los textos analizados (Bardin, 2016).

Posterior a una detallada codificación, se pasó a la categorización. Este proceso, requiere que el investigador/a realice una lista con todos los códigos, lea cada uno de ellos, y los agrupe posteriormente en subgrupos según sus asociaciones semánticas. La categorización, fue una etapa en la que se logró extraer los significados más puros explicitados por las personas migrantes nicaragüenses (Bardin, 2016).

Luego de esta etapa, siguió el *Tratamiento e interpretación de los resultados*. Aquí, se formularon inferencias con base en las informaciones halladas y su agrupación en categorías. Se establecieron así las interpretaciones, las cuales visaron responder a los objetivos de la investigación (Bardin, 2016).

En este sentido, el análisis de datos de la presente investigación tomó como base las líneas metodológicas antes referidas desde el *Análisis de Contenido* de Bardin (2016). Para esto, se analizaron un total de 12 entrevistas semiestructuradas, en donde se realizó una lectura fluctuante de los textos, se organizó el material para tornarlo más accesible, y posterior a esto, se llevó a cabo tanto la codificación como la categorización. Ambos procesos permiten develar los significados asociados al fenómeno de la Salud en las personas migrantes nicaragüenses. Por último, con base en estas etapas, y siempre bajo la guía de los objetivos de la investigación, se realizaron las inferencias e interpretaciones propias del caso.

Cabe destacar que este método de análisis de las informaciones es utilizado para las entrevistas semiestructuradas por realizar. Por su parte, la observación participante propuesta, tiene como objeto, brindar subsidios a la investigación sobre los contextos socioculturales en los cuáles se gestan los hallazgos, así bien, es parte esencial de las etnografías, realizar varios acercamientos a los espacios donde es común encontrar a la población en estudio.

Se plantea, en este sentido, una adecuada unión y sinergia entre la observación participante – cuyo análisis será realizado en el momento de la observación, por el investigador, y a través de una guía de recolección de datos de campo (Anexos) – y las entrevistas semiestructuradas, con utilización de la herramienta del dibujo como inductores de las Representaciones Sociales de la Salud entre Personas Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica.

### **Consideraciones Éticas**

En línea con los parámetros éticos sobre las investigaciones con seres humanos, los principios que basaron el estudio están insertos dentro de un *marco legal internacional, nacional, e institucional*, y giran en torno al resguardo de la integridad de las personas participantes del estudio (me comprometo con guardar las informaciones únicamente en mi

computador, y en un plazo de 5 años posteriores), más aún dado que se trata de población en condiciones de vulnerabilidad social. Siendo la ética aquella parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores, me referiré en los siguientes párrafos, sobre cómo obrar de forma ética en esta investigación, siendo siempre consecuente con el progreso de la humanidad (RAE, 2018).

De esta forma, se busca en términos generales, su inclusión en el marco de una Costa Rica pluriétnica y multicultural, cambiante en materia de derechos humanos. Contribuir con el debate público sobre la migración, y las y los migrantes en Costa Rica, abrirá las puertas para más investigaciones, y esencialmente, para mejores condiciones de vida para todas y todos quienes habitamos este país.

Agregado a esto, y tal como propuesto en el artículo 22 de la Declaración Universal sobre Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2015), toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (p. 46). De acuerdo con la declaración sobre DD.HH., uno de los esfuerzos que desde la sociedad se puede realizar en pro del favorecimiento de las condiciones de vida de las personas migrantes nicaragüenses, es la investigación desde sus propias voces, a fin de comprender sus vivencias y realidades, para posteriormente garantizar la satisfacción de sus derechos como personas miembros de la sociedad costarricense.

Para tal cometido, se destaca el hecho de que toda persona tiene derecho a participar en el *progreso científico* y en los *beneficios* que de él resulten (Naciones Unidas, 2015, p. 56). Este es un punto clave de la investigación, ya que reconozco esencialmente el hecho de que para avanzar en el desarrollo de nuestras sociedades (en términos de derechos humanos, y políticas públicas), es necesario el compromiso de todas y todos de participar en

investigaciones potencial y necesariamente beneficiosas para la convivencia en sociedad. Ticos y nicas, debemos aliarnos, para construir mejores países conjuntamente a las implicaciones de la región centroamericana, latinoamericana, y del plano mundial.

Éticamente, es necesario acogernos a lo que dispone la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Me orientan los principios de respeto a la dignidad humana, los derechos humanos, y las libertades fundamentales, así como el fomento de los beneficios, y minimización al máximo de los efectos nocivos. Me dispongo a respetar la autonomía de las personas migrantes nicaragüenses, así como a informar a las y los participantes del estudio sobre las dimensiones generales del estudio y lo que se espera de su participación, esto a través del consentimiento informado.

Asimismo, la protección de la integridad humana fue pilar de mi investigación, esto por medio de prácticas de investigación confidenciales, guardando siempre la privacidad de las personas. Me guían valores como la responsabilidad social, la igualdad, la justicia, la equidad, y la solidaridad. Valores que nos conducen indiscutiblemente como investigadores e investigadoras a la no discriminación y/o estigmatización, al respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, la protección del medio ambiente, y el beneficio colectivo. Reconozco que la adecuada integración entre los elementos explicitados anteriormente conducirá *sine qua non* a una investigación con impacto positivo sobre el bienestar colectivo de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica.

A propósito de Costa Rica, también me dispongo a respetar y ejercer lo dispuesto en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica No. 9234, en la cual se presenta como objetivo esencial la regulación de las investigaciones con seres humanos en materia de salud, en los sectores público y privado. Dado que estudio las Representaciones Sociales sobre la Salud entre las Personas Migrantes Nicaragüenses, el tipo de investigación según la ley es de

tipo observacional, la cual igualmente debe estar basada en los principios de autonomía, protección al ser humano, gratuidad, confidencialidad, derecho a retractarse de las y los participantes, y derecho a disfrutar de los beneficios resultantes del estudio (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2014).

Por último, en lo que respecta a los principios éticos que dispone el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos, biomédicas y no biomédicas, con su respectivo Reglamento Ético Científico, comprendo y creo en la necesidad de realizar estudios cuyo fin último sea el beneficio de la humanidad. Asimismo, como se indica en el Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica, toda investigación realizada en la Universidad debe orientarse bajo un marco de respeto a todas las personas, la diversidad de etnias y culturas, la libre expresión, y el compromiso con el medio ambiente (Universidad de Costa Rica, 1974; Universidad de Costa Rica, 2000).

Categorícamente, reafirmo mi compromiso con el beneficio de la humanidad, y específicamente con el desarrollo en materia de derechos humanos de las sociedades latinoamericanas, siendo caso de estudio particular, la inclusión de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica. Comprendo los lineamientos esenciales de las disposiciones mundiales, nacionales, e institucionales sobre bioética y derechos humanos, y al mismo tiempo, doy fe de su importancia, validez, y campo de acción.

Concluyo, la investigación acá presentada, pretendió abrir más el debate público sobre la migración, y las y los migrantes en Costa Rica bajo un marco de derechos humanos, políticas públicas, y medios de comunicación. Así bien, mi fin último, fue generar conocimientos contextualizados sobre la salud de la población nicaragüense, para así contribuir con la formulación de políticas más acordes a sus necesidades, medios de comunicación sensibles e informativos, y una sociedad más inclusiva, diversa, y próspera.

# V

## Resultados, Análisis y Discusión

## **Resultados, Análisis y Discusión: De la Contextualización a la Representación**

Al pensar en fenómenos complejos, como lo son la salud y el cuidado, se requiere de miradas y abordajes integrativos, y rigurosos. La comprensión de las realidades sociales en las que yacen insertas todas las personas es un paso fundamental y obligatorio en las investigaciones en Enfermería y Salud.

En este sentido, las poblaciones de personas migrantes se caracterizan por su diversidad y heterogeneidad. Diferentes elementos nutren sus especificidades; tales como la procedencia, religión, cultura, grupo etario, género y afinidad política. Como veremos a lo largo de los siguientes capítulos de análisis de resultados, las personas participantes de esta investigación comparten una serie de características.

Siempre, es digno recordar que no existe una persona igual a otra. A lo interno de (micro)universos poblacionales como el aquí investigado, coexisten diferencias amplias en el pensamiento, accionar, sentir, y ser. Es objeto de esta tesis, aportar en la comprensión de las realidades y contextos a los que se enfrenta el mayor grupo migratorio de Costa Rica. No se pretende de ninguna manera generalizar sobre los elementos que guían las cotidianidades de las personas nicaragüenses (inclusive porque en investigación cualitativa no generalizamos).

Asimismo, las reflexiones, hallazgos y recomendaciones que serán desarrollados a continuación, se orientan hacia la formulación de políticas públicas más inclusivas, contextualizadas, y basadas en las necesidades expresadas de las personas. Simultáneamente, contribuir con el debate público en los medios de comunicación, en aras de cultivar sociedades centroamericanas más conscientes de la realidad social, es una de mis motivaciones.

En sí, el objeto de estudio trazado en esta investigación es la representación social de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses. Para responder a esta interrogante, me

valgo de las herramientas teórico-metodológicas del Paradigma Teórico de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, y de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

Dicho así, debo destacar que ambos referentes fueron indispensables para tornar en concreto aquello que permanece en la abstracción dentro del pensamiento social. Paralelamente, un paso fundamental en la investigación fue la inmersión en el campo. La cual, cabe resaltar, fue compleja, interesante y retadora, ya que me enfrentó con espacios, poblaciones y contextos hasta su momento desconocidos.

Valiéndome de lo que aporta Leininger en su *Stranger to trusted friend enabler* y en orientaciones técnicas provenientes de la antropología, puedo considerar a mi paso por La Merced como exitoso. Esto debido a que pasé, progresivamente, de ser percibido como un extraño, a una persona confiable y no perjudicial para la cotidianidad del grupo, de modo que pude responder mi pregunta de investigación.

Al inicio, mi ingreso al campo fue tímido y temeroso. Aun así, poco a poco comencé a observar, sin interactuar con ninguna persona, las pautas generales bajo los que se establecían las relaciones sociales en el sitio. Hablo de elementos específicos como el tipo de saludos, los gestos, el espacio personal, las palabras, e incluso los temas más frecuentes en las conversaciones.

Analizar *in situ* dichos patrones comportamentales, me brindó las claves iniciales sobre cómo acercarme a las personas de manera confiable, al tiempo que me convierto en un observador participante. Posterior a este análisis, me dirigí a espacios de convivencia común dentro del parque, tales como bancas, zonas verdes y sitios alrededor de las paradas de autobús.

Pasé de estar aislado en zonas no transitadas, a permanecer en los sitios más concurridos del parque. El paso siguiente, fue interactuar con las personas. Esto surgió de

forma fluida en tanto comprendí que no se trata de mimetizar el comportamiento de los demás, no. Insertarse en el campo se trata de comprender cómo las personas conviven, adaptarse a ello, y sencillamente convivir con los demás.

Una vez que me comuniqué con las personas, todo se aclaró más. En esta etapa, debo reconocer que las conversaciones surgían naturalmente. En las zonas más transitadas del parque, fueron las mismas personas quienes hacían comentarios que interpreté como detonantes para iniciar una conversación amistosa y breve con un desconocido/a. En otros momentos, fui yo quien inició las charlas bajo preguntas abiertas y sobre todo cotidianas. Ejemplos son: “¿Cómo va todo?”, “¿Esas comidas que venden ahí son buenas?” o “Que caliente está el día verdad...”.

En sí, me convertí en observador participante siguiendo un proceso fluido de comprensión e interiorización de la dinámica de convivencia. Observé a las personas, las analicé, les hablé, y participé en actividades como bailes, cánticos, rituales de sanación religiosa, y hasta consumo de alimentos y bebidas. Todo esto me permitió ser percibido como una persona normal dentro del espacio. Por último, una vez experimentados todos estos escenarios, busqué (siguiendo la misma lógica de acercamiento) a las personas participantes del estudio.

Este proceso fue arduo al inicio, ya que es diametralmente distinto mantener una conversación coloquial y corta, a solicitar consentimiento para participar de una investigación en la que se grabará el audio. No obstante, a pesar de que el inicio obtuve más *no* que *sí*, no me detuve. Logré reunir suficientes personas participantes como para darle validez al estudio. Insertarme en el campo fue una etapa que disfruté sobremanera y que permitió una comprensión profunda de parte de las realidades a las que se enfrentan las y los migrantes nicaragüenses. De este proceso nacen hallazgos claros y prácticos para nutrir el debate público sobre la migración en Costa Rica.

En síntesis, a continuación, las personas migrantes nicaragüenses son quienes nos expresan qué es la salud, cómo la viven, cómo la practican, y cómo la pueden mejorar. Diálogos, imágenes, comentarios, y sueños en torno al empleo, la familia, la fe en Dios, la paz, y el apoyo, son los que dan forma a las representaciones sobre la salud, y a las prácticas de cuidado de un sector de personas nicaragüenses cuyos cotidianos transcurren en Costa Rica.

## **De lo Abstracto a lo Concreto:**

### **Sobre el Fenómeno de la Salud entre el Mayor Grupo Migratorio de Costa Rica**

Uno de los principales retos que enfrenta la ciencia en tiempos actuales es articular sus hallazgos, reflexiones y recomendaciones con la toma de decisiones políticas capaces de incidir positivamente sobre los entornos y fenómenos sociales. Asimismo, tornar accesibles y útiles los conocimientos obtenidos a través de sus investigaciones, es otra de los grandes desafíos a las que nos enfrentamos como investigadores.

En este sentido, para que los hallazgos de una investigación sean útiles para la sociedad, estos deben ser innovadoras, claras y propositivas. Paralelamente, y para lograr impactos favorables, es fundamental estudiar fenómenos originales relevantes dentro de la estructura social, económica, sanitaria, ambiental y política. Esto objetiva la presente investigación.

Así, entendiendo las conexiones entre las distintas dimensiones de la realidad, es posible avanzar hacia comprensiones profundas de objetos de estudio concretos, tales como la representación de la salud del mayor grupo migratorio de Costa Rica. La salud, dicho esto, se comporta en esta población de una manera particular: *se asemeja a una fórmula* cuyos componentes derivan de elementos macroestructurales de orden social, político y económico<sup>33</sup>, de las dinámicas migratorias y de la adaptación al ambiente.

Es sobre esta idea que pretendo profundizar. La representación salud se observa como una reacción química de síntesis, debido a que esta es el resultado de la combinación entre varios elementos y condiciones, para llegar a un compuesto único. Desde este posicionamiento  $A + B$  es igual a  $C$ , pero también es igual a  $D$ . La representación de la salud, como resultado, es igual a  $C$  y/o  $D$ , y a su combinación.

---

<sup>33</sup> El orden social, incluye las relaciones y uniones entre personas, sectores, actores e instituciones propias de la sociedad. Dichas relaciones y uniones se erigen sobre estructuras determinadas a fin de alcanzar objetivos comunes (Arellano, 2018).

Adicionalmente, como es característico de toda ecuación química, esta necesita de condiciones específicas para llevarse a cabo, tales como luz solar o cierto grado de acidez. Al mismo tiempo, la unicidad del compuesto resultante es producto también de la influencia de las características propias de los elementos.

En el objeto de estudio aquí presentado, esto se traduce en que la influencia de los contextos cotidianos y macroestructurales (estímulos externos), y los pensamientos, sentimientos y conductas personales (estímulos internos), desembocan en que la salud posea dos expresiones distintas y relacionadas entre sí. Es por esto por lo que la salud puede ser C, D, o su fusión.

La representación social de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses, se formula gracias a una reacción entre tres elementos principales (búsqueda de ambientes de paz, solvencia económica materializada por medio del trabajo, y bienestar familiar), que es influenciada tanto por contextos cambiantes (tales como las etapas del proceso migratorio, la adaptación al país huésped, y el retorno a Nicaragua), como por elementos secundarios (autocuidado, fe en Dios, y acceso a servicios de salud). De esta fórmula, derivan varias prácticas de salud y cuidado que serán explicitadas posteriormente.

En las siguientes páginas, se presentan los elementos más importantes dentro de la fórmula representacional, así como los estímulos externos e internos influyentes. Por último, se explican la relación de los elementos secundarios con la representación de la salud. El objetivo de esta “formulación” de la representación de la salud corresponde a establecer una manera clara y sencilla de comprender un fenómeno abstracto y complejo.

Ahora bien, al analizar la representación social de la salud manifestada por las personas migrantes nicaragüenses, se observa que esta se vincula usualmente a palabras como bienestar, felicidad, fuerza, energía, trabajo, familia y dinero. Salud, para estas personas,

significa estar/sentirse/vivir bien; y esto se logra por medio de condiciones ambientales y materiales, específicas.

En este contexto, el **elemento primario A** dentro de la fórmula representacional de la salud, es el **distanciamiento de los conflictos**, y la **búsqueda de ambientes de paz**. Para un sector de las personas participantes, los conflictos armados son fuente de tristeza, incertidumbre, miedo y muerte, y según las y los nicaragüenses estos son antónimos del “estar, vivir y sentirse bien” que describen como salud. A continuación, veremos los porqués de estas representaciones, observemos los siguientes relatos:

...antes de lo que sucediera en Nicaragua vivíamos tranquilos, pero desde que comenzó las protestas, ya no se puede vivir allá tranquilamente (Participante 2 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 12 de setiembre de 2019).

...en Nicaragua no somos libres ahorita, no somos libres, más bien yo vivo con el miedo de que si hacen una guerra y que vean a los jóvenes, y mis hijos que son jóvenes. Eso sí me afecta mucho la salud (Participante 12 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 26 de octubre de 2019).

**Figura 2.**

*Manifestaciones en contra del régimen de Daniel Ortega. Parque La Merced, San José. 13 de abril de 2019. Autoría propia.*



Tal como lo evidencian las personas participantes, un sector de la población nicaragüense ha sido afectada negativamente por la crisis sociopolítica reciente, la cual se origina a raíz de un régimen político autócrata, y de una sociedad dividida político-

ideológicamente. Relatos de este tipo, no solo fueron escuchados cara a cara en las entrevistas; también eran parte de conversaciones informales y escenas cotidianas observadas en el Parque de La Merced y alrededores.

Participando en manifestaciones pacíficas en algunos puntos de San José, y por medio de conversaciones largas y profundas con personas nicaragüenses, comprendí, que las y los migrantes investigados, reclamaban por un país democrático y pacífico; esto a través de un fin al gobierno de Daniel Ortega y Rosario Murillo. El rechazo hacia el orden sociopolítico de Nicaragua es evidente en todas las personas estudiadas. Pero más evidente aún era el impacto que el contexto traía para la auto interpretación de la salud.

Participando en manifestaciones pacíficas en algunos puntos de San José, y por medio de conversaciones largas y profundas con personas nicaragüenses, comprendí, que las y los migrantes investigados, reclamaban por un país democrático y pacífico; esto a través de un fin al gobierno de Daniel Ortega y Rosario Murillo. El rechazo hacia el orden sociopolítico de Nicaragua es evidente en todas las personas estudiadas. Pero más evidente aún era el impacto que el contexto traía para la auto interpretación de la salud.

No solo existe rechazo hacia el sistema político; ligado a esto, las y los nicaragüenses estudiados describían que el accionar del gobierno había influido negativamente sobre elementos como la economía, el empleo, las inequidades, y las migraciones. Lo cual, posee claras implicaciones sobre las condiciones de vida y salud de las personas. Observemos las siguientes narraciones:

...nuestro país está fregado económicamente, ya el mundo entero sabe lo que ha pasado (alude a la crisis sociopolítica), entonces por eso estamos muchos nicaragüenses migrando a este vecino país de Costa Rica (Participante 3 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 26 de setiembre de 2019).

...el régimen nos ha hecho daño, nos tiene presos con unas cadenas, nos roba todo, pa' enriquecerse él y su familia (alude a Daniel Ortega y sus familiares), mas nosotros muriéndonos de hambre. Nicaragua tiene más dinero que cualquier país de Centroamérica, pero todo el dinero está invertido en armas, no queremos armas, para qué necesitamos armas si las armas no se comen, necesitamos trabajo, inversiones, para tener qué comer, ¿Con armas que solucionamos? (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de 2019).

Pero entonces, si tenemos relatos como los anteriores en donde la figura del Gobierno aparece como un determinante social de la salud, conviene cuestionarnos: ¿Cómo el rechazo hacia el orden sociopolítico posee relaciones con la representación de la salud?, ¿De qué manera se materializan conductualmente estos discursos y vivencias, dentro de las prácticas de salud de las personas migrantes nicaragüenses? y, ¿Qué hallazgos de este primer elemento nos aportan nuevos subsidios para comprender la salud en las poblaciones migrantes? A continuación, su explicación.

Esencialmente, para las personas migrantes nicaragüenses el permanecer en ambientes cargados de conflictos sociopolíticos, disputas territoriales, y control absolutista del gobierno, genera distrés, miedo, inseguridad, inestabilidad económica, anhelo por la libertad, y rechazo hacia el sistema. Estas manifestaciones, son totalmente antagónicas a estar/vivir/sentirse bien; por esta razón, tomar distancia del conflicto, alivia - temporalmente - dichos malestares, lo cual contribuye con que la persona se perciba saludable.

Distanciarse de los conflictos, es igual a migrar en búsqueda de ambientes de paz y seguridad, estabilidad económica, y oportunidades laborales; todos estos son elementos que favorecen el bienestar familiar, y por ende la salud. Al llegar a Costa Rica, la persona migrante se encuentra en un ambiente democrático y (casi) libre de disturbios. Esto le hace

sentir seguridad. La seguridad ciudadana, es pilar fundamental del “estar saludable”, ya que elimina el estrés, da tranquilidad, y contribuye con una sensación de libertad de tránsito y expresión.

No obstante, tal como se mencionó, la migración alivia temporalmente los malestares de la persona. El o la migrante, ahora se encuentra en una posición segura y libre, pero al mismo tiempo, coexisten una serie de factores que mimetizan el estrés percibido en Nicaragua. Estos son, la lejanía con respecto al grupo familiar, la incertidumbre sobre su (in)adaptación a las condiciones del país, el desempleo, y el racismo.

Lo anterior conduce a una sensación doble y contrariada de salud. En la cual, la persona se siente bien y saludable, a causa de la ausencia de conflictos; pero mal, intranquila y estresada - o sea enferma, en sus palabras - a causa de las implicaciones derivadas de las relaciones entre el proceso migratorio y marcadores sociales de diferenciación como la nacionalidad, el estatus migratorio, el acento, la escolaridad, y el color de piel.

Aun cuando se evidencia esta dualidad, las personas participantes valoran más el hecho de permanecer en un ambiente seguro y con oportunidades laborales, sin importar que esto implique la desunión familiar, y la posibilidad latente de entrar en círculos de pobreza a causa de su posición social, la cual es vulnerable en algunos casos, principalmente cuando se posee estatus migratorio irregular.

Es decir, la salud es construida en tanto se esté en ambientes seguros y libres, con acceso a empleo, y cerca de la familia. Son tres condiciones básicas bajo las cuales se representa la salud. Sin embargo, para un sector de las personas participantes, estos son los escenarios ideales de la salud. En ocasiones, no es posible acceder a las tres condiciones, sino sólo a dos o a una. La elección de una sobre otra opción depende tanto de la subjetividad de la persona migrante, así como de su posición social.

En resumen, los ambientes pacíficos evocan en la persona migrante nicaragüense una sensación de seguridad. La seguridad es condición clave para percibirse sin distrés, sin enfermedad, y por ende con salud. No obstante, alejarse de casa, y adaptarse a las condiciones socioculturales y económicas del nuevo país, son elementos que desencadenan tensión y malestar en las personas participantes; esto dificulta estar/vivir/sentirse bien.

Aun así, en la población estudiada, se evidencia que, dentro de su representación social de la salud, los ambientes pacíficos y estables económicamente, tienen más peso por sobre la unión familiar. Esta situación es contradictoria por naturaleza, ya que el rol de la familia dentro de la cotidianidad de este grupo es preponderante.

Simultáneamente, y como se ha sugerido, está presente en la población participante una actitud de búsqueda por ambientes estables económico-laboralmente. En este sentido, el **elemento primario B** de la fórmula representacional, es la **estabilidad financiera personal-familiar** lograda por medio de la **relación migración-empleo**.

La estabilidad financiera es el elemento primario B porque brinda a las personas una sensación agradable de tranquilidad y respaldo, la cual se acompaña con una reducción del estrés e incertidumbre generados a causa de las dificultades económicas; dichas sensaciones son sinónimo de estar y sentirse bien. Esto se logra cuando la persona se emplea, accede a ingresos monetarios, y satisface las necesidades elementales propias y del grupo familiar. Dicho así, la estabilidad financiera posee dos determinantes asociados, los cuales son explicitados a continuación.

El primero, es un trabajo que genere ingresos suficientes como para cubrir las demandas básicas de la familia, hablese de alimentación, vivienda, techo, agua potable y luz eléctrica. La segunda, son todos aquellos entornos y condiciones aptas para emplearse, ganar dinero, y permanecer laborando. Ambos elementos forman la estabilidad financiera, la cual es un reactivo principal dentro de la fórmula representacional de la salud.

En esta línea, para las personas migrantes nicaragüenses, una parte importante de la salud se construye en torno a los beneficios materiales derivados de la relación entre migración y trabajo. Sobre el primer elemento, se destaca que la estabilidad económica se facilita al migrar; ellas y ellos afirman que en Costa Rica hay una mejor economía y más oportunidades laborales (en contraposición a su país), dichos escenarios son más compatibles con la construcción de su bienestar personal-familiar, y consecuentemente con su salud.

Las y los nicaragüenses analizados, destacan que en Nicaragua las condiciones de vida para ciertos sectores del país (principalmente las poblaciones de zonas rurales), son difíciles; razón por la cual desde tempranas edades algunos de los participantes se han visto en la obligación de emplearse informalmente, y aportar dinero al núcleo familiar. Así lo demuestran las siguientes personas:

En Nicaragua las cosas a veces son duras, los estudios son muy caros, entonces uno a la edad de 12 o 13 años ya empieza a trabajar para ayudarle a la familia ¿verdad? entonces los estudios se hacen muy difíciles, entonces uno tiene que trabajar un tiempo e ir a la escuela, también por medio de la parte de la plata no da para sacar buenos estudios... (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

...mi adolescencia fue trabajar con mi papá, mi papá se dedicaba al negocio, y sembrábamos un área, nosotros sembrábamos eso para los gastos del hogar, nosotros somos cuatro varones y una hembra. El resto estudié hasta 6to grado, más que todo porque yo lo acompañaba a trabajar, a vender y comprar terreno para sobrevivir de la ganancia... (Participante 6 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 10 de octubre de 2019).

Tal como lo evidencian estas personas, las condiciones de vida para algunos sectores en Nicaragua son complejas en materia de sostenibilidad económica. La informalidad del sector laboral, el acceso inadecuado a educación, y la pobreza, son algunos de los componentes del panorama. Por estos motivos, las y los jefes de familia (principalmente) deciden emprender la tarea de migrar hacia Costa Rica.

Pero, migrar no es una garantía de éxito y progreso económico *per se*. La estabilidad financiera que se busca, pilar de su salud, está supeditada a una serie de condicionantes y marcadores sociales de diferenciación, tales como el estatus migratorio, la nacionalidad, el acento, y la escolaridad. Igualmente, dinámicas como la adaptación al nuevo país y la cantidad de esfuerzo puesto en el trabajo, influyen directamente sobre la estabilidad económica.

Así entonces, debido a su incidencia sobre la representación de la salud, me enfocaré sobre los dos últimos puntos. La adaptación a Costa Rica y la cantidad de esfuerzo puesto en el trabajo, son los elementos que más inciden sobre la estabilidad económica de la persona migrante nicaragüense; esto posee una explicación clara.

Ellas y ellos reconocen que debido a ser extranjeros deben esforzarse el doble y deben afrontar con valentía, buena actitud, y mucho optimismo, el día a día. Esto implica en ocasiones, y en aras a la estabilidad financiera, la vivencia de la discriminación y el racismo, pocas/nulas garantías laborales, malos tratos por parte de patronos, y bajos salarios. Esto es evidenciado a brevedad:

...Lo ven a uno diferentes, hasta le ponen a uno el apodo o cosas así. Que uno viene a robarle el trabajo a la gente de aquí, o porque en Nicaragua no lo quieren a uno, viene a robar o a matar. Pero mi pensamiento es que nosotros somos nicaragüenses, y aquí como en cualquier país, va a haber gente buena y gente mala... Uno viene aquí a trabajar, no es quitarle el trabajo a los demás,

es por la necesidad que uno tiene (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

...Es muy difícil que a un extranjero le den un trabajo equitativo, que tenga un buen pago. Pero conforme pasa el tiempo, las cosas van mejorando, conforme uno va comportándose y aprendiendo (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

Tal como observado, la persona migrante nicaragüense, en su afán por adaptarse a Costa Rica y mantenerse estable financieramente, naturaliza algunas violencias, y las afronta individualmente. El trabajo arduo, es la actividad concreta cuya función es contrarrestar el malestar, y construir el bienestar. Esto lo comprobé por medio de entrevistas cara a cara, y de observaciones participantes en el Parque de La Merced.

En este lugar, es posible apreciar prácticas que evidencian lo anterior. Ventas ambulantes, jornadas laborales extensas, y ganancias fluctuantes, son parte del día a día de un sector de las personas nicaragüenses analizadas. Aun así, tal como se ha venido mencionando, las inequidades se pasan por alto, y las personas continúan con su empresa. De esta manera, la representación social de la salud posee forma de fuerza y energía para trabajar.

**Figura 3.**

*Persona vendedora ambulante. Parque de La Merced. 13 de abril de 2019. Autoría propia.*



El trabajo no solo es fuente de estabilidad financiera, también es fuente de salud, y viceversa. Si se trabaja, se puede acceder a dinero, y consecuentemente a comida, vivienda, y medicamentos paliativos del dolor y los padecimientos; estas son condiciones para estar

saludable. Al mismo tiempo, estar saludable, o sea, con fuerza y energía física y mental, es un requisito primordial para poder acceder a empleos estables, y mejor pagados. Así lo demuestran estas personas:

Sin salud no podemos trabajar, si no tenemos una buena salud no podemos trabajar... Si tenés salud tenés trabajo o podés conseguir un buen trabajo (Participante 3 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 26 de setiembre de 2019).

Ok, para tener una buena salud, necesito tener un trabajo, del trabajo me beneficio de dinero, con el dinero, si tengo una enfermedad, voy donde el doctor o una farmacia y le digo al doctor que tengo un problema, y voy donde el doctor y compro la medicina que él me recetó para mejorar (Participante 6 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 10 de octubre de 2019).

En síntesis, la estabilidad financiera personal-familiar, se logra por medio del trabajo, y de la inmersión del/la jefe de familia en entornos con mayores oportunidades laborales. La representación social de la salud en estas personas se nutre de la estabilidad financiera esencialmente debido a la función instrumental del empleo.

Se migra para emplearse y ganar más dinero. El dinero se traduce en envío de remesas, y en recursos materiales concretos, los cuales conducen a la satisfacción de las necesidades personales-familiares. Este último punto es central, ya que evoca las sensaciones de tranquilidad, respaldo, y poco estrés e incertidumbre, dentro del día a día de las personas migrantes. Dichas sensaciones, sumadas a las condiciones materiales, son sinónimo de estar, vivir y sentirse bien, o sea, de la salud.

Por estos motivos, representacionalmente, la salud se consigue si se está presente en ambientes pacíficos, y con un empleo e ingresos estables. La paz y tranquilidad del entorno, y el acceso a estabilidad económico-laboral, son escenarios y condiciones representadas como favorables, que derivan (inversamente) de la exposición a escenarios de violencia política, represión, pobreza, desempleo, e informalidad laboral.

Dicho así, la búsqueda de ambientes pacíficos, sumado a la estabilidad financiera personal-familiar, son los elementos primarios sobre los que se construye la representación social de la salud en las personas migrantes nicaragüenses. Asociados a estos elementos primarios, el acceso a servicios de salud, el autocuidado (incluyendo la alimentación saludable, el ejercicio, la recreación, y el no consumo de sustancias psicoactivas), la fe en Dios, y las redes de apoyo de personas nicaragüenses, funcionan como dinamizadores secundarios de la salud en la población estudiada.

Centrando la mirada sobre los elementos primarios A y B, se pueden apreciar varias similitudes. En primer lugar, la familia es el principal grupo social<sup>34</sup> sobre el cual recaen los beneficios inmediatos y mediatos de alejarse de los conflictos sociopolíticos, migrar hacia Costa Rica, y buscar la estabilidad financiera por medio del trabajo.

Tal como se ha evidenciado, la representación social de la salud en estas personas es compartida entre el individuo y su familia. Ellos y ellas, se perciben saludables en tanto su familia también lo esté; en caso contrario, la tristeza, la preocupación y la frustración, son sentimientos que logran apoderarse de sus pensamientos, y generar un estado similar a la enfermedad.

Siguiendo con el proceso representacional, otro de los hallazgos principales de esta investigación es el hecho de la representación social de la salud hallarse conexas, y de cierto

---

<sup>34</sup> Entiéndase grupo social como un conjunto de personas que comparten gustos, intereses, normas, valores, sanciones, expectativas y objetivos (Arellano, 2018).

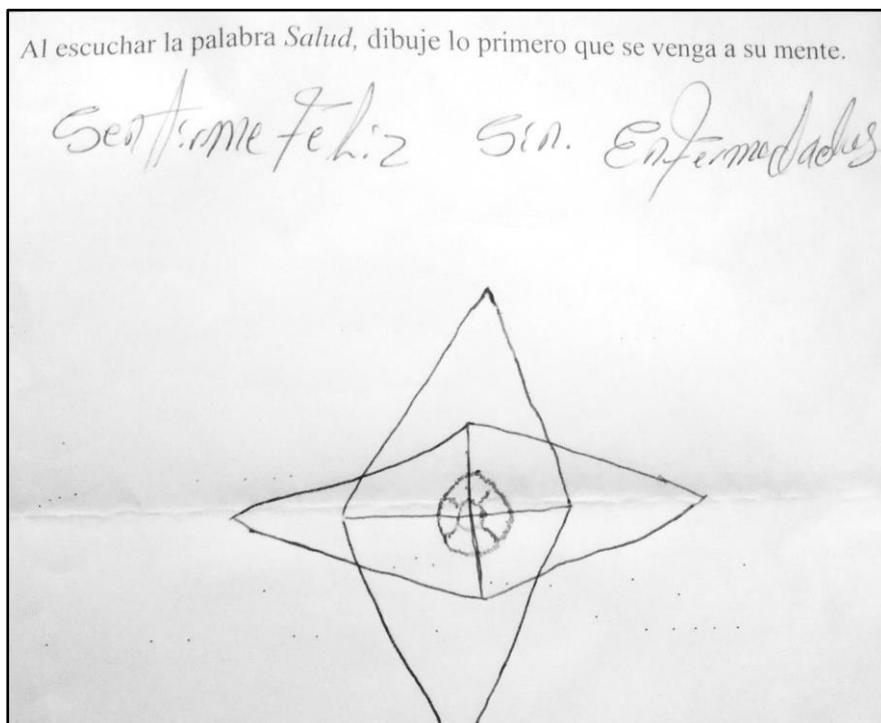
modo homologada con otros fenómenos igual de abstractos. La salud para estas personas reposa dentro del mismo globo semántico de vocablos como el bienestar, la felicidad, la tranquilidad, la paz, la vida, y la superación. Esto se evidencia a continuación:

La salud para mi encierra muchas cosas, como tranquilidad, felicidad y tener paz (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de 2019).

Bueno la salud es vida, porque sin salud no hay vida, si, y nosotros pues tenemos que tener que cuidar la salud... (Participante 7 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 12 de octubre de 2019).

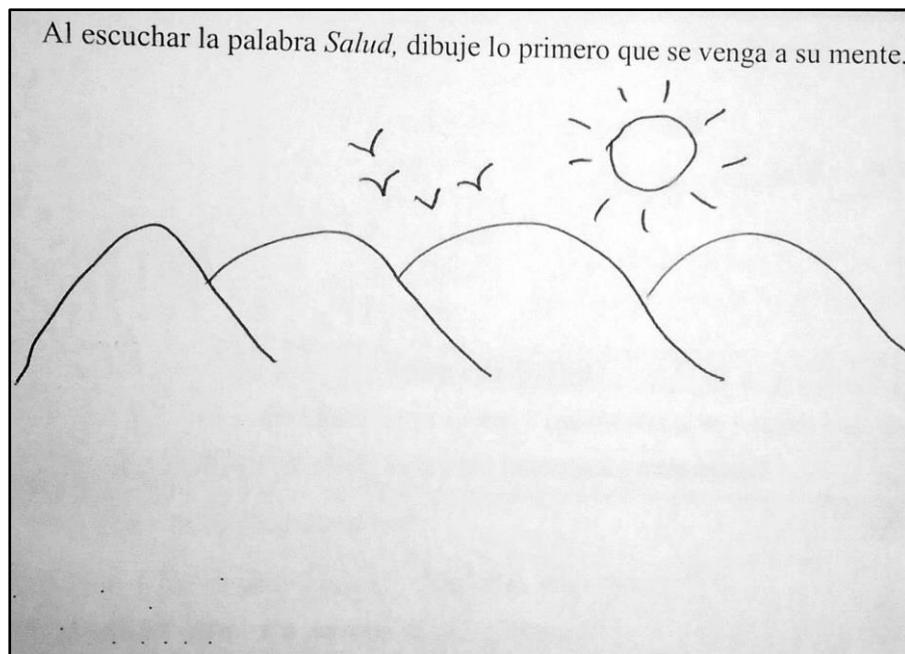
#### Figura 4.

*Dibujo con el término inductor "Salud" realizado por el participante 6.*

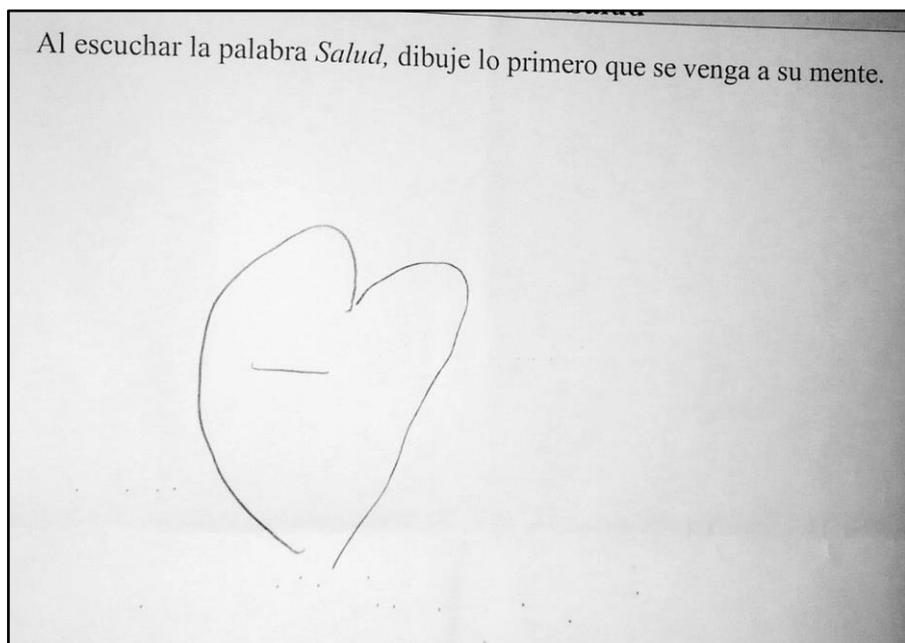


**Figura 5.**

*Dibujo con el término inductor "Salud" realizado por la participante 9.*

**Figura 6.**

*Dibujo con el término inductor "Salud" realizado por el participante 4.*



Esta homologación semántica, se enmarca en la primera representación asociada a la salud en las personas migrantes nicaragüenses. Dado que la salud se encuentra igualada a fenómenos como los anteriormente descritos, esta se representa como una meta de vida. Es decir, la salud es una sensación etérea, hedónica y futura de tranquilidad, seguridad y estabilidad.

Estas sensaciones se manifiestan en la persona si durante el curso de la vida se accede a materialidades, condiciones y situaciones beneficiosas para su desarrollo integral como personas, tales como los ambientes de paz y democracia, la estabilidad económico-laboral, la unión familiar, la ausencia de enfermedades físicas o mentales, y el cumplimiento de sueños personales tales como viajar o construir una casa propia.

Esta representación social de la salud parece algo lejana, pero se manifiesta en el día a día. Por este motivo, es posible afirmar que la salud posee dos connotaciones: una cotidiana y otra futura. La representación futura, es la que establece las pautas de la cotidiana. En esta última, la salud se comporta como una fuerza y energía físico-mental que se dirige hacia el trabajo.

De hecho, se pudo comprobar que la representación social de la salud existente en la estructura mental del grupo se relaciona con la imagen de individuos fuertes, esbeltos, móviles, funcionales y felices (Figuras 7, 8 y 9). Dicho así, la funcionalidad que posee esta representación es contribuir en la consecución de la representación futura e inmaterial de la salud. A continuación, se presentan varios ejemplos:

¿Qué es la salud para mí? Bueno la salud es vivir bien, físicamente, porque sin salud no podemos trabajar, si no tenemos una buena salud no podemos trabajar, no podemos, ehh que te diría, no podemos hacer ninguna función que se nos recomienda, imagínate una persona con cáncer, está prácticamente, ¿Como le llaman aquí?... jodida, no puede trabajar (Participante 3

autoidentificado como hombre, comunicación personal, 26 de setiembre de 2019).

Deay para mí la salud es estar bien, tanto física mental como espiritualmente. Porque si estás bien físicamente y mentalmente no? O sea... Estar bien por ejemplo de que no tenga ninguna demencia en lo psicológico, que tu cuerpo cuente con una buena condición, buena nutrición, que tu estado físico esté bien, que te cuides de que no te salgan tumores, cánceres y ese tipo de cosas... (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

Deay la salud es algo muy importante porque si usted está saludable está muy bien, pero sino no estamos bien... Estar saludable para mi es algo bueno, estar bien de salud en todos los sentidos, te digo en todos los sentidos, estar bien mental, psicológicamente, fortalecidos también, con fuerza para trabajar, porque si no estas con salud no podes trabajar (Participante 12 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 26 de octubre de 2019).

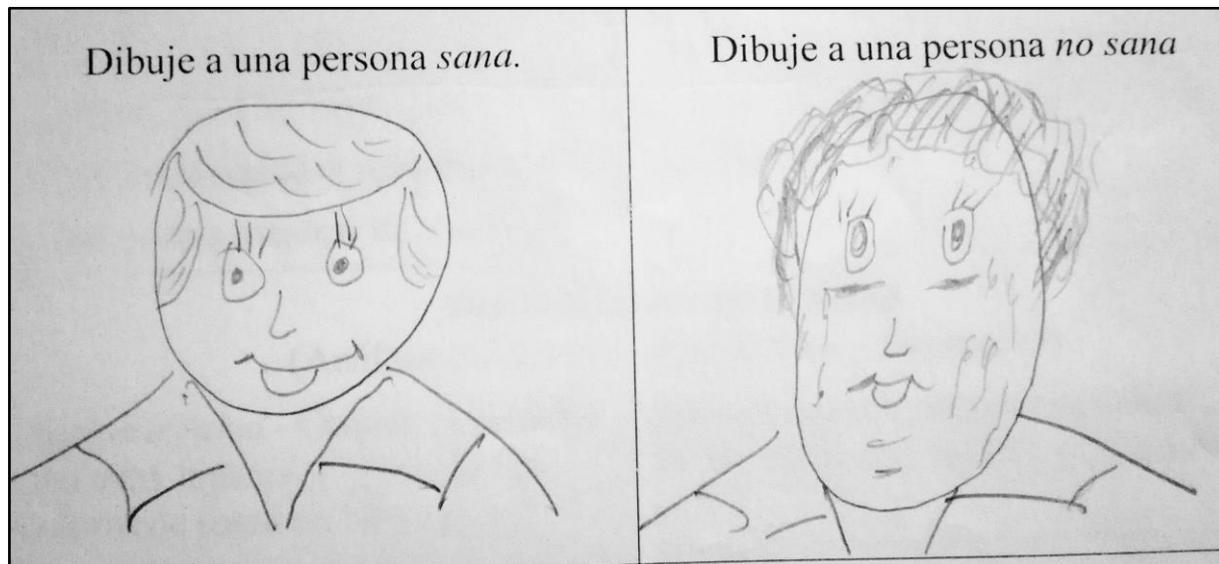
### Figura 7.

*Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por el participante 1.*

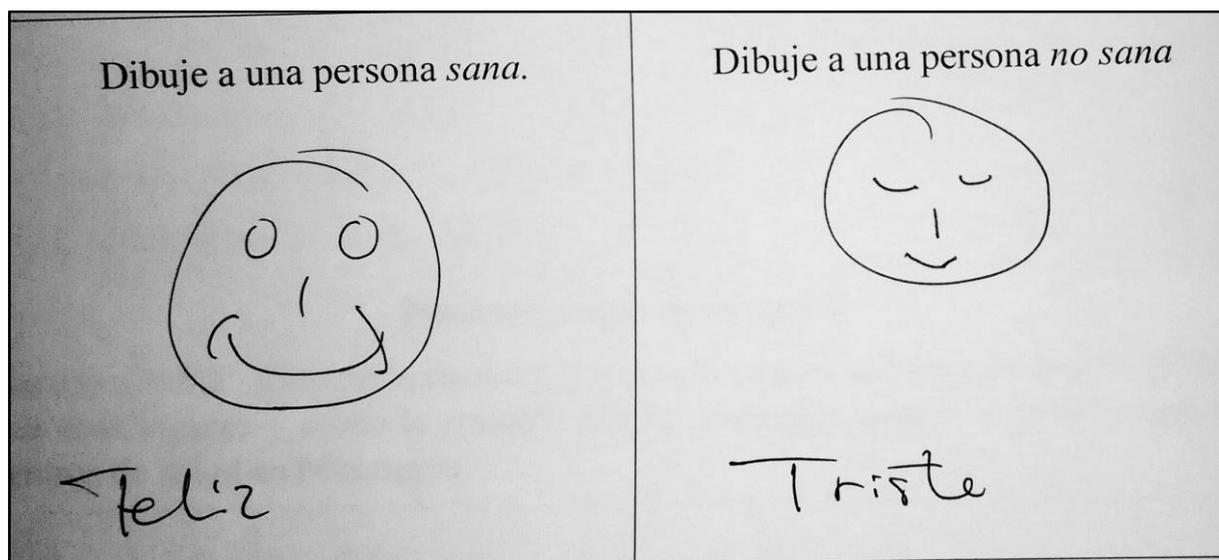


**Figura 8.**

Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por el participante 3.

**Figura 9.**

Dibujo con los términos inductores “Persona sana” y “Persona no sana” realizado por la participante 11.



En síntesis, la representación social de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses se comporta como una fórmula en donde A (búsqueda de ambientes pacíficos) y B (estabilidad financiera personal-familiar) reaccionan, y dan como resultado a C (salud como sensación placentera, tranquilizante y futura).

En esta fórmula, B, produce un metabolito secundario (D) que alimenta y complementa a C, pero que al mismo tiempo se constituye como la segunda connotación de la salud, esta es, la salud como fuerza invisible para trabajar. Por último, estímulos externos como las vivencias en Nicaragua, el proceso migratorio, y la adaptación a Costa Rica son la reserva contextual sobre la que se generan A y B.

Ahora bien, en concordancia con el primer objetivo específico, estos son los principales hallazgos que se derivan del trabajo de campo. Los resultados obtenidos indican que la salud es representada de una manera que podría parecer hedónica esta es la objetivación. Del mismo modo, aspectos históricos y macroestructurales (orden social, político y económico) no solo influyen sobre la salud del grupo analizado, sino que se visualizan como una parte tangible de la fórmula representacional.

Avanzando con el análisis de los resultados, el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud), es una forma clara de introducirnos en el rol que cumplen la estructura<sup>35</sup> política y económica dentro de la construcción social de la salud de las personas migrantes nicaragüenses.

En este sentido, se destaca que el contexto político-económico está compuesto por distintos elementos estructurales (gobernanza, políticas públicas, macroeconómicas, y

---

<sup>35</sup> La estructura, sea esta política, económica o social, designa a aquel tejido dentro de la sociedad que ayuda a mantener el orden entre las personas, los grupos y las organizaciones. La estructura, se vincula con el establecimiento de pautas específicas de convivencia, roles, y objetivos (Arellano, 2018).

sociales, y valores socioculturales) que inciden sobre la posición socioeconómica<sup>36</sup>, la estratificación social, y por tanto sobre el acceso a determinadas condiciones materiales compatibles o no con la salud (Solar y Irwin, 2010; Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Esta explicación del fenómeno de la salud parte de una causalidad social con diferentes niveles; unos amplios (estructurales) y lejanos, y otros intermedios y más cercanos a las personas. Conuerdo con esta visión del proceso de construcción de la salud, debido a que explica la relación entre la macroestructura, la posición social, y las inequidades en salud (Solar e Irwin, 2010).

En el caso de un sector de las y los nicaragüenses analizados, su posición como personas migrantes con antecedentes de pobreza y baja escolaridad, son condiciones que les acercan a materialidades y ambientes menos favorables en términos sanitarios, tales como poco acceso a recursos básicos y a servicios de salud. Esto está anclado a las implicaciones de las políticas redistributivas y de bienestar social.

En este contexto, el panorama político-económico de Nicaragua, se ha caracterizado por una cronología de estabilidad-inestabilidad dominada por gobiernos autocráticos, en la cual el acceso a educación, el empleo, los ingresos monetarios, y las circunstancias materiales han sido áreas afectadas directamente a lo largo de la historia. Esto incluso ha desencadenado oleadas de migraciones (Varieties of Democracy Project, 2019; Fundación Internacional para el Desafío Económico Global, 2017; Sandoval, 2015).

En sí, y en concordancia con el modelo conceptual, el sistema político-económico se erige como un determinante estructural (incluidos los determinantes intermedios derivados) de la salud de las personas migrantes nicaragüenses, en particular en lo que respecta a las

---

<sup>36</sup> Se entiende la posición socioeconómica como aquel conjunto de condiciones y situaciones, tales como el estatus, los roles y los ingresos económicos, que rodean a una persona y un grupo en particular, y que determinan en gran medida su cotidianidad dentro de una sociedad específica (Arellano, 2018).

implicaciones sanitarias de su posición social. No obstante, entro en desacuerdo con este modelo conceptual en varios puntos.

En primer lugar, es necesario reconocer que esta es una visión generalista del fenómeno de la salud. Dicho así, el proceso de salud-enfermedad (desde este modelo conceptual), es el resultado de las influencias de múltiples elementos dispuestos en una jerarquía, y en donde las personas ocupan una posición pasiva frente a la estructura social.

Y esto es en parte cierto, la estructura social sí influye sobre las conductas de las personas, pero esto no acaba aquí. Los comportamientos, pensamientos y discursos de los grupos humanos también determinan las características y alcances de los sistemas políticos, económicos e ideológicos contemporáneos, y, por tanto, las formas bajo las cuales es vivenciada, practicada y representada la salud. La salud se constituye según una relación bidireccional en donde las personas son entidades activas del proceso.

Esto me conduce al segundo punto de desacuerdo. No es posible intervenir de forma efectiva y contextualizada sobre las inequidades en salud, si no se comprende en primer lugar cómo las personas conciben la salud, y, por ende, cuáles estrategias valoran más para su preservación, construcción y mantenimiento. El conocimiento de sentido común, al igual que es un elemento que debe ser transversal en los análisis sanitarios.

Lo anterior se complementa con lo que proponen Boza-Solís, Sáenz-Bonilla, Gómez-Duarte y Rojas-Araya (2019) en el sentido de que las inequidades sociales en salud (noción bajo la cual se fundamenta el modelo de los Determinantes Sociales) han sido tímidamente abordadas desde un plano metodológico. Es decir, existe evidencia limitada acerca de la medición de las inequidades en salud. Esto comprueba que el modelo es aplicable para determinados contextos, y que es necesario desarrollar enfoques teórico-metodológicos más basados en las necesidades y especificidades de la región.

Por estos motivos, defiendo que si bien el modelo conceptual de la OMS nos aporta subsidios importantes para comprender cómo operan las inequidades en salud, este podría catalogarse como un esquema introductorio a la temática básicamente, ya que, carece de profundidad en aspectos como el sentido común en torno a la salud, el rol activo que cumplen las personas dentro de la estructura social, y la medición concreta y aplicabilidad de las variables a los diferentes contextos humanos.

Reafirmo entonces, que el contexto político-económico (incluidos sus componentes y derivaciones intermedias) es un determinante social de la salud de las personas migrantes nicaragüenses. Pero, la manera bajo la cual representan, y por tanto viven la salud, es un proceso más complejo y profundo para el cual me valdré de las herramientas analítico-interpretativas que brinda la noción de determinación social de la salud, propia de la epidemiología crítica latinoamericana y del movimiento de Salud Colectiva.

Distintos postulados teórico-metodológicos de la salud colectiva me son útiles para dar pie a un análisis representacional profundo de la salud en las personas migrantes nicaragüenses. Mismo que incluye puntos de discusión claves, tales como las relaciones entre el orden social capitalista y los modos de vida, la posición de las personas como entes activos del proceso, la orientación hacia el bien común mayoritario, y la sustitución del modelo epidemiológico causalista por uno crítico, subsuntivo y dialéctico (Breilh, 2013; Eslava-Castañeda, 2017).

Partiendo de estas posturas, pensar la salud (incluidas sus representaciones) en tiempos actuales, es pensar en el sistema global capitalista de división del trabajo. En línea con lo fundado por Marx (1867) en su obra icónica *Das Kapital*, los procesos de transformación de la naturaleza y de producción de riqueza de los que parte el capitalismo<sup>37</sup>,

---

<sup>37</sup> Entiéndase capitalismo, como aquel sistema económico basado en la propiedad privada de los medios de producción y en la libertad de mercado (RAE, 2020). Asimismo, sumo a esta definición, que el capitalismo trasciende el panorama económico, y se posiciona como una estructura de organización de la sociedad con implicaciones en la ideología, la salud, y el desarrollo humano.

han impactado amplia y profundamente sobre el ordenamiento de las sociedades modernas, incluidas las relaciones entre seres humanos, y entre humanos y su entorno (Míguez, 2015).

Y esto se comprende bastante bien desde la Salud Colectiva y la Enfermería Global, perspectivas teóricas que toman subsidios del materialismo dialéctico marxista, y que los aplica al campo de la salud. Conuerdo con esta visión en tanto reconozco que la salud no solo es determinada causalmente por el orden social, tal como el marco conceptual de la OMS propone. La salud, más bien, está inmersa en cada una de las estructuras que componen la sociedad, está subsumida dentro de los modos de vida, y es un fenómeno en movimiento, no un producto acabado.

Dicho así, a partir de este momento, enmarco el análisis representacional de la salud dentro de las implicaciones simbólicas y tangibles propias del orden social capitalista como determinación social de la salud. Pero entonces, ¿Cómo se comporta la salud de las personas nicaragüenses dentro del sistema de producción capitalista? y ¿Cómo se manifiesta este orden social en su representación?

Contrario a lo que destacué anteriormente con relación al carácter cambiante y móvil de la salud, la representación social encontrada en las personas nicaragüenses se comporta dentro del orden social capitalista de dos maneras: en una de ellas, la salud es un producto acabado, idealizado y mediatizado.

Es un producto acabado debido a que se parte de una abstracción semántico-ontológica, a la cual se le coloca una cara material o una estética específica. En este sentido, la salud es un fin que en ocasiones parece lejano, difuso e inmaterial para las personas; caso similar ocurre con la felicidad y el bienestar. Las personas nicaragüenses, aspiran a tener salud en el futuro, como si se tratase de una meta de vida.

Sostengo que la salud es un producto terminado dentro del pensamiento social de las personas nicaragüenses, debido a que en el proceso representacional se pasa de una

connotación amplia y ambigua, a imágenes, sensaciones y objetos cotidianos que las personas reconocen como “salud”. Por esto es por lo que estéticamente la sanidad de una persona se puede medir en su poder adquisitivo, en la sonrisa de su rostro, en sus ropas, y en la no-enfermedad. Todos estos fueron elementos asociados, por las y los nicaragüenses, con la salud.

En concordancia con la perspectiva marxista clásica, lo que aquí indico es que la naturaleza del capitalismo como orden social imperante, es reduccionista. Fenómenos como la salud se cosifican y adquieren caras materiales concretas que resumen el concepto. Claro está, de esto parte el PTRS *per se*; lo que propongo con esta discusión, es que el orden social capitalista delimita la representación de gran parte de los fenómenos sociales; al tiempo que condiciona las etapas del proceso representacional.

La representación social de la salud de las personas migrantes nicaragüenses se nutre de simbolismos relacionados con la salud como objeto cosificado; no obstante, esto es solo una parte de su esbozo. Una de las determinaciones bajo las cuales el orden social se vincula con la salud, es en la transformación/condicionamiento de los modos de vida. La alienación, la valorización del trabajo, y la obtención de ingresos monetarios, son los principales fenómenos relacionados con esto.

El rol de las personas, desde esta lógica, es pasivo frente a la estructura social, ya que esta es la que condiciona la mayor parte de pensar y actuar. Esto es clave desde el enfoque marxista clásico. No obstante, a la luz de los hallazgos de esta investigación, sostengo que las personas migrantes son también sujetos sociales activos, principalmente en lo que respecta a la modificación de sus condiciones de vida, su vivencia subjetiva de la salud, el cuidado y el bienestar, y los significados atribuidos al trabajo, al ser migrantes, y al ser nicaragüenses. Existe una dualidad - que depende de la situación - en donde las personas se muestran más pasivas o activas.

Estas ideas, también son claves desde los análisis desde salud colectiva. Ya que la lógica de producción, transformación y significación de la riqueza se convierte en una de convivencia y organización social, razón por la cual para (sobre)vivir - y por tanto para hallarse saludable - se debe producir. Para producir se debe trabajar. Y ¿Cuál es la moneda de cambio? La relación tiempo-dinero. El dinero simboliza la cantidad de tiempo invertido en un trabajo de producción (intelectual, físico-material, entre otros), así como el valor otorgado a dicho trabajo y a las habilidades del trabajador.

Dicho así, la salud se construye desde el marco de sociedades en donde las personas deben producir para ser y vivir; esta realidad es coercitiva, y nos involucra prácticamente a todas las personas que habitamos el planeta Tierra. Por tales motivos, sostengo que el hecho de que la salud sea representada por las y los nicaragüenses en su vínculo con la fuerza, el dinero y los recursos materiales, es un hecho muy explícitamente la inserción del grupo dentro de esta lógica capitalista de supervivencia. Aun así, explicarlo solo desde esta posición, resulta insuficiente.

¿Por qué yo como persona costarricense, con acceso a educación superior, y con otros privilegios, no represento la salud en su relación con el dinero y el trabajo? Considero que la respuesta a esta interrogante se sostiene en la base de la interseccionalidad y sus implicaciones cognitivas.

De acuerdo con Fournier-Pereira (2015) y Caravaca-Morera y Padilha (2017) la interseccionalidad se comprende como todos aquellos puntos en donde se anudan la etnia, el estrato social, el género, la sexualidad y otros sistemas de diferenciación social. Así, en línea con este posicionamiento, propongo que la interseccionalidad no solo sea una determinación social importante dentro de la salud; sino que es el principal sustento sobre el cuál se formulan unas u otras representaciones en torno al fenómeno.

Abandonando la perspectiva del causalismo social, entiendo que no se trata de elementos aislados que se relacionan y dan como resultado una u otra manera de interpretar la salud y el bienestar personal-familiar. Se trata de que esta red interseccional, se visualiza en las representaciones sociales. Por estos motivos es que podemos observar elementos de la posición socioeconómica (búsqueda de ambientes de paz y estabilidad financiera), el estatus migratorio (conductas orientadas hacia la adaptación a Costa Rica), y la cultura (modelos de construir el bienestar fundamentados en el “ser nicaragüense”) en la representación social de la salud de las personas nicaragüenses.

Con relación a lo anterior, destaco que el trabajo - y sus beneficios materiales - forma parte medular de la representación social debido a que es una actividad presente en la vida de las personas nicaragüenses desde tempranas edades por motivos tendencialmente asociados con la posición socioeconómica, y esta red interseccional. Dentro de las representaciones sociales de la salud, se erigen diferencialmente unos elementos sobre los otros debido al rol y utilidad que la persona les otorga a lo largo de momentos clave en sus historias de vida.

Siguiendo con esta línea de análisis, las personas migrantes nicaragüenses, como sujetos sociales, toman elementos abstractos de su entorno (en un proceso subconsciente), tales como los conflictos sociopolíticos y las dificultades socioeconómicas, y los traducen adaptativamente en conductas y actitudes concretas relacionadas con su propio bienestar, tales como la búsqueda de ambientes pacíficos, y de condiciones de estabilidad financiera personal-familiar.

Dicho así, la representación social de la salud de las personas migrantes se erige en gran medida gracias a procesos de integración y transformación cognitiva de estímulos externos en reacciones, actitudes y conductas prácticas. Asimismo, si observamos este

proceso representacional, notamos la existencia de elementos que contribuyen con la adaptación al ambiente de las personas migrantes.

Según el referencial teórico, esto posee lógica, ya que el sentido común visa otorgarnos marcos referenciales sobre los cuales basarnos para tomar decisiones prácticas, útiles y favorables en el día a día (Sammut, Andreouli, Gaskell y Valsiner, 2015; Moscovici, 1984; Caravaca, Padilha, Silva y Sapag, 2015).

Vemos entonces, como la salud del grupo se construye a partir de las interacciones entre múltiples fenómenos configuradores de las realidades sociales. No existe una causación social estricta debido principalmente a que los elementos constituyentes de la representación poseen características únicas, no comparables, y cuya trazabilidad se hace compleja. Concuerdo plenamente con los posicionamientos de la salud colectiva, en el sentido de que la salud es un fenómeno inacabado, histórico, subjetivo, y socialmente construido; su análisis, debe siempre orientarse hacia el bien común, y hacia el empoderamiento de las personas.

Por estos motivos afirmo que, a pesar de encontrar imágenes y simbolismos concretos y aparentemente estáticos relacionados con la salud, la representación de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses está en constante movimiento y transformación. Las representaciones sociales sobre fenómenos como la salud, la felicidad, el bienestar y el éxito, los contextos político-económico, los antecedentes en Nicaragua, el proceso migratorio, la adaptación a Costa Rica, y la red interseccional propia del grupo, son los principales elementos que inciden y al mismo tiempo se materializan en el proceso representacional de la salud.

Por su parte, particularmente considero que el objetivo de realizar estudios como este, radica en la comprensión profunda de elementos que se han naturalizado tanto como la salud, a fin de incidir positivamente sobre las vivencias, realidades y prácticas cotidianas de las personas en este ámbito. Sinergizo con lo que se propone desde la salud colectiva en este

sentido. Al final, el orden social capitalista en el que estamos inmersos es el que determina cómo vivimos, enfermamos, y hasta representamos la salud.

Concuerdo con Breilh (2013) en la idea de que la solución a este panorama (cargado de modos de vida malsanos, alienación y sufrimiento humano a causa de las relaciones entre el individuo y la materia), es la formulación y aplicación de pautas de convivencia cooperativas, uso sustentable de los recursos, y ampliación del paradigma de intervención de la salud a uno más integrativo.

No obstante, a pesar de que me agradan sobremanera estas ideas, las considero cuasi-utópicas, ya que suponen una gran y violenta transformación de la realidad social global, en donde chocan múltiples intereses económicos y de poder. Aun así, me coloco como una persona comprometida e interesada con que esto ocurra paulatinamente.

En términos de intervenciones sanitarias globales, regionales, y nacionales, propongo que el abordaje político más adecuado es uno que integre los determinantes sociales de la salud (como variables sociales que sí influyen sobre la salud) junto con las implicaciones sobre los modos de vida de la relación entre capitalismo y salud, así como el rol preponderante de los grupos sociales sobre la construcción social de la salud. El modelo sería subsuntivo y dialéctico, no lineal.

Por último, llegados a este punto, conviene centrarnos en el elemento estrella de esta investigación: el sentido común en torno a la salud. Ya dilucidamos cómo se comporta la salud dentro del orden social capitalista, y cuáles contextos son influyentes y se expresan tangiblemente sobre su representación. No obstante, aún no he analizado cuáles discursos, pensamientos y asociaciones sirven de marco referencial social en el proceso representacional de la salud. Recordemos que una representación discurre entre lo individual y lo colectivo, lo psicológico y lo social.

Para esto, considero esencial vincular los resultados de las últimas investigaciones científicas con lo hallado en la representación social de la salud del grupo participante. Para esto, a continuación, se presentan y discuten las representaciones sociales del trabajo, la posición socioeconómica, los conflictos, la familia, el bienestar, y la misma salud, en diversos grupos del mundo, principalmente de América Latina.

Comencemos con el trabajo. diversos estudios científicos muestran que el trabajo tradicionalmente se ha representado desde una lógica instrumentalizada. En este sentido, el trabajo es sencillamente un medio para lograr un fin, punto. Los fines son diversos, y eso depende estrictamente de las características del grupo social analizado (Torres-López, Munguía-Cortés y Torres-Valdovinos, 2018; Torres-López, Lozano-González y Acosta-Fernández, 2018; Torres-López, Munguía-Cortés y Soltero-Avelar, 2018; Torres-López, Acosta-Fernández y Aguilera-Velasco, 2017).

Siendo más específicos, un estudio sobre representaciones sociales del trabajo en población migrante, hecho por Nara dos Anjos y Gisley Polli en 2019, concluyó que la representación cambia durante el tiempo. Antes de migrar las personas imaginaban muchas oportunidades laborales; mientras que al llegar al país encontraron condiciones distintas y adversas dada su posición social. No obstante, esto no fue una limitante, ya que el futuro con relación al trabajo usualmente se visualiza con optimismo (Anjos y Polli, 2019).

En concordancia con lo anterior, la significación del trabajo en las personas migrantes nicaragüenses sigue pautas muy similares. Es visualizado como un medio para llegar a un fin (progresar, ser feliz y acceder a recursos), y también su representación cambia durante el tiempo. Sumo, a estos conocimientos previos, que el trabajo en la población migrante nicaragüense funge como un estandarte de la salud y el bienestar. No es solo un medio; el trabajo es salud.

En contraste, y dejando de lado momentáneamente su función instrumental, sin trabajo la persona se siente insatisfecha, estancada y lejos de su identidad como nicaragüense. El autorreconocimiento como personas trabajadoras, es parte esencial de su identidad. Dentro de la representación del trabajo manifestada por grupo, se visualizan conexiones directas entre salud e identidad.

Sigamos con la posición socioeconómica. Puntualmente, fenómenos como la solvencia económica, la pobreza, y la riqueza, han sido conceptualizados desde tres puntos de vista. En el primero, la posición socioeconómica depende enteramente de las decisiones individuales del individuo. En segundo lugar, se admite que en la pobreza median factores estructurales. Y como tercer punto, ser o no pobre, ancla sus motivos a aspectos religiosos o fantásticos (Mayorga, 2018; Mikulášková y Kačmárová, 2019).

Aun así, una de las nociones más comunes en torno a la posición socioeconómica, es aquella que la relaciona con factores individuales. Se naturaliza la inequidad, y se justifica la pobreza, ya que se piensa popularmente que esta se debe a “mala cabeza”, no querer trabajar o administrar mal el dinero (Mayorga, 2018; Chauhan y Foster, 2013; Bayón, 2012).

Conuerdo con los anteriores autores y autoras, en la población migrante nicaragüense analizada, existen procesos de naturalización de la inequidad y asunción del progreso y la solvencia económica desde una visión individual. No obstante, concluyo que, a pesar de la existencia de una representación singularizada sobre la posición socioeconómica, las personas nicaragüenses otorgan igual responsabilidad al gobierno nicaragüense y sus políticas de bienestar social y económico.

Dicho así, la representación acerca de la pobreza, el desempleo, los bajos salarios, y esta serie de elementos englobados dentro de la posición socioeconómica, poseen una connotación doble en la población analizada; la estabilidad financiera depende de las acciones personales y del ambiente político y económico imperante.

Esto rima con lo aportado por Mayorga (2018) y Mikulášková y Kačmárová (2019) en el sentido de que existen tres concepciones acerca de la posición socioeconómica. Sumo a esto, la existencia de una cuarta noción de tipo híbrido. Es decir, la pobreza o la riqueza se asocian a las decisiones personales y al rol del gobierno. Esta visión fue característica en la población migrante estudiada; y podría estar presente en otras poblaciones migrantes alrededor del mundo.

La importancia de reconocer esta doble connotación de la posición socioeconómica recae en sus implicaciones praxiológicas, y en su posterior relación con la construcción de la salud. En otras palabras, debido a que la persona atribuye su posición a dos fuentes (lo personal y lo gubernamental), sus acciones en torno al bienestar y la salud se orientan a mejorar en dichas dos áreas, esto por medio de: 1) La sostenibilidad económica personal, y 2) El acercamiento a entornos estables, democráticos y con mercados laborales más amplios.

Ahora bien, continuemos con el orden social y los conflictos. Según Staerklé (s.f.) para que un orden social sea legítimo, prácticas sociales y acciones ejercidas por las autoridades e instituciones<sup>38</sup> deben ser visualizadas como correctas. En contraposición, cualquier divergencia entre el orden social y los intereses/valores comunes de la población, es fuente de desbalance e inestabilidad. Lo que el autor menciona, es que la representación del orden social incide sobre la estabilidad y continuidad de este.

En articulación con lo anterior, se ha documentado que, en poblaciones sometidas a periodos de violencia militar, la significación del territorio, la familia, las costumbres y las actividades cotidianas, son los principales elementos que se transforman. A esto se suma la génesis de una actitud neutral para con los actores inmersos en las disputas; ni el gobierno, ni los grupos opositores, son del agrado de las personas no involucradas ya que ambos se

---

<sup>38</sup> Una institución, se define como un organismo creado por los seres humanos, y que da respuesta a las necesidades sociales de los individuos (Arellano, 2018).

representan como fuentes de caos (Belliny, Botina y Botero, 2018; Chávez y Ramírez, 2018; Martínez y Garzón, 2018).

Concuerdo con Staerklé (s.f.), la disociación entre los intereses del gobierno y las personas conduce a periodos de inestabilidad, esto ha sido observado en Nicaragua en los últimos años; y pueden trazarse vestigios a los discursos de las personas participantes. Del mismo modo, propongo que la inestabilidad de la que habla Staerklé no solo se halla presente en el ambiente; esta también se visualiza inversamente en prácticas cotidianas referentes al bienestar y la salud. Un ejemplo de esto es la búsqueda de estabilidad financiera y de ambientes estables políticamente.

Así bien, en línea con lo que indican Martínez y Garzón (2018), sumo que la no representatividad para con ninguno de los grupos implicados en los conflictos, es una actitud que debe analizarse siguiendo las especificidades del grupo y del conflicto sociopolítico analizado. No todas las personas que son expuestas a violencia política se posicionan como neutrales; de hecho, gran parte de las y los nicaragüenses, se manifestaron abiertamente en contra del gobierno Ortega, y a favor de los grupos insurreccionales.

Por último, con respecto a lo delineado por Belliny, Botina y Botero (2018) y Chávez y Ramírez (2018), y en concordancia con Breilh (2013), dado que los elementos antes mencionados como los más afectados por los conflictos políticos corresponden a las bases de los modos de vida de las personas, la salud - incluidas sus prácticas y representaciones - es uno de los fenómenos que más se transforma a causa de los periodos de caos. Los modos de vida se resignifican, por tanto, la salud - como producción móvil e histórica - y las formas de construirla también.

Esto se alía de la tesis antes explicitada, y referente a que dentro del proceso representacional de la salud existen periodos críticos o clave (en las historias de vida de las personas) que modifican la forma y componentes de las representaciones subsiguientes. Un

ejemplo de esto es que la salud para las personas nicaragüenses fue representada en Nicaragua en relación con la unión familiar, la no-enfermedad, y el cumplimiento de los sueños; mientras que ulterior a los disturbios, al proceso migratorio, y a la inserción a Costa Rica, a esta concepción se adiciona la estabilidad financiera, y los ambientes de paz.

Finalizando con el análisis, el último elemento necesario de abordar representacionalmente es el bienestar en su relación con la salud. Dicho así, de acuerdo con varios estudios, se ha demostrado que los significados de salud y bienestar suelen estar homologados, o muy relacionados; esto se observa en distintas poblaciones de diversos contextos (Moreno, 2015; Torres, Munguía, Aranda y Salazar, 2015; Borowiec y Lignowska, 2015).

Esto se debe a que el bienestar, como concepto abstracto, usualmente evoca en las personas sensaciones hedónicas, eudaimónicas y asociadas a la calidad de vida o al “buen vivir”, muy parecidas a las que se presentan en estados donde la persona se percibe saludable, ya que posee sus necesidades satisfechas, carece de enfermedades, y se halla en ambientes que favorecen su desarrollo integral (Steptoe, Deaton y Stone, 2014).

Por su parte, también se ha documentado que respecto a la relación bienestar-salud, en poblaciones migrantes su representación suele ser compartida; es decir, la persona migrante se percibe saludable o “bien”, en tanto su familia también lo esté. De hecho, el proyecto migratorio se fundamenta en parte en la búsqueda de bienestar familiar (Becker y González-Guarda, 2018; Fouratt, 2012).

De acuerdo con los autores, se cumple un patrón. En la población analizada el concepto de salud está igualado al de bienestar, y posee una significación compartida. No obstante, sostengo que la salud, como fenómeno abstracto, no solo se asocia con el bienestar, sino que también lo hace con otros conceptos inmateriales.

Propongo que, en poblaciones seculares, y particularmente en personas migrantes con poco acceso a educación, el fenómeno de la salud está en el mismo globo semántico que vocablos como el bienestar, la felicidad, la tranquilidad, el progreso, los sueños y la unión (Figura 10). Una o dos variantes poseen cada término (las cuales se asocian tendencialmente a una cara material del concepto que es creada socioculturalmente en el marco del orden social capitalista), pero sus evocaciones son esencialmente las mismas: sensaciones inmateriales de “algo positivo” que es contrario a lo negativo.

### Figura 10.

*Nube de palabras asociadas a la Representación de Salud entre las personas migrantes nicaragüenses. Autoría propia.*



Por tales motivos, reconozco que la salud no es el único fenómeno que posee una representación compartida; también la felicidad, el progreso, y los sueños, son conceptos con implicaciones personales-familiares. Esto se puede comprobar al preguntar a las personas nicaragüenses: ¿Cuál es su mayor sueño en la vida?, a lo que estas respondían usualmente: “Que mis hijos estén bien”, “Cumplir mis sueños y estar con mi familia”, “Tener una casa propia”, o “Tener salud”.

Llegados a este punto, resulta necesario elaborar una síntesis de los principales hallazgos derivados del análisis de las informaciones. De esta manera, propongo que la salud de las personas migrantes nicaragüenses se nutre del seno de determinantes sociales como la estructura político-económica, de los modos de vida propios del orden social capitalista, y de la red interseccional en la que se halla inserta cada persona y grupo. Al mismo tiempo, estos elementos se hallan materializados en la representación social de la salud a manera de actitudes, prácticas y sensaciones concretas.

Dentro de dichas expresiones vinculadas con la salud, se pueden enumerar la búsqueda por ambientes de paz, estables y democráticos que es consumada con la migración; y la actitud hacia el trabajo como medio para facilitar la estabilidad financiera, y por ende el acceso a recursos básicos del grupo familiar. Otras manifestaciones asociadas son el autocuidado (alimentación saludable, manejo del estrés, recreación y ejercicio), el acceso a servicios de salud (uso de farmacias privadas o EBAIS de la CCSS), la fe en Dios, y las redes de apoyo de personas nicaragüenses.

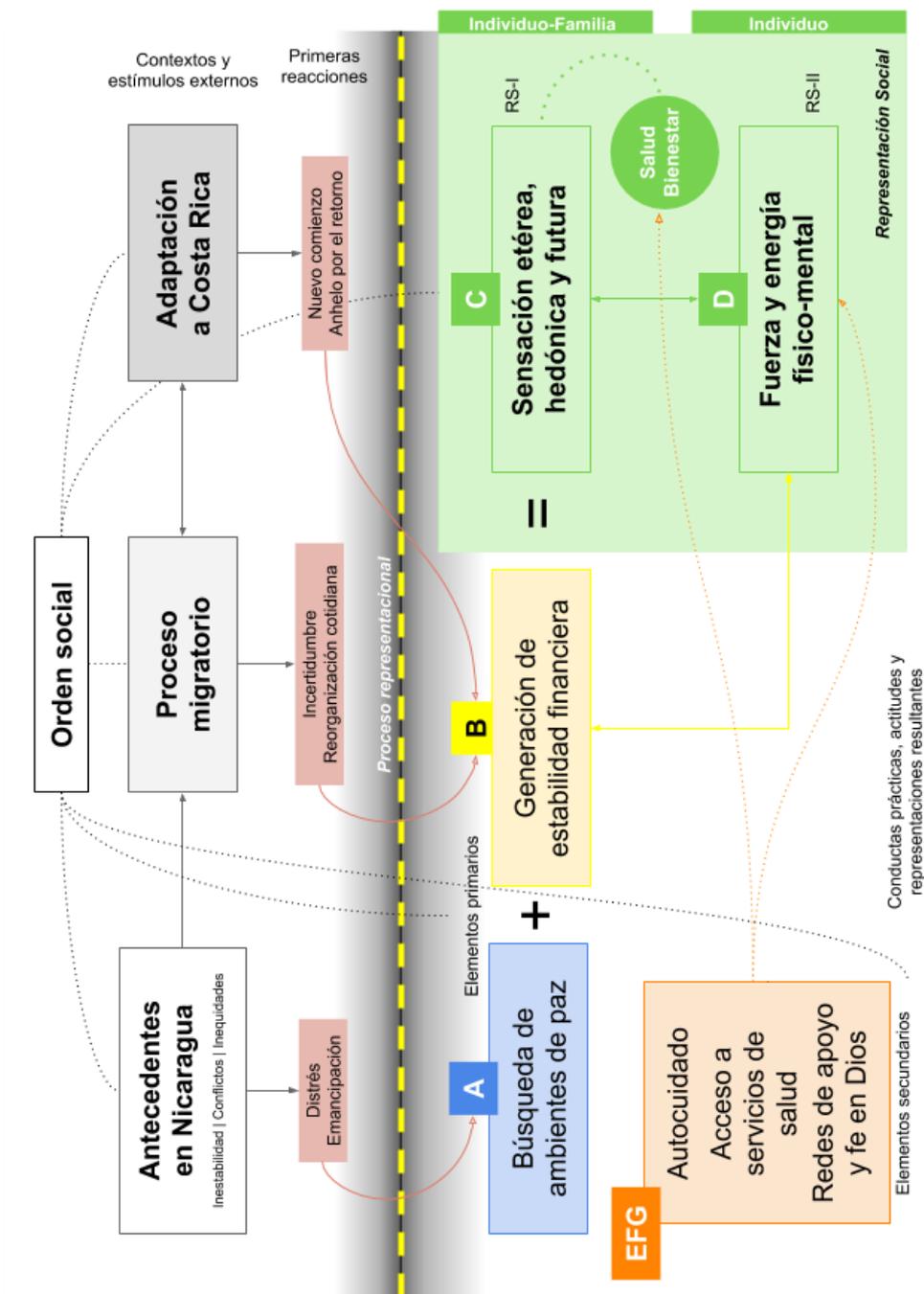
Paralelamente, la salud en las personas migrantes nicaragüenses se asocia a imágenes de personas fuertes, móviles y sonrientes; lo cual se relaciona directamente con la funcionalidad de estas características en el marco de las jornadas laborales, de su adaptación a Costa Rica, y de la consecución del bienestar personal-familiar. Asimismo, la representación de la salud del grupo se nutre de nociones y simbolismos popularizados - desde la sociedad de consumo - sobre la salud tales como la felicidad, la ausencia de enfermedades, la capacidad adquisitiva, y el acceso a recursos materiales.

Por tanto, sintetizo de este análisis, que la representación social de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses es una fuerza-energía de índole físico-mental que facilita a las personas trabajar, ganar dinero y así acceder a recursos materiales compatibles con su bienestar personal y familiar. Esta representación es la que fundamenta la segunda

connotación de la salud; misma que hace referencia a la salud como un fenómeno homologado al bienestar, la felicidad, el progreso y los sueños, y que se expresa por medio de una sensación inmaterial de tranquilidad, estabilidad, seguridad y satisfacción. Todo lo anterior, se expresa en el siguiente esquema.

Figura 11.

Representación Social de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses. Autoría propia.



## **Sobre Historias de Vida y Sueños Compartidos:**

### **Anclando la Salud a las Realidades de las Personas Migrantes**

En el anterior capítulo se analizó la objetivación; es decir, la cómo se materializa y torna concreta la representación social de la salud presente entre las personas migrantes nicaragüenses. Como fue evidente, a lo largo del apartado anterior fueron develadas una serie de conexiones con contextos, vivencias y realidades específicas que influyeron y se manifestaron diferencialmente sobre la representación.

Dichos elementos, son la base de lo que se conoce desde representaciones sociales como el anclaje. El anclaje es un movimiento simultáneo que acontece con la objetivación. Esto en tanto se reconoce que el conocimiento de sentido común posee raíces sociales y marcos referenciales de donde nacen.

Particularmente, el fenómeno de la salud entre las personas migrantes nicaragüenses ancla sus representaciones al orden social capitalista y a las historias de vida en Nicaragua y en Costa Rica. Igualmente, la vivencia interseccional presente en esta población (procedencia-estatus migratorio-posición socioeconómica) también juega como una de las raíces sociales primarias.

Es decir, las personas migrantes nicaragüenses piensan la salud en términos de su relación con el trabajo, la familia y los ambientes pacíficos, por varios motivos. En primer lugar, sus historias de vida han sido condicionadas por un orden social de tintes capitalistas y opresores, en donde se debe trabajar para (sobre)vivir. Su posición socioeconómica ha sido determinada por elementos macroestructurales lo cual genera que el trabajo sea valorado como pieza fundamental del engranaje de la salud; esto principalmente por los beneficios materiales que este brinda.

Esta lógica se imprime en el pensamiento de la persona migrante nicaragüense a tal punto que visualiza que el trabajo no solo es importante en la salud; el trabajo es la salud.

Agregado a esto, y vinculado con su posición socioeconómica, la estabilidad financiera se observa como un elemento de su representación porque esta es vital en todas las etapas del proceso migratorio; adaptarse al nuevo país y/o regresar a Nicaragua, es posible si las finanzas personales-familiares, yacen estables. Esto fundamenta que la salud sea representada como una fuerza y energía físico-mental.

Por otra parte, los ambientes pacíficos son una condición para percibirse con salud y bienestar, debido a que muchas personas vivieron pasajes de violencia política, represión y caos social en Nicaragua. El acto migratorio es una situación en la que la persona no solo se aleja del malestar, sino que también se acerca a las condiciones que más se asemejan a su noción de estar, vivir y sentirse bien.

Igualmente, la representación social de la salud de las personas nicaragüenses es compartida (individuo-familia) debido a que, en sus historias de vida, la familia ha sido una institución social fundamental. Esto acontece principalmente porque el grupo familiar siempre ha permanecido cerca de los individuos, aún en los tiempos más difíciles. Asimismo, dado que la mayoría de las personas participantes eran jefes/as de familia, la familia se significa como una proyección de su yo, lo cual genera una doble valoración; es también fuente de identidad, amor y cariño.

Todos estos elementos se conjugan, y desencadenan que la persona ancle la salud a sensaciones de tranquilidad, estabilidad, y seguridad. Mismas para las cuales hay una receta - cambiante e histórica. La receta para vivir saludables es convivir dentro de ambientes tranquilos y sin conflictos de cualquier índole, con acceso a empleo y a recursos básicos, y en unión con la familia. A esto se suman los elementos secundarios ya mencionados.

Dicho todo esto, analicemos la evidencia de campo. Ahora, las personas son quienes nos relatan por qué viven, conciben y representan la salud de esta forma. Para esto, presentaré relatos y observaciones referentes a las raíces sociales de los elementos que conforman la

representación social de la salud; hablo de anécdotas de vida, momentos específicos, y eventos clave. Sobre la búsqueda de ambientes de paz, esto es lo que señalan las personas participantes:

Yo recibí un impacto de bala en el pecho. Dos amigos míos los mataron allá, un amigo mío se regresó, y no vive tranquilo, vive en zozobra... Antes de lo que sucediera en Nicaragua vivíamos tranquilos, pero desde que comenzaron las protestas, ya no se puede vivir allá tranquilamente... (Participante 2 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 12 de setiembre de 2019).

Estuve combatiendo tres meses sin parar, día y noche contra la policía y antimotines. Los combates duraban 15-20 horas sin dilatar, no solo era yo, éramos muchos, ¿Porque cómo íbamos a combatir contra un ejército?, teníamos que ser más de 10. Gracias a Dios muchos sobrevivimos, unos murieron, otros están inválidos, están heridos, no solo su cuerpo físico sino su corazón, por tanto, daño que nos han hecho el régimen de Daniel Ortega y Rosario Murillo (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de 2019).

Bueno, hace 41 años ahora en noviembre llegamos a Costa Rica, vinimos de Nicaragua, las circunstancias nos obligaron por la situación que bueno hoy se está viviendo también (en alusión a crisis sociopolítica) (Participante 7 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 12 de octubre de 2019).

Tal como lo señalan las personas participantes citadas, en ciertos momentos de sus vidas, fueron víctimas directas o indirectas de la violencia política, el caos social, y la inestabilidad. Esto les motivó a migrar esencialmente con una consigna: encontrar ambientes

contrarios, o sea, pacíficos, en donde sus derechos humanos sean respetados, y en donde la salud y el bienestar sean una posibilidad.

Así bien, para otro sector de las personas migrantes nicaragüenses, los conflictos sociopolíticos no fueron el causante principal de su migración. La posición socioeconómica, íntimamente relacionada con el panorama político, fue un elemento que, a lo largo de las historias de vida de las personas analizadas, les marcó. Analicemos lo que aporta esta persona:

Saqué el colegio y luego fui a la universidad, estaba estudiando ingeniería, lo que es mi rama la construcción. Pero entonces ya no pude por la situación económica... (Participante 4 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 29 de setiembre de 2019).

En concordancia con lo señalado, y según lo evidenciado en las citas del anterior capítulo, se evidencia como dentro de la historia de vida de estas personas, aspectos como el acceso a educación han sido limitados a causa de la posición socioeconómica. El difícil acceso a educación, la pobreza, el desempleo y los ingresos insuficientes, fueron algunos de los fenómenos que dieron forma a parte del ciclo vital de estas personas. Igualmente, estos no han sido limitantes en la vida del grupo analizado; de hecho, por eso se migra, para mejorar la posición socioeconómica y así acercarse al bienestar personal-familiar. Veamos:

Yo me vine a Costa Rica porque en Nicaragua con el salario de allá no se solventa lo que ocupo, o sea trabajo hay, porque o sea Nicaragua cuenta con 9 millones de habitantes, tenemos como 3 millones en Costa Rica (participante ríe) me incluyo aquí estoy... Vieras que bonito que es, porque aquí (aludiendo a Costa Rica) en una quincena te compras una refrigeradora, allá (aludiendo a Nicaragua) en una quincena no te podes comprar una refri porque te quedas

sin comida (Participante 6 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 10 de octubre de 2019).

Me vine por trabajar, por salir más adelante... (Participante 10 autoidentificada como mujer, 24 de octubre de 2019).

En su concepción de salud, el migrar significa la posibilidad de acceder a mejores condiciones materiales; lo cual a su vez puede conducir a la estabilidad financiera, y por ende a la salud y bienestar de sus familias. Salir más adelante, buscar una mejor vida, ganar más dinero y alejarse de los conflictos, son todas expresiones verbales de los elementos que configuran su estar, vivir o sentirse bien. Esta participante resume lo anterior:

...la mayoría de gente que venimos acá es por una necesidad. Porque por el motivo que yo me vine es una necesidad de alejarme de los problemas de allá, entonces siempre es una necesidad, sea problemas económicos, o buscar una mejor vida (Participante 9 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 23 de octubre de 2019).

Es, por la vivencia de pasajes de caos sociopolítico y de dificultades económicas dentro de sus historias de vida, que las personas migrantes nicaragüenses otorgan relevancia a los ambientes de paz y al trabajo como motor de estabilidad financiera dentro de su conceptualización de la salud. Esto se justifica en que los primeros contextos/situaciones evocan malestar (miedo e incertidumbre principalmente); es sensaciones son percibidas como negativas y antagónicas al bienestar. Por tanto, el acercamiento a escenarios y materialidades inversas es sinónimo de bienestar, o sea de salud.

Y entonces, ¿De dónde nace el hecho de que la salud sea representada de manera compartida? Pues como se mencionó anteriormente, la familia es la institución social más importante para las personas migrantes nicaragüenses. Lo cual se fundamenta en la

valoración que realiza la persona sobre la cercanía entre los miembros a lo largo de sus historias de vida. La familia es el yo, es identidad, y es apoyo.

No obstante, cabe destacar que llego a este hallazgo de una manera indirecta. Analizando detenida y reflexivamente sus discursos, me encuentro con que las personas nicaragüenses analizadas tienen muy interiorizado que la familia cumple un rol central en sus vidas y esfuerzos cotidianos.

Cuando el grupo familiar se encuentra mal, o sea, enfermos, sin dinero o expuestos a riesgos, la persona migrante padecerá síntomas muy similares, se sentirá enferma, estará tensa por el dinero, y sentirá mucha incertidumbre y preocupación sobre el estado de sus seres queridos. Todo lo contrario, acontece cuando la familia se encuentra bien (sin enfermedades, con acceso a recursos básicos, unidos, y seguros). Así lo evidencian estas personas:

...Pensar en mi mamá allá en Nicaragua que es una persona enferma, eso no me hace sentirme bien. Ella padece del corazón, tiene agua en los pulmones (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

Me hace sentir bien llamar a la familia, saber que están bien... mirar a mis seres queridos, escuchar a mi familia por el teléfono, volver a verlos (Participante 3 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 26 de setiembre de 2019).

...Me hace sentir mal el que alguno de mis seres queridos esté enfermo, y no poder ayudarlos porque no está en mis manos (Participante 9 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 23 de octubre de 2019).

Bueno aquí vivo feliz... y triste cuando no hablo con mis niñas, no estoy con

mi familia (Participante 10 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 24 de octubre de 2019).

Tal como se observa en los relatos, las personas migrantes nicaragüenses experimentan sensaciones similares a las de sus familias. Prima una dicotomía de bienestar y malestar, esto es igual a salud-enfermedad. El vínculo es tan fuerte entre el individuo y su familia, que este se expresa incluso en su connotación de la salud.

Un elemento secundario que explica las raíces sociales de este pensamiento, son los historiales de migraciones familiares principalmente a Estados Unidos, Costa Rica y otros países de América Central. Las migraciones evocan separación y anhelo por la unión familiar. Estos son sentimientos que alimentan a este rol central que cumple la familia dentro de sus vidas, y en su salud.

En síntesis, el anclaje de la representación social de la salud se traza a pasajes dentro de sus historias de vida que han sido teñidos por la inestabilidad política, las dificultades socioeconómicas, el proceso migratorio, y el rol central de la familia como fuente de apoyo e identidad. Es por esto que la salud es compartida, evoca tranquilidad, seguridad y estabilidad, y brinda fuerza para trabajar y sobrevivir dentro del orden social capitalista.

Por estos motivos, para ahondar en el análisis de los resultados, nutriré las discusiones con informaciones puntuales sobre el panorama político nicaragüense y costarricense, la situación macro y socioeconómica de Nicaragua y Costa Rica (principalmente en términos de INB per cápita, inequidad, empleo, y pobreza), y las especificidades del sistema migratorio en cuestión. Estas tres esferas están subsumidas las unas en las otras.

El objetivo es comprender cómo estos panoramas se integran cognitivamente y forman la base de los marcos referenciales sobre los que se representa la salud, este es el anclaje. Obviaré la influencia de los determinantes sociales. Asimismo, el enfoque de salud colectiva yace implícito, ya que estaré proponiendo cómo los modos de vida (incluidas las

prácticas, actitudes y representaciones en torno a la salud) son modulados por el orden social imperante. Ahora se analiza cómo el *hacer*, determina el *ser* (Sammut, Andreouli, Gaskell y Valsiner, 2015; Moscovici, 1984).

En primer lugar, cabe distinguir que la historia política de Nicaragua ha transcurrido de una manera particularmente interesante. Desde hace más de 100 años, los sistemas políticos en Nicaragua transicionan de periodos de 10-15 años en donde reinan estructuras gubernamentales autocráticas, cuasi-dictatoriales, y rígidas, a momentos de inestabilidad, insurrección y reformulación del proyecto Estado-Nación, volviendo luego a periodos de estabilidad y control absolutista estatal. Estabilidad-Inestabilidad es el sello distintivo. Esto se aprecia claramente en la siguiente figura (Varieties of Democracy Project, 2019).

### Figura 12.

*Regímenes políticos en Nicaragua: 1901-2018.*

#### Political Regimes, 1901 to 2018

Shown is each country's political regime classification in each year 1900–2018, where 0 = Closed autocracy; 1 = Electoral autocracy; 2 = Electoral democracy; and 3 = Liberal democracy.



Source: Varieties of Democracy Project (2019, version 9)

CC BY

*Nota.* Tomado de Varieties of Democracy Project, 2019.

Dicho esto, el proyecto Estado-Nación de Nicaragua ha sufrido múltiples transformaciones, no llegándose a consolidar por periodos prolongados de tiempo a causa de los constantes cambios en la estructura política. Esto se basa esencialmente en una división ideológica importante, ya que prácticamente desde su declaración como Estado soberano, libre e independiente en 1838, el modelo estatal ha sido ampliamente discutido por su autoritarismo y el gran tamaño del poder ejecutivo (Pérez, 2018; Kinloch, 2015).

Así, se documentan varios periodos de inestabilidades políticas a lo largo de la historia, los cuáles no solo han traído consecuencias para el proyecto e identidad nacional<sup>39</sup>, sino también para los derechos humanos, las migraciones, el crecimiento económico, el empleo, y el combate a la pobreza. Un ejemplo claro y contemporáneo, es la reciente crisis de abril de 2018 y meses posteriores, en donde las modificaciones al sistema de pensiones y la inatención gubernamental de una emergencia ambiental detonaron el descontento popular (Vannini, 2014; Human Rights Watch, 2019; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2018).

Oleadas de disturbios y manifestaciones, represión policial, persecución política, enfrentamientos armados, censura mediática, daño a infraestructura pública y privada, muertos, y miles de violaciones a los derechos humanos, fueron el resultado de esta disidencia entre el *modus operandi* del gobierno, y los valores e intereses de un gran sector de la población nicaragüense. En meses ulteriores, esto desencadenó miles de migraciones y solicitudes de refugio en Costa Rica, tal como se observa en el siguiente gráfico (Pérez, 2019; Puig, 2019; Dirección General de Migración y Extranjería, 2018).

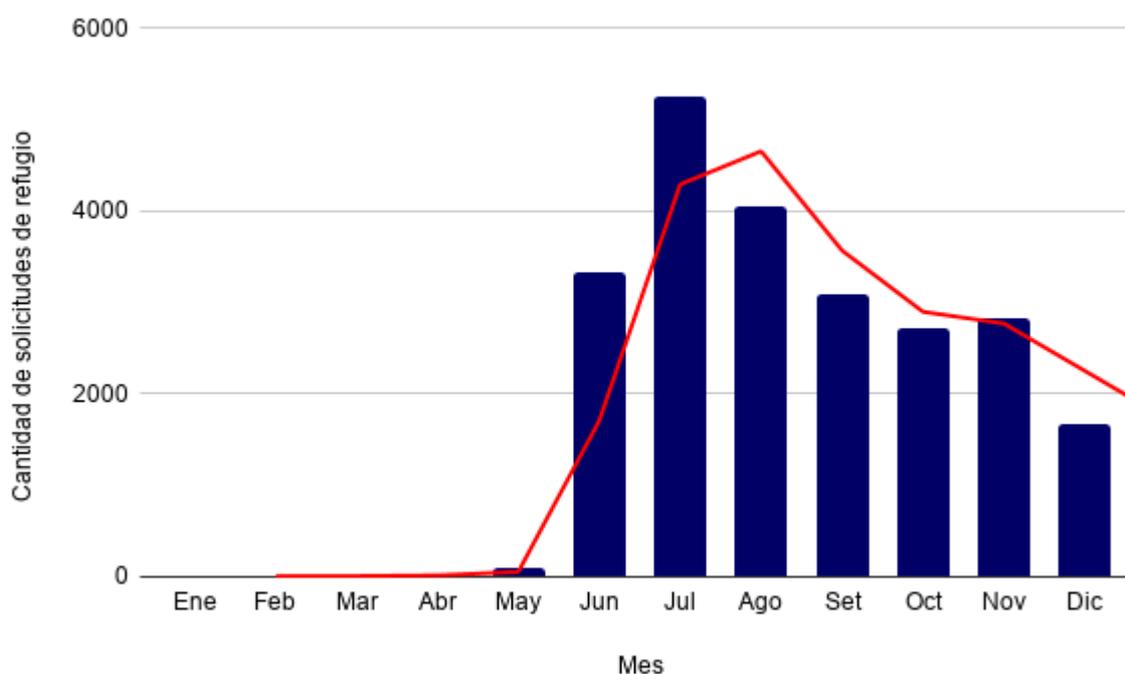
---

<sup>39</sup> De hecho, varios autores reconocen que la identidad nacional nicaragüense es un fenómeno complejo de estudiar, ya que está prácticamente no existe como un todo unificado. En términos de proyecto Estado-Nación, de identidad nacional, o de intereses nacionales compartidos, Nicaragua se propone como un archipiélago de islotos sociales que coexisten, inconexos, los unos al lado de otros. En este sentido, hay representaciones populares del “ser nicaragüense” tales como “El Güegüense” que intentan dar una idea de la identidad nacional, sin embargo, estas caen en estereotipos y no son aceptadas por el grueso de la población (Serrano, 1998; Guevara, 2017).

**Figura 13.**

*Cantidad de personas nicaragüenses solicitantes de refugio en Costa Rica por mes, 2018.*

Autoría propia con base en datos estadísticos de la Dirección General de Migración y Extranjería.



El panorama político nicaragüense ha sido complejo, y particularmente inestable. Esto contrasta con un sistema político costarricense, que a excepción de periodos autocráticos aislados como la dictadura de los hermanos Tinoco entre 1917-1919 o la Guerra Civil de 1948, ha transcurrido de forma estable entre una democracia electoral. De hecho, a lo largo de más de 100 años, las estructuras gubernamentales solo se han hecho cada vez más liberales (Varieties of Democracy Project, 2019).

Comparativamente, el punto de inflexión acontece en la década de los 50s, cuando Costa Rica supera la Guerra Civil y avanza hacia una democracia electoral, y Nicaragua permanece en una autocracia electoral; estructura que le acompañaría durante muchos tramos de su historia. A saber, solo en el periodo de 1990-2006 se evidencia la incursión de gobiernos neoliberales en Nicaragua (Vannini, 2014; Matus, 2019).

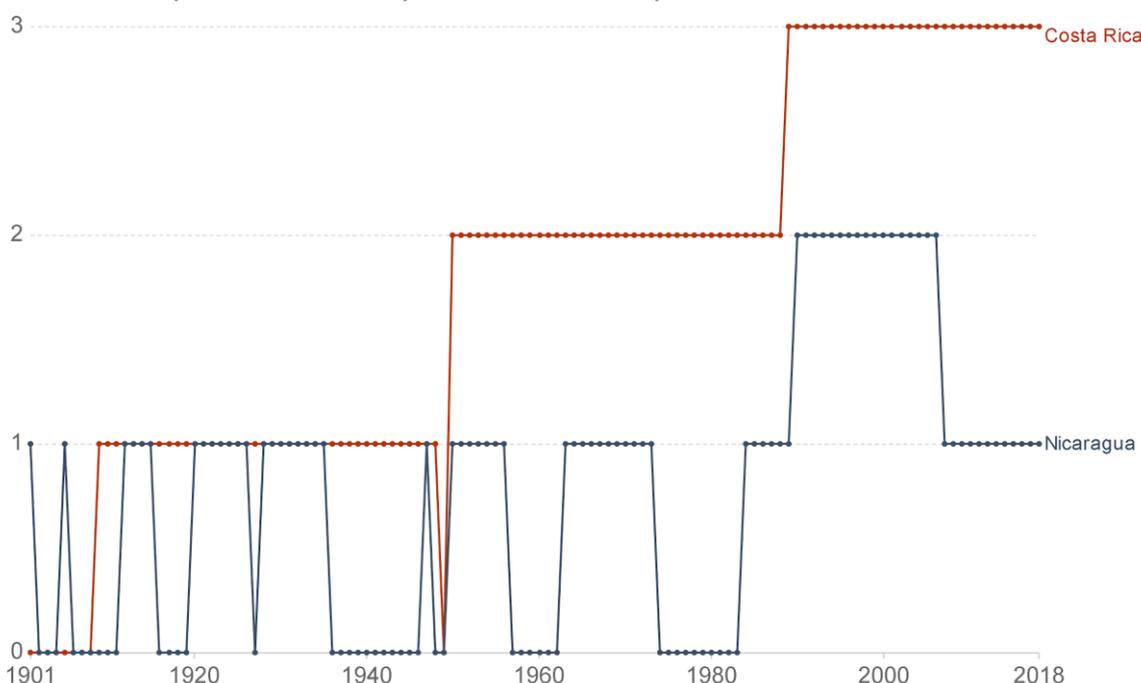
**Figura 14.**

*Regímenes políticos de Nicaragua y Costa Rica: 1900-2018.*

### Political Regimes, 1901 to 2018

Shown is each country's political regime classification in each year 1900–2018, where 0 = Closed autocracy; 1 = Electoral autocracy; 2 = Electoral democracy; and 3 = Liberal democracy.

Our World  
in Data



Source: Varieties of Democracy Project (2019, version 9)

CC BY

*Nota.* Tomado de Varieties of Democracy Project, 2019.

Concluyo, con base en el análisis de estos datos, que la estructura política nicaragüense ha impactado y moldeado de diversas maneras a la sociedad y población nicaragüense. Propongo, que, derivado de un panorama sociopolítico tendencialmente cambiante, la inestabilidad, la incertidumbre y la división ideológica, se han erigido como categorías centrales dentro del pensamiento social de un sector de las personas nicaragüenses. Las características del entorno calan dentro de la estructura cognitiva de las personas al punto de presentarse como conceptos clave que guían su accionar.

Es así como los modos de vida son transformados por el orden social. Sostengo que estos conceptos se han instaurado difusamente en la mentalidad del y la nicaragüense. Permanecen ocultos y latentes, y ante un evento abrupto, inesperado y relacionado con el

sistema político, se asoman como fantasmas que le recuerdan a la persona que su bienestar, progreso y felicidad, pueden verse comprometidas en el plano de la inmediatez.

Asimismo, esto se traduce en conductas prácticas posteriores relacionadas con la salud. Dado que la persona se siente inestable, con incertidumbre, y dividida ideológicamente, busca estrategias prácticas inmediatas y mediatas para contrarrestar dichas sensaciones no placenteras y negativas, y así acercarse a escenarios favorables para su bienestar personal-familiar. El proceso migratorio y la búsqueda de ambientes pacíficos, democráticos, y sin violencia, son ejemplos claros. No es casualidad que los flujos migratorios de personas nicaragüenses tengan un comportamiento cíclico y temporal.

Por su parte, concuerdo con Serrano (1998) y Guevara (2017) en el sentido de que la identidad nacional nicaragüense es difusa y está dividida en múltiples sectores sociales. De esta manera, propongo que ante la falta de un proyecto Estado-Nación común que, de subsidios para la identidad nacional, el trabajo y la familia, se erigen como pilares identitarios de los sectores populares, rurales y marginalizados (perfil clásico de las personas que emprenden la difícil tarea de migrar hacia Costa Rica).

Dada la experimentación de las inequidades por parte de estos claustros, el trabajo se visualiza desde una lógica instrumental como un medio para salir adelante y superarse en la vida; esto se instaura dentro de la mentalidad de la persona migrante como parte de su ser. Esto significa, que ser nicaragüense es sinónimo de ser una persona muy trabajadora, esforzada y que aspira siempre a la superación.

Igualmente, la familia se manifiesta como fuente de identidad en los sectores mencionados, debido a que es un grupo social con el que la persona migrante nicaragüense posee líneas de pensamiento prácticamente iguales. Caso contrario ocurre respecto a la estructura gubernamental, la cual se visualiza como lejana, incomprendida y prácticamente ausente en la atención de sus necesidades.

Esto es central en una sociedad en donde la división ideológica reina. Los intereses, objetivos y sueños de los miembros del grupo son los mismos, por lo que la persona desarrolla un fuerte sentido de pertenencia, y fundamenta su identidad como persona nicaragüense, en la relación que tiene con su familia. Gobierno < Familia.

Por su parte, e íntimamente relacionado con los panoramas políticos, el análisis de las condiciones macro-socioeconómicas de ambos países nos brinda insumos claros para comprender las principales determinaciones bajo las cuales han transcurrido las historias de vida de las personas nicaragüenses analizadas, y consecuentemente, qué elementos del entorno forman las raíces sociales de las representaciones explicitadas. Hago referencia a la relación entre el sistema político y el crecimiento económico, el INB per cápita, la inequidad, la pobreza y el empleo.

Nicaragua, en este sentido, es una nación cuya historia ha sido marcada por la inestabilidad política, y consecuentemente por las crisis económicas derivadas. El Banco Mundial reconoce que las crisis sociopolíticas son procesos que distorsionan y ralentizan la mayoría de los indicadores macro-socioeconómicos de un país. Un ejemplo es la coyuntura política de abril de 2018 (Banco Mundial, 2019).

De esta manera, se estima que gracias a la sinergia entre los disturbios sociopolíticos de 2018 y la pandemia por COVID-19, Nicaragua estaría enfrentando el periodo más oscuro (social, política, y económicamente) de sus últimos 30 años. Esto traería diversas repercusiones sobre las condiciones de vida y salud de la población (Banco Mundial, 2019; Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2019; Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020).

Lo anterior se traduce en una contracción del Producto Interno Bruto, la cual llegaría a -10.7% para el 2020 según las últimas estimaciones. El aumento de la pobreza, la disminución de las entradas por remesas, el desempleo, la reducción del comercio, y bajas

en el turismo son las principales afectaciones en las que yace inmersa la población nicaragüense (Banco Mundial, 2019; Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2019; Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020).

Este panorama que es complejo *per se*, se complementa con indicadores socioeconómicos previos como un INB per cápita de \$1918 para el 2019 (ubicándose como país de ingresos medios bajos), una tasa de desempleo abierto de 5.5% (2019), de informalidad laboral del 70% (2017), y una tasa de incidencia de pobreza de 28.2% (2019), lo cual implica que aproximadamente 1.8 millones de personas vivían con US\$1.76 o menos al día (Banco Mundial, 2019; Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020; Fundación Internacional para el Desafío Económico Global, 2017).

Asimismo, un dato importante es que el índice de Gini (que mide la distribución de la riqueza y consecuentemente ofrece una visión de equidad), fue de 0.43 para el 2018. Esto rima con que un 70% de las personas más pobres del país se encuentran distribuidas en las zonas rurales (Caribe y Central), esto es igual a casi 1,2 millones de personas para el año 2014 (Knoema, s.f.).

Por último, sumado a que los hogares más pobres del país están en las zonas rurales, estos son los que presentan mayores índices de dependencia económica y necesidades básicas insatisfechas. De hecho, Nicaragua es uno de los países latinoamericanos en donde el acceso a servicios básicos es de peor calidad y está distribuido de forma más desigual (Banco Mundial, 2017; Fundación Internacional para el Desafío Económico Global, 2017).

En contraposición, el panorama socioeconómico costarricense presenta algunas similitudes y diferencias sustantivas. Si bien es cierto en la historia de Costa Rica las crisis sociopolíticas no han sido la tónica, la inestabilidad económica sí ha estado presente. Esto se visualiza con el déficit fiscal de los últimos años y en niveles de crecimiento económico bajos. Así, el país ha adolecido que la generación de nuevos puestos de trabajo no ha

alcanzado cifras adecuadas (Programa Estado de la Nación, 2019).

Sumado a esto, y al igual que en el resto del mundo, la pandemia por el coronavirus SARS-COV 2 ha traído repercusiones negativas sobre la economía costarricense. Se espera que el Producto Interno Bruto del país disminuya a -3.3%; esto, al igual que en Nicaragua, conduce a un aumento de la pobreza y el desempleo. En ese sentido, una de las primeras manifestaciones de lo anterior es que la tasa de desempleo abierto subió a 12,45% (2020). Paralelamente, la informalidad es de 41% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018; 2020).

Costa Rica, según los datos, es una nación de ingresos medianos altos en donde el INB per cápita es de \$11.520. Aun así, la distribución de la riqueza es más desigual que en Nicaragua, ya que su índice de Gini es de 0,51 (2019). Esto se complementa con que al igual que vecino país, la pobreza (20,98% en 2019) está concentrada en las zonas rurales y alejadas del centro del país (Chorotega, Huetar Norte, Huetar Caribe, Pacífico Central y Brunca) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018; 2020).

En comparación, Nicaragua y Costa Rica son bastante diferentes en el plano macro-socioeconómico. Un punto en común es que ambos países han sido afectados por crisis económicas en años recientes, más aún si se agrega la pandemia por el COVID-19. Dejando de lado esta similitud, mediada en parte por una emergencia sanitaria global, son más las diferencias entre ambos panoramas.

En términos de empleo, hay menos desempleo en Nicaragua, pero la informalidad es abismal. En Costa Rica hay más personas desempleadas, pero la informalidad es menor. Si se puntualiza en el crecimiento económico y los ingresos, se produce y se gana más dinero en Costa Rica, pero este está peor distribuido en comparación a Nicaragua<sup>40</sup>, en donde se

---

<sup>40</sup> aun así, sugiero tomar esta afirmación con recelo, ya que según el Banco Mundial (2019), el nivel general de la capacidad estadística de Nicaragua es de 51 para el año 2019, lo cual indica en una escala de 0-100, que la forma bajo la que son registradas las informaciones referentes a distintos temas en el país, no es la más óptima. Esto se contrasta con una capacidad estadística de Costa Rica de 91.

gana menos dinero, pero este se distribuye mejor entre la población. Asimismo, la pobreza es mayor en Nicaragua; estando en ambos países concentrada en las zonas rurales/alejadas de los centros económicos.

Pero entonces, ¿Cuál contexto es mejor o peor? La respuesta no es sencilla, ya que, si observamos con detenimiento los datos macroeconómicos, se puede notar que la balanza está inclinada en algunos rubros para Nicaragua y en otros para Costa Rica. La gran diferencia, es que el sistema político de Costa Rica es ampliamente más estable que el de Nicaragua; esto no solo influye sobre la estabilidad de la economía y otros indicadores, también es central en el proceso representacional de la salud.

En este contexto, conviene cuestionarnos ¿Por qué migran hacia Costa Rica las personas nicaragüenses? Autores como Voorend (2017; 2019) y Sandoval (2015), en concordancia con el último estudio de la Organización Internacional para las Migraciones (2019), han apuntado que esta población se mueve hacia Costa Rica debido a la cercanía entre países, por la búsqueda de mejores oportunidades laborales (aquí se contrata mano de obra barata) y recientemente a causa de los conflictos. Conuerdo plenamente, ya que esto fue observado en las personas participantes.

De hecho, dichos factores causantes del proceso migratorio se pueden apreciar (reformulados) como parte de la representación social de la salud del grupo, tal como se ha venido explicando. Destaco que no solo son causas, son parte de cómo la persona representa su propio bienestar y el de su familia. Esto se manifiesta en sus prácticas cotidianas, dentro de las cuáles el trabajo y los entornos de paz, son esenciales.

Con base en entrevistas, observaciones de campo, y conversaciones en el Parque de La Merced, agrego a lo que proponen los autores, que gran parte de la migración de nicaragüenses hacia Costa Rica se fundamenta en una representación social de la sociedad costarricense como un lugar pacífico, estable y favorable; estas condiciones son compatibles

con su forma de mirar la salud.

En un proceso de integración cognitiva entre momentos clave en sus historias de vida, estímulos externos, representaciones previas y su subjetividad, las personas nicaragienses asocian la ausencia de conflictos sociopolíticos en Costa Rica con ambientes estables en todo sentido (recordemos que la estabilidad es un concepto central instaurado en el pensamiento social del grupo). Esto al mismo tiempo, se liga a mejores oportunidades laborales, a una mayor estabilidad financiera, y consecuentemente al bienestar personal-familiar.

Es decir, las personas no migran para utilizar y abarrotar los servicios de la CCSS y así tener una “mejor salud a costas de los impuestos que pagamos todos los ticos” como se cree popularmente; rechazo totalmente esta versión. No se migra para tener una mejor salud; se migra porque su representación de la salud es compatible con la representación del entorno costarricense.

Al final, este grupo representa la salud como una sensación etérea, hedónica y futura de tranquilidad, estabilidad, y seguridad que se consigue cuando se accede a empleo, a recursos básicos y se está en ambientes pacíficos. Esto rima totalmente con la imagen que se posee de Costa Rica como sociedad receptora. Las raíces sociales de esta relación entre representaciones se anclan a los antecedentes de la persona en Nicaragua y al discurso nacional construido en torno a “lo costarricense”.

Dicho así, la persona correlaciona que en Nicaragua los disturbios y la inestabilidad política usualmente han ido de manos tomadas con las dificultades económicas, la pobreza y el desempleo; muchos de los participantes lo vivieron. Por tanto, al pensar en Costa Rica lo primero que se viene a su mente son imágenes prediseñadas que relacionan al país con una sociedad sin conflictos. Debido a que se estableció una correlación previa, el resultado de pensar en Costa Rica como un país pacífico, conduce *sine qua non* a escenarios con más oportunidades laborales, y una mejor economía. Representación de la salud y representación

del país receptor, son compatibles.

Entendiendo esto, surge otro hallazgo medular. Autores como los antes mencionados (Voorend 2017, 2019; Sandoval, 2015) han realizado esfuerzos importantes por comprender las dinámicas en las que se hallan inmersas las personas migrantes nicaragüenses; esto con el objetivo de reivindicar y valorizar su posición como migrantes. Valga esta oportunidad para reconocer dicha labor, así como la de los muchos otros investigadores e investigadoras que han aportado a la temática.

No obstante, a pesar de que son años de investigaciones y publicaciones, un sector amplio de las y los costarricenses, aún relaciona “nicaragüense” con violencia, muerte, saturación de servicios de salud, delincuencia, falta de inteligencia, y personas dañinas en general. Basta con observar los comentarios en redes sociales de cualquier publicación sobre temáticas referentes a personas nicaragüenses.

Lo que propongo a brevedad, es una nueva forma de pensar “lo nicaragüense” y a las personas nicaragüenses, en Costa Rica. Si analizamos lo que entienden por salud las personas participantes, así como las prácticas anexas a esta representación, caemos en cuenta de que, en sí, estas personas buscan ambientes y condiciones de paz, tranquilidad, seguridad, apoyo y desarrollo. Esto, desde mi razonamiento, les caracteriza como personas pacíficas, tranquilas, cooperativas, trabajadoras y con ganas de superarse en la vida.

Es necesario comprender que una persona no buscaría estos estímulos, si no les hallase una utilidad o si no representase su cosmovisión; de este pragmatismo parte la propia teoría sobre Representaciones Sociales. Por tanto, concluyo que los discursos racializados en torno a las personas nicaragüenses carecen de validez científica. Son falacias, ya que, por medio de esta investigación, se demuestra que las personas nicaragüenses presentan una disposición actitudinal y conductual hacia la vivencia de estímulos de paz, no conflictivos y favorables para el desarrollo humano.

Por último, en relación con lo anterior, debo decir que las características antes citadas no son propias/exclusivas de los nicaragüenses o de los costarricenses; son sencillamente rasgos humanos aprendidos que poseen raíces sociales específicas. Lo que sucede, es que bajo el uso de conceptos obsoletos como el de “raza”, se han asociado cualidades específicas a una única categoría como lo es la nacionalidad o el color de piel; esto, igualmente, es una falacia.

En síntesis, finalizando con este análisis, reconozco que el anclaje de la salud, como segundo proceso formativo de las representaciones sociales, está dado por la interacción entre elementos derivados del panorama sociopolítico, la posición socioeconómica y un sistema migratorio sur-sur.

Las raíces sociales del pensamiento y comportamiento en torno a la salud se anclan en historias de vida marcadas por eventos y condiciones clave, tales como la exposición a periodos de inestabilidades sociopolíticas y dificultades económicas en Nicaragua, así como la cercanía y valoración del grupo familiar, y la adaptación a Costa Rica.

## **Mientras Hay Vida, Hay Esperanza:**

### **Reflexiones desde La Merced sobre el Cuidado Transcultural**

A continuación, se presenta el último capítulo de análisis de resultados. El objetivo de esta sección radica en vincular los conceptos clave de la Enfermería Transcultural con las representaciones sociales de la salud halladas entre las personas migrantes nicaragüenses. Los conceptos propuestos desde la TDUCC como esenciales son: *Cuidado*, *Cultura*, *Cuidados culturales*, y *Salud holística*. A lo largo de estas páginas, se establecen asociaciones epistemológicas, teóricas y prácticas cuyo cometido principal es contribuir con el derecho a la salud de las poblaciones migrantes en Costa Rica y la región.

Dicho así, conviene recapitular los hallazgos obtenidos anteriormente. La salud en este grupo se comporta de forma similar a una fórmula cuyos componentes son los ambientes pacíficos y estables, el trabajo, el acceso a recursos básicos, y el bienestar familiar. La interacción entre estos reactivos da como resultado la primera connotación de la salud. Es decir, la salud como una sensación subjetiva, agradable y futura de tranquilidad, seguridad y paz. Para llegar a dicha sensación, el día a día es fundamental; por eso la salud también es una fuerza y energía físico-mental que permite a las personas trabajar, y consecuentemente estar, vivir y sentirse o saludables.

Esto es la objetivación. Por su parte, el anclaje toma su base en elementos provenientes del orden social capitalista, la red interseccional propia del grupo, y tres momentos y contextos específicos: los antecedentes en Nicaragua, el proceso migratorio, y la adaptación a Costa Rica. La salud entonces ancla sus raíces a historias de vida teñidas por la inestabilidad política, las dificultades financieras, las migraciones, y el rol de la familia como institución social central en la construcción del bienestar del grupo.

De esta manera, es que las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica construyen y viven su salud. Destaco así, que la salud debe ser siempre analizada como una

representación móvil, histórica y cambiante. Aun así, profundizando en la construcción de conocimiento, restan varias preguntas por responder. ¿Qué relación existe entre el cuidado como objeto epistemológico y las representaciones de la salud aquí encontradas? y ¿Cómo estas relaciones pueden contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida y salud en las poblaciones migrantes?

El cuidado, según Leininger, se conceptualiza como todas aquellas acciones, actitudes y prácticas destinadas a asistir o ayudar a las personas en su salud y bienestar. Es un fenómeno que se relaciona con el mejoramiento de la condición humana y los modos de vida. A esta definición se suma que el cuidado es un fenómeno abstracto y concreto al mismo tiempo (Leininger y McFarland, 2006).

En esta línea, para las personas entrevistadas el cuidado se relaciona directamente con la salud. Cuidado es igual a “cuidarse”, lo cual es una de las bases del estar, vivir y sentirse bien. Este se asocia principalmente con el autocuidado. Dicho así, este concepto evoca en las personas participantes la realización de un rango de acciones benéficas que incluyen la práctica de ejercicio físico, la no utilización de drogas, la prevención de enfermedades, y el consumo de alimentos bajos en grasas, sodio y azúcares. Veamos lo que estas personas relatan:

La salud es como una rosa o una flor porque una rosa usted tiene que cuidarle, si usted la siembra y no le echa agua, se seca y no tiene vida, no se cuida. No cuidarse es que le valga todo. Yo sé que fumarme un cigarro es malo e igual lo hago, eso no es cuidarse... (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

Estar sano es cuando un cuerpo siempre lo cuidas... (Participante 6 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 10 de octubre de 2019).

Nosotros pues tenemos que cuidar la salud, porque de verdad si ya uno se va morir porque le toca, pero en lo que a mi corresponde hay que tener ese cuidado, yo digo que debo cuidar mi salud, en todo sentido porque a veces a uno le dicen que es propensa para ser diabética, y uno sigue comiendo, eso contribuye a la diabetes, entonces yo tengo que cuidar mi salud (Participante 7 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 12 de octubre de 2019).

Si yo como cosas que me van a hacer daño a mi organismo, entonces no me estoy queriendo, no me estoy cuidando, no estoy protegiendo mi salud, no estoy cuidando mi cuerpo. Si no hago ejercicio tampoco, porque vivir una vida sedentaria no es bueno, tenés que practicar ejercicio, tenés que moverte, así vas a practicar a oxigenar a tu cuerpo, tu cerebro, tu sangre, tu no sé qué, ¿verdad? (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

En relación con lo aportado por las personas participantes, el cuidado está en la misma nube de palabras asociadas a la salud. No obstante, este es un concepto que a diferencia de la salud posee una significación más práctica y menos abstracta. En sí, según las personas migrantes nicaragüenses, el cuidado involucra acciones personales destinadas hacia un mismo objetivo: mantenerse con salud.

Igualmente, y al igual que con la primera representación social de la salud, el cuidado humano se vivencia de una manera compartida. La persona realiza acciones destinadas a su propio cuidado, pero también incluye a su familia dentro de las mismas. Esta asociación entre cuidado y familia es principalmente observada en participantes autoidentificadas como mujeres, y aparece de forma tácita en quienes se identifican como hombres.

Las mujeres relacionan la salud con el cuidado más desde un rol de cuido maternal

hacia los miembros de su familia. Los hombres, por el contrario, asocian acciones como el trabajo, el distanciamiento de sitios peligrosos, el envío de remesas, y la comunicación a distancia, con la protección del grupo. Para las mujeres, ejercer influencia sobre los hábitos de su familia es igual a cuidar; para los hombres, contribuir con la seguridad del grupo, y proveer de recursos materiales, es sinónimo de cuidar.

En resumen, a pesar de que este no es un estudio sobre representaciones sociales del cuidado, se halló que el concepto es parte fundamental de la representación de la salud, principalmente desde un sentido praxeológico. Asimismo, la significación del cuidado en su vínculo con la salud está moldeada por el componente género, lo cual a su vez posee claras raíces socioculturales.

En este sentido, la cultura se propone como uno de los macro conceptos que Leininger describe como base de las prácticas y expresiones de cuidado dentro de los grupos humanos. La cultura se conceptualiza por Leininger como todos aquellos valores, creencias, normas o estilos de vida aprendidos y que guían el pensamiento, el comportamiento y las decisiones de las personas (Leininger, 2002).

Dicho así, un hallazgo interesante es que, el panorama sociocultural al que las personas migrantes nicaragüenses han estado expuestas a lo largo de sus historias de vida ha permeado la generación de actitudes y pensamientos específicos relacionados con roles de género. Esto se evidencia a continuación:

Nuestros padres nos enseñan a trabajar desde niños, a nosotros los varones como hombres y a las mujeres como mujeres de verdad... (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de 2019).

Dichos roles de género son tradicionalmente creados y reproducidos en el seno familiar. El género y los roles asociados a este son determinantes de las actividades cotidianas

de las personas; lo cual posee un profundo impacto sobre las prácticas y actitudes posteriores a favor de la salud. A continuación, se muestran rastros de las diferencias de roles entre los dos géneros más frecuentes en la investigación:

A mí me gustaría tener un buen trabajo y darle lo que necesita a mis hijas... (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

Me hace bien hacer feliz a mi mujer y a mis hijos, comprarle los juguetes que ellos quieren, su ropita, sus zapatitos, darle lo que ellos se merecen como mis hijos, tener un trabajo para poderles dar lo que ellos quieren (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de 2019).

Ellas (en alusión a las mujeres nicaragüenses) saben hacer de todo, somos educadas para ser fuertes, para mantener una familia y un hogar... Mi hija ha sido educada como he sido yo, entonces yo le digo que cuando te enfrentes a la vida y tengas dificultades, sepás que hacer, y no necesites un esposo a la par para salir, porque muchas mujeres se quedan ahí en esas relaciones conflictivas, porque necesitan al esposo para que las mantengan y las ayude, yo no lo considero así... (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

Tal como explicitado por las personas participantes, ser hombre y ser mujer está asociado a formas preestablecidas de actuar y pensar. La mujer nicaragüense se auto concibe como una figura materna que cuida a su familia a través de la promoción de hábitos de vida saludables y favorables en todo sentido. Mientras tanto, la posición como hombres nicaragüenses, les coloca como proveedores y protectores del grupo familiar. La meta de

ambos roles es el cuidado; y existen vestigios de ambas posiciones de género en las dos representaciones de la salud.

Por estos motivos, la cultura es un elemento que no solo predetermina los roles de género, sino también las prácticas cotidianas de cuidado a favor de la salud. Por su parte, destaco que existe otra asociación entre cuidado y cultura; esta nace del seno de la identidad nacional. Para estas personas, su identidad como nicaragüenses está determinada por varios rasgos distintivos, y el amor hacia la patria fue un elemento presente en todas y todos.

Particularmente, ser nicaragüense es igual a fortaleza, independencia, valentía, energía, buena actitud, y apoyo. ¿Suena esto coincidente? Pues claro, ya que son los mismos valores y principios que se observan dentro de la segunda representación de la salud. Observemos lo que indican las siguientes personas en relación con su identidad nacional:

Me gusta todo, mi país, haber nacido allá, nuestra cultura, todo. Nicaragüense gracias a Dios como decimos allá. Si volviera a nacer, sería nicaragüense (Participante 2 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 12 de setiembre de 2019).

Nuestro deporte es el trabajo... (Participante 6 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 10 de octubre de 2019).

Yo creo que los nicaragüenses somos muy fuertes, muy capaces, muy independientes... (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

Los nicaragüenses somos personas muy trabajadoras... (Participante 9 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 23 de octubre de 2019).

En línea con los anteriores relatos, distingo que los rasgos auto asociados al “ser

nicaragüense” influyen posteriormente en sus representaciones de la salud. Esto sugiere que el hecho de que las personas representen la salud en torno al rol del trabajo, y a la fuerza y energía, son hechos que están relacionados con su cosmovisión, y no solo con su posición social como migrantes dentro de un orden social capitalista.

Básicamente, las relaciones entre cuidado y cultura poseen forma de roles de género específicos y de rasgos auto asociados a “ser nica”. Esto se traduce en formas distintivas de concebir la propia existencia, lo cual incide sobre prácticas cotidianas, y evidentemente sobre los mecanismos para acercarse y representar a la salud. Teóricamente, esto posee validez según los postulados más elementales de Leininger, esto será profundizado dentro de poco.

Llegados a este punto, conviene sacar a la palestra el principal objetivo de la teoría de Leininger: brindar cuidados culturalmente congruentes a las poblaciones humanas. Para brindar cuidados culturalmente congruentes, es necesario primero conocer las relaciones entre cuidado y cultura, esto se sintetiza en el concepto cuidado cultural. Los cuidados culturales, implican la integración entre lo *emic* y lo *etic* a fin de entender cómo cada grupo social concibe y practica su salud, y cómo esta se puede mejorar sin incidir negativamente sobre sus estilos de vida e instituciones (Leininger y McFarland, 2006).

Cuidar, y hacerlo de una manera culturalmente congruente, supone el conocimiento de los rasgos y prácticas culturales del grupo estudiado, incluida su representación de la salud. Brindar cuidados culturalmente congruentes es posible desde tres modelos para la acción. El primero se denomina de conservación, y se orienta hacia el mantenimiento de las prácticas de cuidado culturales en pro de la salud. El segundo es el de adaptación o negociación, e implica fomentar la adaptación de las personas a entornos culturalmente distintos. El tercero, se llama reorientación o reestructuración, y significa ayudar a las personas a modificar sus estilos de vida e instituciones de maneras favorables para su salud (Leininger y McFarland, 2006).

Un hecho relevante relacionado con esto es que es posible rastrear acciones y decisiones culturalmente congruentes para el mejoramiento de la salud del grupo, a lo interno del discurso de las personas participantes. A pesar de desconocer los conceptos de la Enfermería Transcultural, para las personas migrantes nicaragüenses los cuidados culturalmente congruentes son anhelos que podrían impactar positivamente sobre sus vidas.

En términos generales, se distinguen varias acciones puntuales que según las personas nicaragüenses pueden contribuir con el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud. Dichas acciones, están basadas en sus necesidades expresas, sus modos de vida, y su posición social. A continuación, un resumen con las propuestas de mejora nacidas de la voz de las y los migrantes:

Soy nicaragüense, estoy en el parque y veo mucha gente que anda enferma y tal vez sin papel, y yo pienso, “yo que tengo seguro y no me atienden bien”, ahora la gente que anda sin nada, como debe ser para ellos, se les complica más... De hecho, desde que ven que sos de Nicaragua no les gusta (en alusión a funcionarios públicos de salud), entonces creo que lo tratan un poco diferente a uno... (Participante 1 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 9 de setiembre de 2019).

En la cuestión de pagos, no pedimos que se nos pague pues un montón, sino que se nos pague el mínimo, aunque trabajemos las 12 horas, pero que se nos reconozca el mínimo, el salario de ley (Participante 2 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 12 de setiembre de 2019).

Nos ayudarían con darnos refugio, a mí se me vence en diciembre y no sé si me van a deportar. Y si yo llego a Nicaragua me arrancan la vida (Participante 5 autoidentificado como hombre, comunicación personal, 2 de octubre de

2019).

Yo pienso que cada una de las personas nicaragüenses deberían ser como un requisito ser tratados con un psicólogo. Porque vienen con muchos traumas, lesiones emocionales, y esas lesiones vienen a traer consecuencias... (Participante 8 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 16 de octubre de 2019).

...La gente tiende mucho a burlarse o a hablar de una forma despectiva sobre los nicaragüenses, y es como que la gente tiene una conversación y “ay que el nica”, “ay perdón, vos sos nicaragüense”, y ese tipo de cosas me incomodan... en ese tipo de cosas la gente si es muy cruel (Participante 9 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 23 de octubre de 2019).

Di me gustaría que fuera un poco más libre el derecho de la salud, que, si uno se enferma que lo atiendan, porque yo siento que muchas personas le temen aquí a enfermarse, porque si uno se enferma yo me muero porque yo no voy a ir al hospital, unos porque están ilegales, si voy me pueden deportar, hay desconfianza. ¿Y que si voy a una farmacia no me venden sin receta médica, y donde la voy a encontrar? (Participante 12 autoidentificada como mujer, comunicación personal, 26 de octubre de 2019).

Los anteriores relatos, hacen referencia a las necesidades de la población migrante nicaragüense. Ellas y ellos, basados en sus vivencias, son quienes aquí proponen recomendaciones prácticas destinadas a la construcción de un país más equitativo y con mayores oportunidades para todas y todos, incluidas por supuesto las personas migrantes. Estas recomendaciones, nacen de lo *emic*, es decir, a lo interno del grupo social.

Brindar cuidados culturalmente congruentes, significa primero comprender la

posición y visión de las personas con respecto al objeto/fenómeno estudiado. Esto, para posteriormente integrarla a un marco de acciones y decisiones fundamentadas en el cuidado enfermero, o sea, en lo *etic*. Esta sinergia entre formas de cuidado - entendiendo la plasticidad y amplitud epistemológica del cuidado - se conoce a su vez como cuidado integrativo. Y el cuidado integrativo, es pilar en los tres modelos de acción definidos por Leininger para dar cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 2002; Leininger, 2006).

Ahora bien, con respecto a la posición *emic*, distingo que las personas migrantes nicaragüenses reconocen como prioritario que se les brinden condiciones de vida lo más cercanas a la igualdad. Esto se traduce en un trato adecuado y profesional en los servicios públicos de salud, en una flexibilización de los trámites migratorios y para el seguro social, en cumplimiento de las garantías laborales, en orientación con respecto a su derecho a la salud (y otros derechos humanos), en atención psicosocial especializada, y en una reducción societal del racismo (incluida la xenofobia, el sexismo y la aporofobia).

Comprendiendo la voz de las personas migrantes nicaragüenses, entendemos que elementos derivados de su red interseccional (estatus migratorio, género, nacionalidad, y cultura) dialogan con momentos y contextos específicos tales como sus antecedentes en Nicaragua, el proceso migratorio y la adaptación a Costa Rica, para dar como resultado la génesis de una representación sobre su posición social, a la que sigue una percepción sobre sus necesidades como personas y grupo poblacional.

Ahora bien, para brindar cuidados culturalmente congruentes hay que comprender a cabalidad las aristas del cuidado. Ya se establecieron los principales hallazgos en materia del cuidado como concepto inherente al ser humano y presente a lo largo de todos los grupos sociales, en este caso las personas migrantes nicaragüenses.

Llegados a este punto, comienza un análisis teórico-epistemológico en torno al cuidado, y sus relaciones con la representación de la salud y el cuidado folklórico. En línea

con la referente teórico, el objetivo final es sintetizar un marco de acciones y decisiones culturalmente congruentes que estén basadas en ambas perspectivas del cuidado y la salud humana.

Tal como se mencionó anteriormente, Madeleine Leininger define el cuidado como un conjunto de acciones y actitudes que favorecen el bienestar y los modos de vida de las personas. El cuidado como tal, está determinado por la cultura. De modo que toda práctica de cuidado es una expresión cultural *per se*. Por tanto, cuidar de forma culturalmente congruente, implica comprender la esencia de la cultura estudiada; para esto, primero es fundamental ahondar en el concepto de cultura (Leininger y McFarland, 2006).

La cultura, es un constructo social que se ha estudiado desde hace más de un siglo gracias a los aportes de las Ciencias Sociales, y en particular de la Antropología. Leininger, como enfermera y antropóloga, entiende que la cultura no se vincula exclusivamente con costumbres, tradiciones o celebraciones rituales pintorescas. No, la cultura esencialmente involucra a todo aquello que nos define como humanos; por lo tanto, el cuidado es uno de los elementos que nos hace humanos (Leininger y McFarland, 2006).

Uno de los primeros conceptos de cultura lo acuña el antropólogo Edward Tylor en 1871. Tylor, conceptualiza la cultura como un todo complejo compuesto por el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres, y otras capacidades y hábitos adquiridos por los miembros de una sociedad determinada. Esta definición, que es antigua, sirve como sustento para muchos autores subsiguientes tanto en Antropología como otras ciencias, incluida la Enfermería Transcultural (Tylor, 1871; Douglas y Pacquiao, 2010).

Por otro lado, autores como Keesing y Strathern (1998) y Helman (2007), conceptualizan a la cultura más en términos de un sistema ideacional (explícito e implícito) que guía el accionar, pensar, sentir y ser de las personas, y que subyace a sus modos de vida. Hall (1984), asimismo, propone la existencia de tres niveles de cultura, en los cuales el primer

nivel es el más profundo y estable, ya que incluye aquellas reglas y normas sociales implícitas, compartidas e invisibles.

Comprendo que la cultura sí incluye un todo complejo, tal como lo indica Tylor (1871). Por la misma razón, considero que el listado de elementos que propone el autor es limitado para comprender la cultura. Conuerdo más con Keesing y Strathern (1998) y Helman (2007) en el sentido de que la cultura es un sistema ideacional que nos guía en el día a día. Sumado a esta noción, propongo que en línea con lo aportado por Moscovici (1979), las representaciones sociales son la base de dicho sistema ideológico implícito y explícito.

Esto es clave. Ya que las representaciones sociales son el conocimiento cotidiano que nos guía y nos hace quienes somos. Distingo, las representaciones sociales sirven como materia prima para la cultura, ya que esta las toma, las moldea, las integra o desintegra, y las reproduce como esquemas de pensamiento-actuar determinados. Por ejemplo, la propia representación social sobre la cultura es un factor que determina la expresión de uno u otro rasgo cultural, y, por ende, la adquisición de una identidad y/o posición social específica.

En línea con lo que propone Hall (1984), reconozco que el primer nivel bajo el que opera la cultura (así como los demás niveles), está compuesto por múltiples representaciones sociales (interrelacionadas y subsumidas) sobre objetos, sujetos, sectores, y fenómenos sociales. Aquí se incluyen elementos como el bienestar, la felicidad, la salud y el cuidado. Es decir, las representaciones sociales son la unidad básica de la cultura.

Así, por tanto, dado que las representaciones sociales actúan como una de las unidades base que toma la cultura, llego al hallazgo de que el cuidado y la salud, son fenómenos culturales cuya expresión y vivencia se anclan a representaciones sociales aprendidas, reproducidas y legitimadas (mismas, que no necesariamente encajan dentro de lo que popular o profesionalmente se conoce por dichos términos).

En el caso de las personas migrantes nicaragüenses estudiadas, esto se aprecia en el

hecho de que su representación social de la salud se halla interconectada a una serie de otras representaciones tales como el bienestar, la tranquilidad, y la felicidad. Del mismo modo, una clara muestra de que una porción del cuidado y la salud están basados en representaciones sociales, es que para las personas nicaragüenses el cuidado simboliza acciones prácticas (no abstractas) encaminadas a la salud.

En suma, avanzando con la conceptualización de la cultura, propongo que esta es un sistema complejo, dialéctico e histórico compuesto por distintas representaciones sociales interrelacionadas acerca de objetos, sujetos, contextos, instituciones y fenómenos concretos y abstractos. Dicho así, el cuidado y la salud, se muestran como objetos y fenómenos que son representados de maneras únicas en el pensamiento y comportamiento social de cada grupo.

Así, el cuidado y la salud son componentes de la cultura cuyas representaciones están íntimamente relacionadas para las personas nicaragüenses. Salud es cuidado y cuidado es salud. Esto rima con lo que propone Leininger en el sentido de que el cuidado es también curación, el cuidado es salud, y el cuidado es bienestar. No puede existir curación sin cuidado, pero sí, cuidado sin curación (Leininger y McFarland, 2006).

El cuidado entonces es uno de los tantos elementos que componen el acervo cultural de los grupos sociales. El cuidado es una expresión cultural que varía de persona a persona, de región a región, y de colectivo a colectivo. Sin embargo, si el cuidado es un componente de la cultura, y esta está presente en toda la humanidad, ¿Por qué molestarnos en dimensionarlo como objeto de estudio de la Enfermería?

Hemos apreciado que el cuidado es un fenómeno, una representación, un objeto, y un conjunto de prácticas, ideas y actitudes que se relacionan con la salud y el bienestar de las personas en diversos contextos culturales. Basado en lo anterior, distingo que el cuidado es un concepto sumamente amplio y abstracto. Es por esto, que es fundamental bajar al concepto de su órbita. Es necesario dimensionarlo, digerirlo, hacerlo tangible, y, sobre todo, útil. Para

esto sirve la Enfermería Transcultural.

Parece cacofónico destacar que el cuidado posee una multiplicidad de conceptualizaciones, es polisémico. Aun así, a pesar de que hablamos de un fenómeno humano y cambiante, distingo que la Enfermería es la disciplina encargada de tornar aquello que es abstracto en concreto. El cuidado, desde la mirada enfermera, involucra acciones, ideas y actitudes puntuales, y sobre todo cotidianas; esta idea es medular.

La cultura es un concepto que al igual que la salud y el cuidado, es abstracto y parece lejano para algunas personas. Por esto, sostengo que, como enfermeros y enfermeras, cuidar a las diferentes poblaciones, significa no solo desarrollar la competencia cultural, sino ahondar y profundizar sobre sus modos de vida. El cuidado está relacionado con la salud, el bienestar, la curación y el afrontamiento de la muerte, todos estos son elementos cotidianos a los que se enfrentan las personas (Leininger y McFarland, 2006; Blanchet y Pepin, 2014).

Es por lo anterior, que, al dimensionar el cuidado como objeto epistemológico, se debe anclar su significación más a los escenarios del día a día en los que yacen insertas las poblaciones, y no tanto a macro intervenciones idealizadas o paternalistas. Esto implica la comprensión del orden social capitalista, los procesos migratorios, la adaptación a países huésped, y las representaciones sociales en torno a la salud en el caso de las personas migrantes nicaragüenses.

En síntesis, defiendo que el cuidado es tanto un fenómeno humano cultural como un objeto representacional amplio y abstracto. Es por la propia naturaleza del cuidado, que muchas veces las y los enfermeros desconocen cómo cuidar, con base a qué hacerlo, y para qué hacerlo. En esta línea, propongo que cuidar a las distintas poblaciones que habitan el globo significa sí o sí interesarse sobre sus modos de vida, su posición social, su día a día, y sus representaciones sociales sobre distintos elementos, tal como la salud (incluidas sus respectivas asociaciones con otros fenómenos tal como observado en las personas

nicaragüenses).

No es posible cuidar a las diferentes poblaciones si se utilizan marcos referenciales rígidos y cuasi-estáticos. No es posible cuidar si no se entiende que el cuidado es plástico, que tiene múltiples formas y expresiones. Es por estos motivos, que, al pensar en una Enfermería Global, la mejor forma de cuidar radica en la comprensión y actuación sobre los modos de vida de las personas. Mismas, que están insertas en dinámicas históricas, preestablecidas, sometidas a periodos de crisis y de prosperidad.

El cuidado, en suma, es nuestro objeto de estudio en la Enfermería. La mejor forma de cuidar a las poblaciones humanas es pensar en términos cotidianos; términos idénticos bajo los cuales operan las representaciones sociales. Si se piensa en cómo incidir favorable y adaptativamente sobre el día a día de las personas, las intervenciones serán más eficaces, más duraderas, más costo-efectivas, y más valoradas por los individuos y las instituciones. A esto se suma que cuidar no solo requiere de una mirada cotidiana; este necesita de la integración entre lo *etic* y *emic*.

Por todo lo anterior, desde este análisis propongo que el cuidado nace de la sinergia entre las acciones, pensamientos y actitudes de las personas en sus cotidianidades, y el abordaje profesional de la Enfermería sobre los modos de vida. Integrando ambas posiciones es posible brindar cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 2002; Leininger, 2006).

En contextos en donde los conflictos culturales y políticos, las inequidades, las epidemias y los desplazamientos masivos son crecientes, esta integración entre los cuidados culturales y los cuidados profesionales de Enfermería es fundamental. El objetivo de esta integración no es otro que la utilidad, alcance y validez de las intervenciones. De hecho, de esta premisa parte la Enfermería Transcultural (Leininger y McFarland, 2006; White y Zaccagnini, 2017; Keyes y Galea, 2016; Escobar y Paravic-Klijn, 2017).

En este contexto, brindar cuidados culturalmente congruentes a las personas

migrantes nicaragüenses en Costa Rica, implica conocer su red interseccional y sus representaciones sobre la salud, en primer lugar. Esto conduce a una profundización sobre sus necesidades expresadas en términos de empleo, seguridad social, documentación migratoria, derecho a la salud, y orientación y adaptación en el nuevo país.

Estos tópicos, nacen de la voz de ellas y ellos. El objetivo, tal como se relató anteriormente, es tomar dichas acciones, y traducirlas en mejores prácticas políticas, de salud y de desarrollo a través del lente enfermero. Eso, es cuidar bajo estándares culturalmente congruentes. De este modo, se integran las representaciones sociales de la salud con el cuidado de las poblaciones. Las representaciones sociales brindan subsidios importantes para comprender las necesidades de las personas, y por ende las mejores formas de cuidar.

Pero entonces, ¿Cómo se cuida de manera culturalmente congruente? y ¿Cuáles son las acciones y decisiones transculturales resultantes de la sinergia entre lo *emic* (población migrante nicaragüense) y lo *etic* (Enfermería)? Para dar respuesta a estas interrogantes, sirven de base los tres modelos de acción/decisión culturalmente congruentes. A estos se suman los 9 campos de acción propuestos por Douglas *et al* (2014) para la práctica de cuidados culturalmente congruentes (Leininger y McFarland, 2006).

Douglas *et al* (2014) definen que para cuidar, y hacerlo de una manera transcultural, es necesario incluir en el arsenal de intervenciones, acciones como el conocimiento de las culturas, la educación y entrenamiento transcultural, procesos de reflexión crítica, la comunicación transcultural, prácticas culturalmente competentes, la competencia cultural dentro de los sistemas de salud y las organizaciones, el empoderamiento y la defensa de las personas, la fuerza de trabajo multicultural, el liderazgo transcultural, y la práctica e investigación basada en evidencia.

Para efectos de orden con respecto a las siguientes propuestas culturalmente congruentes para garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes, estas se ordenan

según los tres modelos de acción/decisión de Leininger. De la misma manera, cada propuesta de acción está fundamentada implícitamente en los 9 campos de acción de Douglas *et al* (2014).

En primer lugar, cabe recordar que los tres modelos de acción definidos por Leininger y McFarland (2006) incluyen la Conservación, la Adaptación y la Reestructuración. Dicho así, es importante recapitular que la salud en las personas migrantes nicaragüenses se construye según elementos como la paz, el trabajo, el acceso a recursos básicos, la familia, y el cuidado.

Del mismo modo, las personas nicaragüenses analizadas, reconocieron que las acciones que mejorarían sus condiciones de vida y salud se vinculan principalmente con el reconocimiento de garantías laborales, la flexibilización de trámites migratorios y del seguro social, un mejor trato en los servicios de salud, la reducción del racismo a nivel societal, y el acceso a atención psicosocial.

Obsérvese aquí, como la representación social de la salud es la que determina las principales necesidades auto percibidas. De hecho, es posible apreciar asociaciones entre los elementos que están presentes en la concepción de salud y en las acciones que las personas describen como potencialmente beneficiosas.

Ahora bien, en términos de conservación, una acción de cuidado culturalmente congruente radica en fomentar entre las personas migrantes nicaragüenses el establecimiento de lazos y redes de apoyo con otros nicaragüenses. A esto se suma, el incentivar la coordinación y participación en festividades nicaragüenses en suelo de Costa Rica. Ambas acciones, dotan a la persona nicaragüense de un espacio de libre expresión, lo cual contribuye con su estabilidad psicoemocional, y consecuentemente con salud.

Estas prácticas fueron halladas en las personas nicaragüenses que asisten al Parque de La Merced. Por tanto, una acción de cuidado culturalmente congruente es concientizar a

la población nicaragüense de que ciertas prácticas que han naturalizado (y que se vinculan con su representación social de la familia y su identidad nacional) son realmente beneficiosas para su salud, por lo cual se deben seguir practicando, y reproduciendo entre las generaciones.

De forma similar, la conservación no solo se expresa en estas prácticas. El enfermero o enfermera, debe servir como mediador en estos procesos; es decir, servir como líder transcultural. El profesional de Enfermería se propone como una figura destinada a promover la conservación de ciertas creencias sobre la salud en la población nicaragüense, tales como la que vincula a la salud con sitios pacíficos, estables y democráticos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2019; Douglas *et al*, 2014).

Promover la idea entre la población nicaragüense de que su salud es representada en torno a la paz, la estabilidad y la tranquilidad, significa avanzar en el reconocimiento de ellas y ellos como personas pacíficas, y contribuyentes de la sociedad. Asimismo, difundir estos conocimientos significa una oportunidad para las personas nicaragüenses para empoderarse y participar más visiblemente en la sociedad costarricense. Acciones de este tipo se realizarían en coordinación con asociaciones de la sociedad civil en temas de personas migrantes, e instituciones públicas como el IMAS, la CCSS y el Ministerio de Salud.

Por otra parte, dentro de las acciones de cuidado vinculadas con la Adaptación, se destacan varias. Queda en evidencia que un gran fantasma al que se enfrentan las personas migrantes nicaragüenses al venir a Costa Rica es la desorientación y el desconocimiento. En este sentido, una acción culturalmente congruente se establece en tanto los enfermeros y enfermeras sirvan como orientadores en términos de derecho a la salud, funcionamiento de los trámites migratorios y del seguro social, y garantías laborales.

Orientar a la población migrante nicaragüense significa empoderarles y acercarles más a un estado de conocimiento en donde puedan exigir y vivir sus derechos humanos. Una orientación transcultural como la que se propone incide sobre la tranquilidad, la estabilidad

y la seguridad de la persona nicaragüense, esto debido a que acaba con la incertidumbre sobre la enorme cantidad de trámites y nuevas reglas del sistema al que se enfrenta. La articulación interinstitucional, una vez más es fundamental. Dirección General de Migración y Extranjería, Defensoría de los Habitantes, y universidades públicas, son entidades clave para esta acción.

Muy en relación con esto, avanzar hacia acciones y decisiones de cuidado basadas en la transculturalidad, significa también transformar el panorama social, político y legal. Aquí se enlistan las acciones de Reestructuración en distintas áreas de relevancia, tales como sector salud, empleo, pobreza, y derechos humanos.

En primer lugar, y sin ánimos de idealizar a la población, es necesario reconocer que las personas migrantes nicaragüenses se enfrentan a inequidades en Costa Rica. Cuidar, y hacerlo de una manera culturalmente congruente, implica formular, desarrollar y evaluar intervenciones intersectoriales e interinstitucionales basadas en derechos humanos. Es decir, la equidad es lo que se persigue básicamente. Por estos motivos, tomando como base las áreas de acción aportadas por las personas nicaragüenses como prioritarias de mejorar, propongo los siguientes cuidados culturales.

A lo interno de los servicios de salud, destaco que, si el profesional de Enfermería desea cuidar de una manera adecuada, científica y eficaz a las poblaciones migrantes, debe hacerlo basado en el Proceso de Enfermería como estrategia metodológica clave. Dentro del Proceso de Enfermería, la competencia cultural es fundamental (Escobar y Paravic-Klijn, 2017; Castrillón, 2015; Braithwaite y Lemonde, 2017; Caplan *et al*, 2013).

Dicho así, una acción de cuidado culturalmente congruente radica en comprender los modos de vida a los que se enfrentan las personas migrantes para así poder dar respuesta de maneras más humanas y transculturales. Esta medida, contribuye con el mejoramiento de la experiencia de las personas migrantes dentro de los servicios de salud de Costa Rica (y a

nivel mundial), la cual no ha sido favorable históricamente (Pardo, 2015; Voorend, 2017; Voorend, 2019; Hall y Cuellar, 2016).

No obstante, el tema de los servicios de salud es amplio. Una vez más, propongo que la orientación con respecto al sistema de salud es clave para cuidar de una manera culturalmente congruente a poblaciones de migrantes vulnerabilizados, no solo nicaragüenses. Esto debido a que la persona que migra, lo hace generalmente en una posición de desconocimiento acerca del nuevo país y su ordenamiento institucional, llegando a creer en ocasiones que no tiene derecho a la salud (lo cual es falso según la legislación costarricense). La capacitación y sensibilización de los funcionarios de los servicios públicos de salud en temáticas relacionadas con derecho a la salud, derechos de los migrantes, y atención humanizada también contribuye con el panorama (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2018; CENDEROS, 2019).

Otras acciones culturalmente congruentes, se basan en la comprensión de los modos de vida y la posición social de las personas migrantes. Así, la adecuación de trámites propios de los servicios públicos de salud a las poblaciones migrantes puede contribuir con garantizar su derecho a la salud. Garantizar el derecho a la salud, se logra si se cuida de manera culturalmente congruente.

Hablo de horarios de atención más flexibles, citas de atención clínica virtuales (telemedicina), sistemas abiertos para el acceso a medicamentos esenciales, divulgación de los derechos de las personas migrantes a través de plataformas amigables, cobertura sanitaria de poblaciones interfronterizas basada en cooperación internacional, modelos comunitarios en la producción social de la salud, coordinación con Organizaciones No Gubernamentales para personas migrantes y programas de análisis de la cobertura de vacunación para migrantes. Instituciones como la CCSS y el Ministerio de Salud - basadas en sus competencias y en la normativa vigente - son clave en estas acciones, así como lo son los

profesionales de Enfermería.

Por otra parte, una de las principales acciones de cuidados culturalmente congruentes, y que está basada en la visión y necesidades de las personas investigadas, se vincula con el empleo. Dicho así, el empleo se visualiza como una actividad central dentro de la construcción social de la salud del grupo. Avanzar hacia cuidados transculturales, significa desarrollar acciones en este campo.

En el tema del trabajo, visualizado como pilar de la adaptación al entorno costarricense el principal reto que enfrenta el país es el cumplimiento de la normativa vigente en materia de garantías y derechos laborales. En este sentido, y derivado del II Plan Nacional de Integración (2018-2022), propongo que la sensibilización de los patronos en temas migratorios y de derechos humanos, es una estrategia que puede apoyar en su seguimiento de las normas. Para esto, el enfermero/a debe servir como facilitador del proceso, ya que comprende las vivencias y representaciones sobre la salud y el cuidado de las poblaciones migrantes (Dirección General de Migración y Extranjería, 2017).

El no cumplimiento de las garantías laborales es un flagelo que afecta a muchas y muchos migrantes nicaragüenses, esto por la falta de controles que existen a lo interno de las entidades privadas de contratación. Por este motivo, una acción de cuidados culturales consiste en el establecimiento de mayores controles y vigilancia dirigida hacia los patronos de empresas privadas o sectores informales de la economía. Esto dado a que se comprende la relevancia que posee el empleo en la adaptación, y consecuentemente en la salud y bienestar de la población.

Otra acción basada en la adaptación, y destinada a brindar cuidados culturalmente congruentes, es el combate de la pobreza y la inequidad. Desde un posicionamiento transcultural, se comprende que un sector de las personas migrantes nicaragüenses se ha enfrentado a inequidades en su paso por Costa Rica. Su posición social como personas

migrantes, sumado a su red interseccional, son elementos que detonan en la reproducción de círculos de pobreza. Como enfermeros y enfermeras, cuidar transculturalmente significa entender que el ser migrante, es una condición que hace vulnerables a muchas personas.

Por tanto, aprovechando la Plataforma de Mapas Sociales de la estrategia Puente al Desarrollo, se puede llevar a cabo una asociación entre las zonas más vulnerabilizadas y variables como la nacionalidad y el estatus migratorio a fin de comprender cómo están distribuidas las familias migrantes en condición de pobreza. Esto se fundamenta en que, en el documento de la estrategia, no se incluye como variable de análisis a los grupos de personas migrantes (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2015).

A su vez, y posterior al mapeo de las zonas en donde se hallan más concentrados los grupos de personas migrantes vulnerabilizadas, es fundamental asociar dicha distribución con los elementos que sí contempla la Plataforma. Aun así, la inclusión de variables relevantes, pero no incluidas, es un punto de mejora. Tales son, el nivel de aseguramiento de las personas, acceso a agua potable, y morbilidad. Esto permite profundizar en las dimensiones prioritarias por trabajar con las poblaciones migrantes vulnerabilizadas; al tiempo que se aumenta la especificidad y cobertura de las atenciones de la estrategia Puente al Desarrollo.

Por último, otra de las acciones de cuidado culturalmente congruentes que ayudaría en la reestructuración de las condiciones de vida y salud de las y los migrantes nicaragüenses, esta vez más desde la participación e incidencia política, se fundamenta en el aumento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil de personas migrantes en el Consejo Nacional de Migración.

Una mayor participación, se traduce en mayor representatividad y visibilidad de las necesidades de la población migrante (en particular de las personas nicaragüenses que corresponden al mayor grupo migratorio del país), esto a su vez significa intervenciones y

cuidados culturalmente congruentes. Las políticas migratorias usualmente han sido verticales, es tarea de las y los enfermeros, intervenir en pro de su horizontalización. En la siguiente tabla, se resumen las principales recomendaciones dirigidas a instituciones para el abordaje de las personas migrantes, y de la migración.

**Tabla 1.**

Recomendaciones transculturales para el abordaje de las personas migrantes dirigidas a instituciones de Costa Rica. Autoría propia.

| Recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Institución                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar el marco de acciones rectoras destinadas a garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes.</li> <li>2. Coordinar junto con ONGs y comunidades, acciones conjuntas en favor del derecho a la salud de las poblaciones migrantes.</li> <li>3. Gestionar, en conjunto con los demás Ministerios de Salud de América Central, la creación de un sistema de información en salud enfocado en poblaciones migrantes internacionales. Desde cobertura de vacunación, acceso a servicios de salud, y prevalencia de enfermedades crónicas, son temas relevantes por visibilizar.</li> <li>4. Gestionar, en conjunto con organismos internacionales y países de la región, el acceso a medicamentos esenciales dirigidos a poblaciones migrantes internacionales vulnerabilizadas.</li> </ol> | Ministerio de Salud                                       |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formular adaptaciones en los procesos de atención clínica dirigidos a la población migrante usuaria de los servicios de salud. Esto contemplando sus necesidades y modos de vida.</li> <li>2. Sensibilizar al personal de salud, administrativo y de apoyo en temáticas relacionadas con migración y salud, y derechos de las personas migrantes. Esto con un enfoque transcultural.</li> <li>3. Servir, a través de los EBAIS, como sitios de orientación para migrantes en temas como uso de los servicios de salud, y derechos y deberes asociados a las personas migrantes en Costa Rica.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                 | Caja Costarricense del Seguro Social                      |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar la participación de las personas migrantes y de las ONGs en el Consejo Nacional de Migración.</li> <li>2. Coordinar junto con el Ministerio de Salud, los gobiernos locales y las ONGs, acciones en favor del derecho a la salud de las personas migrantes.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dirección General de Migración y Extranjería              |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer los canales de comunicación con las personas migrantes a fin de fomentar un correcto entendimiento de los derechos y deberes de los migrantes en Costa Rica.</li> <li>2. Articularse con Ministerio de Salud y CCSS a fin de gestionar acciones para favorecer la Salud Mental de las personas migrantes.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Organizaciones No Gubernamentales para personas migrantes |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Asociar (por medio de la Plataforma de Mapas Sociales) las zonas más vulnerabilizadas del país con variables como la nacionalidad y el estatus migratorio a fin de formular estrategias de reducción de la pobreza con enfoque territorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Instituto Mixto de Ayuda Social |
| 1. Gestionar procesos de control sobre el cumplimiento de garantías laborales. Esto enfocado a empresas privadas empleadoras de población migrante internacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ministerio de Trabajo           |
| 1. Analizar, en conjunto con los demás países de la región, las necesidades educativas de la población migrante vulnerabilizada a fin de gestionar estrategias prácticas que favorezcan la movilidad social de estos grupos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ministerio de Educación Pública |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar, junto con las demás universidades centroamericanas, investigaciones transdisciplinarias de relevancia social a fin de comprender las condiciones de vida y salud de los diversos grupos de personas migrantes en la región.</li> <li>2. Fortalecer la formación académica de las y los estudiantes de Ciencias de la Salud, en temáticas transculturales.</li> <li>3. Aliarse junto con ONGs y comunidades para personas migrantes a fin de gestionar más proyectos de acción social. Un tema relevante dentro de estas iniciativas sería la Salud Mental de las personas migrantes.</li> <li>4. Difundir las últimas investigaciones en la temática a fin de incidir sobre la disminución del racismo entre la sociedad civil, las instituciones y los medios de comunicación.</li> </ol> | Universidades públicas          |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Articularse junto con Ministerio de Salud, ONGs y Dirección General de Migración y Extranjería a fin de servir como unidades de ejecución de las nuevas directrices para el derecho a la salud de las personas migrantes.</li> <li>2. Coordinar junto con los EBAIS (en los cantones con mayor cantidad de población migrante vulnerabilizada) procesos de orientación dirigidos hacia las personas migrantes. Esto en temas como el entendimiento básico de las instituciones del país, y los derechos y deberes asociados al ser migrante en Costa Rica.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                 | Gobiernos locales               |

Obsérvese cómo del seno del proceso representacional, surgen una gran cantidad de recomendaciones y acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas migrantes nicaragüenses. El rol del profesional de Enfermería en la dinámica migratoria debe ser de carácter integrativo y creativo, dadas las implicaciones de la ciencia enfermera.

Todas las acciones, ideas y propuestas anteriores, tienen como objetivo contribuir con sociedades centroamericanas más equitativas. Así bien, derivado de este análisis, y en línea

con lo que propone el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Organización Internacional para las Migraciones en términos de derecho a la salud en personas migrantes, propongo el siguiente esquema que resume el marco de acciones ideales en pro de garantizar el derecho a la salud de las poblaciones de migrantes internacionales vulnerabilizados en Costa Rica (OIM, 2019; Ministerio de Salud, 2015).

**Figura 15.**

*Acciones y principios clave en el marco de la garantía del derecho a la salud en poblaciones migrantes vulnerables en Costa Rica (basado en la teoría de Enfermería Transcultural).*

Autoría propia.



Considero que facilitar el derecho a la salud en las poblaciones migrantes internacionales se amplía a prácticas como la investigación académica en temas referentes a

migración y salud (y las muchas otras temáticas subsumidas en el panorama), la inclusión y participación de las personas migrantes en la formulación de políticas públicas, el acompañamiento y orientación en documentación migratoria y de seguridad social, enfoques territoriales de intervención en vivienda, pobreza y desarrollo socioeconómico, protección de las garantías laborales, abordaje transcultural en los servicios de salud, y mayor acceso a educación.

Así bien, un aspecto fundamental en esta propuesta radica en el reconocimiento de las particularidades de cada grupo de personas migrantes. Se coloca “migrantes internacionales vulnerabilizados” como medida para ampliar el rango de acciones a poblaciones no únicamente de nicaragüenses que se enfrentan a condiciones complejas en su paso por Costa Rica. Esto, a raíz de marcadores sociales de diferenciación puntuales como el estatus migratorio, la nacionalidad, el color de piel, el acento, y una posición socioeconómica desfavorable.

Intervenir a favor de las personas migrantes nicaragüenses, incidirá sí o sí sobre otras poblaciones vulnerabilizadas que usualmente comparten contextos y condiciones de vida. El caso de las comunidades urbano-periféricas es muestra de ello. Agregado a esto, es necesario destacar que este esquema es un acercamiento únicamente. Mismo, que parte de la integración entre varios conceptos y principios centrales (nacidos del trabajo de campo y nutridos por la teoría) destinados a para facilitar el derecho a la salud de las personas migrantes internacionales vulnerabilizadas en Costa Rica.

No obstante, para generar una propuesta más robusta, amplia e impactante, queda claro que es necesario integrar hallazgos de otras poblaciones de migrantes en el país. No es posible abordar un fenómeno tan complejo como las relaciones entre migración y salud, bajo la mirada de una sola población. Queda pendiente para futuros esquemas, la articulación con grupos como la comunidad asiática, de los demás países de Centroamérica, e incluso de

personas africanas que periódicamente transitan por el país en busca de mejores condiciones de vida para sí y sus familias.

Asimismo, otro aspecto medular de esta discusión es el reconocimiento de la regionalidad del fenómeno. Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala, y Panamá comparten ciertos rasgos político-económicos clave. Tal como lo destaca Pérez (2018), la historia de Centroamérica comparte muchas similitudes que se perpetúan a lo largo de la historia, y que continúan en la actualidad.

Propongo como necesario, desvincular a Costa Rica de imaginarios nacionalistas idealizados. Centroamérica es una región diversa, sí. Pero las soluciones a fenómenos tan impactantes sobre nuestras realidades como el de la migración forzada y las violaciones a los derechos humanos de las personas que migran, se deben plantear desde un enfoque integrado entre las naciones. El diálogo regional, es central.

Para esto, se deben aprovechar plataformas de integración regional como la del Sistema de Integración Centroamericana, la Secretaría de Integración Económica Centroamericana, el Banco Centroamericano de Integración Económica, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, y la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes y sus Familias Centroamérica y México.

En este sentido, propongo dos pilares dentro de las discusiones a nivel centroamericano. Uno, la generación de mecanismos integrados para la instrumentalización y medición de las políticas regionales, nacionales y locales en migración. Es decir, fomentar la integración entre los marcos normativos regionales y propios de cada país. Y dos, la reducción de las barreras institucionales en el acceso a la salud para las personas migrantes; esto por medio de estrategias prácticas flexibles y cómodas basadas en el reconocimiento de los modos de vida de las y los migrantes.

Son ejemplos del segundo punto, la adecuación de campañas regionales en salud

(gestadas por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana) a las necesidades de las personas migrantes centroamericanas. Estas campañas, deben ser sostenibles en el tiempo, y contar con instrumentos de medición de los resultados que sean adecuados a las realidades en cuestión.

Asimismo, otras acciones por fortalecer desde la institucionalidad regional son la colaboración interfronteriza para la atención en salud de las personas migrantes, un sistema regional de acceso a la salud con la portabilidad del seguro social y el expediente de salud, y mejores sistemas de información en salud y demás variables asociadas. El punto central, es contribuir con un mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las personas migrantes.

No obstante, debo reconocer que estas son medidas incompletas. Y me refiero a incompletas en el sentido de que los motivos subyacentes a la migración - y a la vulnerabilización de un sector de las personas migrantes-, son de índole estructural y regional. Ya que, involucran la estabilidad de los sistemas políticos, la generación y distribución equitativa de los recursos, y la creación de entornos pacíficos y libres de violencia armada.

Es, hasta que se gesten avances en estos campos, que se puede hablar de un proceso completo de abordaje de la problemática. Las acciones en salud deben ir siempre en paralelo a reformas estructurales en áreas no vinculadas explícitamente, pero sí implícitamente, con la salud. Fenómenos regionales requieren de diálogo, integración, cooperación y acciones regionales. Estas acciones, se gestan desde la regionalidad, pero deben adaptarse a las diferentes realidades sociales de cada país y localidad.

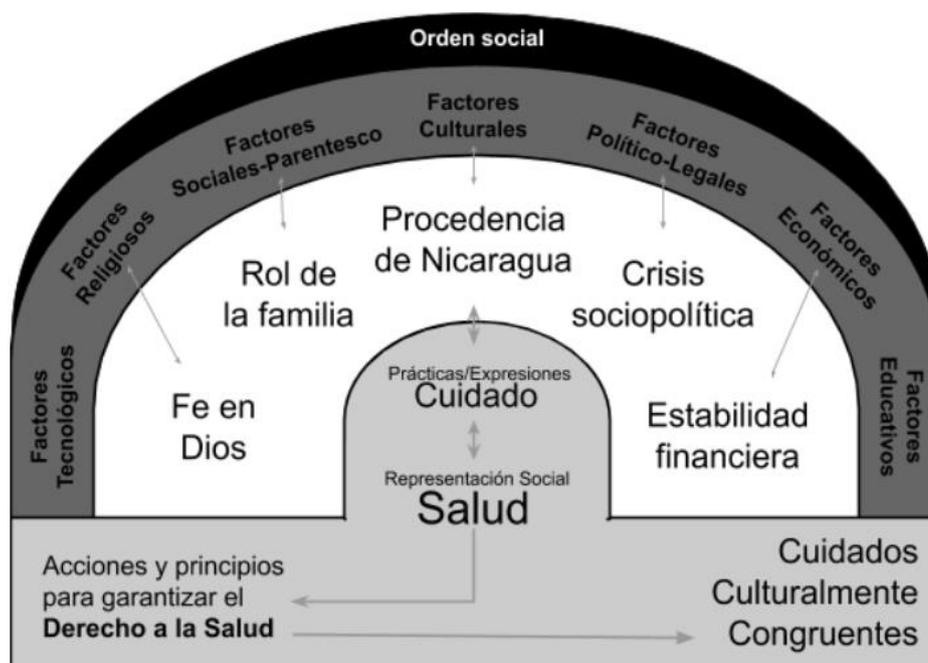
En síntesis, el cuidado es un fenómeno, objeto y representación que se halla vinculado directamente con la salud. Ambos, salud y cuidado, son componentes de la cultura. Cuidar de manera culturalmente congruente significa entender los antecedentes, la cotidianidad, y los modos de vida de los grupos humanos, esto para avanzar hacia acciones y decisiones

integrativas que contemplen posicionamientos *emic* y *etic*.

En el caso de las personas migrantes nicaragüenses, las acciones y decisiones culturalmente congruentes aquí explicitadas, se derivan tanto de su voz como del análisis teórico enfermero. De esta manera, las principales áreas en las que se debe trabajar a fin de garantizar el derecho a la salud son las garantías laborales, el acceso a servicios de salud, la documentación migratoria y para la seguridad social, y la disminución del racismo a nivel societal. Todos los anteriores hallazgos nacidos del análisis transcultural se resumen en el siguiente esquema:

**Figura 16.**

*Formulación de cuidados culturalmente congruentes basados en el caso de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica. Autoría propia.*



# VI

## Consideraciones Finales

## Consideraciones Finales

Las respuestas a las particularidades y problemáticas asociadas a un fenómeno tan complejo como la migración están en la voz de las propias personas migrantes. Articular sus voces, vivencias, pensamientos y realidades con los escenarios de toma de decisiones, los medios de comunicación y la academia, es una urgencia en la actualidad.

Destaco, en este sentido, que los hallazgos e ideas explicitadas a lo largo de esta investigación, son apenas la punta del iceberg. Detrás de las frases, imágenes, ideas y representaciones aquí explicitadas, subyacen una multiplicidad inconmensurable de dinámicas vinculadas a las realidades de las personas migrantes nicaragüenses.

Hago referencia a que comprender cómo mejorar las condiciones de vida y salud de las personas migrantes en la región centroamericana (y en el mundo), es una tarea ardua y compleja que requiere de estudios más prolongados, transdisciplinarios, y con una mayor cantidad y diversidad de población participante. Aun así, debo reconocer también, que esta investigación se posiciona como un acercamiento orientado hacia la nutrición del acervo de conocimientos y prácticas que rodean a la migración y a las personas migrantes en Costa Rica, y América Central.

A lo largo del estudio, se confirmó que la salud es un constructo social con implicaciones cotidianas, que es subjetiva, y que está supeditada a la adaptación al entorno, a las realidades sociales, y a los distintos marcadores sociales de diferenciación. En el caso de las personas migrantes nicaragüenses, la salud posee dos connotaciones, y varias manifestaciones tangibles.

El primer concepto representacional, hace referencia a esta como una fuerza y energía físico-mental que colabora en el afrontamiento del diario vivir. Mantenerse fuerte y con energía, permite a un sector de las personas nicaragüenses laborar, ganar dinero, y satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia. Esto es salud.

Por otro lado, y muy en relación con esta representación, la salud se idealiza como una sensación futura cargada de tranquilidad, estabilidad y seguridad. Esto se alcanza, en tanto la persona se encuentre cerca de su familia, generando ingresos monetarios, en entornos pacíficos, y sin enfermedades discapacitantes. La salud para este grupo está en la misma nube semántica que fenómenos tan abstractos como la felicidad, la prosperidad, los sueños personales y el bienestar.

Así entonces, concluyo que la salud para las personas migrantes se fundamenta en sensaciones cotidianas que tienen implicaciones pasadas, presentes y futuras. Esta es la objetivación de la salud. Estas representaciones, nacen, se consolidan y se transforman según tres momentos clave. Uno, sus antecedentes en Nicaragua; dos, el proceso migratorio; y tres, la adaptación a Costa Rica, y el retorno (o no) a casa.

Sobre las vivencias de las personas en su país, se distingue que la familia es un pilar de sus realidades. La familia es el foco de las atenciones de las personas migrantes nicaragüenses analizadas. El gobierno y el panorama socioeconómico son los macroelementos que sirven como bases principales en la génesis de sus representaciones sobre la salud.

Escapar de la inestabilidad política, la violencia, y la escasez financiera, son urgencias para un gran sector de las personas migrantes nicaragüenses que vienen a Costa Rica. Por eso se migra. Se migra para buscar estabilidad, paz, oportunidades laborales, y prosperidad económica para la familia. Se migra para acercarse a la salud, y alejarse del malestar.

Una vez que las personas llegan a Costa Rica, deben enfrentarse a un nuevo país, nuevos entornos, nuevas personas, y nuevas condiciones de vida. Dicho así, para muchas personas nicaragüenses, la lejanía con su país y su familia es el aspecto menos disfrutable de su tránsito por Costa Rica. No obstante, esto no es un limitante. Las personas nicaragüenses tienen sus objetivos y metas muy claras. El trabajo, es la herramienta número uno para

alcanzarlos.

Siguiendo esta secuencia, en su paso por Costa Rica, la persona nicaragüense se ve frente a un dilema crucial. Quedarse o volver. En Nicaragua, está su casa, su gente, su familia, su vida. Pero en la actualidad, hay conflictos sociopolíticos e inestabilidad económica. Mientras que, en Costa Rica, hay relativa calma en el ambiente social y político, y hay más oportunidades laborales (según su percepción). Pero, se está lejos de su patria. La decisión, está en cada persona. Algunas/os se quedan y deciden construir su vida aquí; otros/as, regresan a su país, con su gente.

La salud como representación con dos variantes conexas, bebe de estos tres escenarios. Se formula originalmente en Nicaragua, en donde el entorno político-económico, y el significado de la familia y el trabajo, desembocan en actitudes e ideas orientadas hacia la búsqueda de ambientes de paz, estabilidad y seguridad. Dichas condiciones, la persona las vincula con su bien y el de su familia; es decir, con su salud.

Es en gran medida por estas razones, que la migración hacia Costa Rica es una decisión que favorece el bienestar de las personas nicaragüenses y sus familias. Se migra con la idea de acceder a contextos pacíficos, estables y seguros. Esto indica que la persona emigra porque su representación de la salud y el bienestar encaja perfectamente con su representación sobre Costa Rica (y viceversa). País, que se percibe en su mente como democrático, libre, y con más y mejores empleos.

Así entonces, las dos representaciones sobre la salud se fundamentan en los antecedentes en Nicaragua, y se complementan con los estímulos y condiciones (y la significación de estos) a los que se enfrenta la persona en Costa Rica. El trabajo y la familia son visualizados por las personas migrantes como un motor para la subsistencia y el centro de sus vidas, respectivamente. La diferencia con el panorama nicaragüense es que, en Costa Rica, el trabajo funciona como medio para adaptarse al entorno, y la familia está lejos.

Esto nos conduce a que la representación de la salud en las personas migrantes nicaragüenses se origina, consolida y transforma en tres momentos específicos (antecedentes en Nicaragua, proceso migratorio y adaptación a Costa Rica), y se significa según la subjetividad y la red interseccional de cada persona. Este, es el anclaje de la salud.

Teniendo claro que la salud posee dos componentes representacionales, y que surge y se transforma en momentos y condiciones precisas, es posible avanzar hacia un entendimiento más profundo de las acciones medulares para garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes nicaragüenses, y en la región centroamericana.

El pensamiento enfermero y transcultural, nos permiten guiarnos en esta dirección. Por medio de esta investigación, se concluye que el cuidado y la salud, son elementos que yacen insertos y subsumidos en los modos de vida de las personas. Por tal motivo, las acciones y decisiones de cuidados culturalmente congruentes para favorecer la salud de los grupos migrantes deben estar enfocadas en la cotidianidad.

¿Y por qué en la cotidianidad?, ¿Por qué basar decisiones políticas y económicas en los modos de vida de las y los migrantes? La respuesta es clara. Las instituciones, actores y sectores sociales que formulan, ejecutan y evalúan acciones para el bien común, deben partir del hecho de que el sentido común es quien gobierna la vida de sus poblaciones meta.

Por tal motivo, pensar en mejores condiciones de vida y salud para las poblaciones migrantes en Costa Rica, requiere de un posicionamiento que tome como piedra angular a la cotidianidad de las personas, su día a día. En el caso de las y los nicaragüenses, la Enfermería Transcultural nos permite comprender que el proceso migratorio, la función del trabajo, el significado de la familia, y el conocimiento y orientación dentro del sistema institucional costarricense, son elementos relevantes dentro de su día a día. Propongo a estos elementos como descubrimientos puestos a disposición del bien común.

Es por estas razones, que recomiendo varias acciones concretas. En términos

sintéticos, es necesario pensar la migración en Costa Rica primero desde la Enfermería y segundo desde la regionalidad. Las decisiones político-económico-sanitarias, en aras a impactar positivamente sobre las poblaciones migrantes, deben formularse conjuntamente entre gobiernos, universidades, ONGs, medios de comunicación, y demás instituciones del área. Fenómenos regionales, requieren diálogo regional.

Igualmente, destaco que la integración entre instituciones, sectores y actores es fundamental. En la realidad, las diferentes esferas están subsumidas y unidas las unas con las otras. Y la migración, no es la excepción. Dicho así, definiendo que pensar en sociedades más equitativas, conscientes, y sustentables, requiere de una real, práctica y medible integración entre las partes que la componen.

El Plan Nacional de Integración para el abordaje de la migración, es fiel reflejo de esto. Sostengo que, en iniciativas como esta, y en otras a nivel regional, actores como los medios de comunicación, la academia, y las organizaciones no gubernamentales, deben jugar roles más activos e influyentes de los que ya juegan. Para esto, es vital que las y los representantes de estos sectores, participen más en espacios de toma de decisiones.

Agregado a esto, en términos de producción y gestión del conocimiento, es aún tarea pendiente generar investigaciones cada vez más incidentes sobre el panorama social. La divulgación de los últimos hallazgos en estudios de relevancia social como este es un paso vital en pro de la disminución del racismo, y la exclusión social hacia las poblaciones de migrantes vulnerabilizados.

Una plataforma esencial para lograr un mayor alcance y acceso a información confiable y transformadora, son los medios de comunicación. Para esto, recomiendo que enfermeros y enfermeras, y demás personas interesadas y apasionadas por la temática en la región, se posicionen en vehículos de comunicación, tales como la redacción de artículos de medios, los programas de radio, las entrevistas temáticas, y la educación por medio de redes

sociales. El mundo está conectado por la comunicación; la comunicación, sirve para transformar el mundo.

Y esto me lleva al punto final de las consideraciones finales. Estamos frente a tiempos difíciles, la pandemia por COVID-19 ha sacado a la luz muchas problemáticas que por años han sido silenciadas y olvidadas. Una de ellas, es la etnofobia y el racismo hacia las poblaciones de migrantes vulnerabilizados, caso concreto es un sector de las y los nicaragüenses en Costa Rica.

Sea a lo interno del Hospital Calderón Guardia o en la frontera norte en Peñas Blancas, en la sala de redacción de Telenoticias o en territorio indígena, en los comentarios de Facebook o en media Avenida Central o Parque de La Merced, en una reunión de la Asamblea Legislativa o en un centro de investigación, debemos dimensionar que la sociedad en Costa Rica debe permanecer más unida que nunca si deseamos superar la crisis pandémica.

Esto implica, reconocer que las personas migrantes nicaragüenses, y de otras nacionalidades que han sido históricamente segregadas y discriminadas, son parte activa e importante del país y la región en que vivimos. Los discursos nacionalistas se fundamentan en la diferenciación con “el otro”, y eso es entendible antropológicamente. No obstante, a lo largo de la historia de la humanidad, los pueblos que han permanecido más unidos y que son más inclusivos, son los que más progreso han cosechado. Este es un llamado a la paz, a la no discriminación, y a la unión centroamericana.

Esta investigación, lejos de ser un trabajo académico sin una razón social clara, nos permite reflexionar acerca de nosotras y nosotros mismos. Acerca de la diversidad. Sobre el desarrollo humano, las instituciones, y la región. Sobre el amor, el odio, la familia, la paz, y la salud. Sírvanse las palabras aquí contenidas para construir discursos y prácticas más progresistas, más inclusivas, más conscientes, y, sobre todo, más humanas. Centroamérica, se unirá; Centroamérica, avanzará.

## Referencias

- Abissi, M. (16 de mayo de 2018). Los 12 datos más importantes sobre los inmigrantes en Costa Rica, según la OCDE. *El Financiero*.
- Aguirre, A., Botina, N., y Botero, Y. (2018). Representaciones sociales en víctimas de la violencia por conflicto armado. *Criterio Libre Jurídico*, 15(1), 162-173. <https://doi.org/10.18041/1794-7200/criteriojuridico.2018.v15n1.5475>
- Allgood, M. y Marriner, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima edición. Elsevier España.
- Anjos, N., & Polli, G. (2019). Social Representations of Haitian Immigrants about Labor in Brazil. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2929. Epub October 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2929>
- Arellano, C. (2018). *Introducción a las ciencias sociales*. Grupo Editorial Patria.
- Arguedas, C. (18 de octubre de 2012). Falta de pruebas absuelve a 7 policías ante muerte de Canda. *La Nación*. <https://www.nacion.com/sucesos/falta-de-pruebas-absuelve-a-7-policias-ante-muerte-de-canda/DQFBLAQH7FESFJRYTXXGKY4MJU/story/>
- Artavia, G. (18 de agosto de 2018). 44 detenidos por agresiones xenofóbicas en San José. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/politica/20-detenidos-por-agresiones-xenofobicas-en-san/WKDKQGKT7RCV7K6ZKOMRFZPXOE/story/>
- Banco Mundial. (2019). *Costa Rica*. <https://datos.bancomundial.org/pais/costa-rica?type=points>
- Banco Mundial. (2019). *Nicaragua*. <https://datos.bancomundial.org/pais/nicaragua?type=points>
- Banco Mundial. (2019). *Nicaragua: panorama general*. <https://www.bancomundial.org/es/country/nicaragua/overview#1>
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., y Rojas-Araya, K. (2020).

Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión.

*Odovtos International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 11-21.

<https://dx.doi.org/10.15517/ijds.2020.39097>

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Bautista, V. (2018). En Nicaragua “a todos nos duele respirar”: Sergio Ramírez. *Excelsior*.

<https://www.excelsior.com.mx/expresiones/en-nicaragua-a-todos-nos-duele-respirar-sergio-ramirez/1261054>

Bayón, M.C. (2012). El "lugar" de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México. *Revista mexicana de sociología*, 74(1), 133-166.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032012000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032012000100005&lng=es&tlng=es).

Becker, R., & González-Guarda, R. (2018). Exploring perspectives of well-being in Latina/o migrant workers. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 137–161. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1080/09515070.2016.1243516>

Bolívar, E. (9 de noviembre de 2015). *El Bajío, rompecabezas de la migración*. Instituto Cultural de León.

Borge, D. (2006). Migración y políticas públicas: elementos a considerar para la administración de las migraciones entre Nicaragua y Costa Rica. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 3(2). Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/viewFile/4566/4381>

Borowiec, A., & Lignowska, I. (2015). How Do Poles Perceive Health? The Social Representation of Health and its Importance for the Social Order. *Polish Sociological Review*,(192), 511-528. [www.jstor.org/stable/44114802](http://www.jstor.org/stable/44114802)

Brathwaite, A. C., & Lemonde, M. (2017). Exploring Health Beliefs and Practices of Caribbean Immigrants in Ontario to Prevent Type 2 Diabetes. *Journal of Transcultural*

*Nursing*, 28(1), 15–23. <https://doi.org/10.1177/1043659615597041>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1), S13-227. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

Cambronero, N. (1 de mayo de 2018). Ella es la nueva presidenta de la Asamblea: Una alajuelense de 35 años que se levanta a nadar a las 4:10 a.m. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/politica/ella-es-la-nueva-presidenta-de-la-asamblea-una/EMNNVCSZBVHTPPUV6DIIH322IM/story/>

Campos, A. y Tristán, L. (2009). *Nicaragüenses en las noticias: textos, contextos y audiencias*. Editorial UCR.

Caplan, S., Escobar, J., Paris, M., Alvidrez, J., Dixon, J. K., Desai, M. M., ... Whittemore, R. (2013). Cultural Influences on Causal Beliefs About Depression Among Latino Immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(1), 68–77. <https://doi.org/10.1177/1043659612453745>

Caravaca, J., Padilha, M., Silva, Denise, & Sapag, J. (2015). THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF SOCIAL REPRESENTATIONS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 1157-1165. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>

Caravaca, J. (2017). LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA COGNICIÓN SOCIAL: CONTRIBUCIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y SALUD. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e1500017. Epub November 21, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001500017>

Caravaca-Morera, J., & Padilha, M. (2017). Social representations of sex and gender among trans people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1235-1243. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000601235&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000601235&script=sci_arttext)

Caravaca-Morera, J., & Padilha, M. (2016). Transexualidades: os rostos do estigma e da

exclusão social. *Em Tese*, 13(1), 120-140. doi:<https://doi.org/10.5007/1806-5023.2016v13n1p120>

Caravaca-Morera, J. (2016). *Histórias de vida e representações sociais do sexo, corpo, gênero e sexualidade entre pessoas transexuais do Brasil, Canadá e Costa Rica*. [Tese doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Castrillón, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de Los Cuidados*, 19(42), 128–136. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.14198/cuid.2015.42.11>

CENDEROS. (14 de agosto de 2019). *Atención en centros de salud de la CCSS para personas solicitantes de refugio*. Cenderos.org. <https://cenderos.org/article/atencion-en-centros-de-salud-de-la-ccss-para-personas-solicitantes-de-refugio/>

Centro Centroamericano de Población. (2016). *Encuesta Nacional de Inmigración y Emigración en Costa Rica (ENIE 2016)*.

Chauhan, A., & Foster, J. (2014). Representations of Poverty in British Newspapers: A Case of “Othering” the Threat? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(5), 390–405. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1002/casp.2179>

Chaves, M. (2017). Costa Rica en la migración regional, perspectivas recientes (2000-2014). *Rev. Ciencias Sociales* 157: 27-52. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/download/32065/31750>

Chávez, Y., y Ramírez, M. (2019). Representaciones sociales sobre el territorio, desde los acuerdos de la Habana, en un grupo de mujeres rurales del municipio de Viotá Cundinamarca. *Tabula Rasa*, (29), 295-314. <https://doi.org/10.25058/20112742.n29.14>

Chinchilla, R. (19 de agosto de 2018). Migrantes nicaragüenses: El drama humano entre la xenofobia, la indiferencia y el nacionalismo. *Delfino*. <https://delfino.cr/2018/08/migrantes-nicaraguenses-el-drama-humano-entre-la-xenofobia-la-indiferencia-y-el-nacionalismo>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. *Serie Población y Desarrollo No. 109*. Naciones Unidas.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2018). *Graves violaciones a los derechos humanos en el marco de las protestas sociales en Nicaragua*. Informe de país Nicaragua.

Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). *Definiciones*. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

Consejo Internacional de Enfermeras. (3 de abril de 2019). *Enfermería: una voz para liderar la Salud para Todos*. <https://www.icn.ch/es/noticias/enfermeria-una-voz-para-liderar-la-salud-para-todos>

Costa Rica Propone. (2018). *Índice de Progreso Social: San José, San José*.

Creeswell, J. (2014). *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE

Czaika, M. & Haas, H. (2014). The Globalization of Migration: Has the World Become More Migratory? *Int Migr Rev*, 48: 283-323. doi:10.1111/imre.12095

deMenocal, P. & Stringer, C. (2016). Climate and the peopling of the world. *Nature* 538, 49–50. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1038/nature19471>

Dirección General de Migración y Extranjería. (2017). *Diagnóstico del Contexto Migratorio de Costa Rica 2017*. Dirección de Integración y Desarrollo Humano.

Dirección General de Migración y Extranjería. (2017). *Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018-2022*. Dirección de Integración y Desarrollo Humano.

Dirección General de Migración y Extranjería. (2018). *Informe Anual 2018*. Informes Estadísticos Anuales.

Directriz 010 de 2018. Sobre la atención integral del fenómeno migratorio en el país.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. No. 111.

Dobles, I. Vargas, G. y Amador, K. (2014). *Inmigrantes: Psicología, Identidades y Políticas Públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. Editorial UCR.

Doise, W., Spini, D., & Clémence, A. (1999). *Human rights as social representations in a cross-national context*. *Eur. J. Soc. Psychol.* 29, 1-29.

Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., . . . Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25, 109-121. doi:10.1177/1043659614520998

Douglas, M. K. & Pacquiao, D. F. (Eds.). (2010). *Core curriculum in transcultural nursing and health care [Supplement]*. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 1).

Durkheim, E. (1898). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Université du Québec à Chicoutimi.

Edición Digital. (2018). Ola de noticias falsas prende xenofobia contra nicaragüenses en Costa Rica. *La Prensa*. <https://www.laprensa.com.ni/2018/08/19/nacionales/2461842-ola-de-noticias-falsas-prende-xenofobia-contra-nicaraguenses-en-costa-rica>

Ember, C. & Ember, M. (2004). *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Escobar, B. & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (33), 73-87. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>

Eslava-Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>

Flores, F. (2014). Vulnerabilidad y representación social de género en mujeres de una comunidad migrante. *Península*, 9(2), 41-58.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-57662014000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662014000200002&lng=es&tlng=es)

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2009). Estado de la situación de la Migración y la Salud Sexual y Reproductiva –incluido el VIH y el Sida y la Violencia Basada en Género– en jóvenes mujeres migrante. 1 ed, 74p. San José, Costa Rica.

Fouratt, C., & Voorend, K. (2018). Sidestepping the State: Practices of Social Service Commodification among Nicaraguans in Costa Rica and Nicaragua. *Journal of Latin American Studies*, 50(2), 441-468. doi:10.1017/S0022216X17001195

Fouratt, C. (2012). POR EL AMOR Y LA TIERRA: LAS INVERSIONES EMOCIONALES DE LOS MIGRANTES NICARAGÜENSES. *Anuario De Estudios Centroamericanos*, 38, 193-212. [www.jstor.org/stable/43871197](http://www.jstor.org/stable/43871197)

Fournier-Pereira, M. (2015). *Interseccionalidad: La fibra que teje lo abyecto*. Aportes para pensar las zonas del ser y del no-ser con el feminismo decolonial. REALIS, v.5, n.02.

Fundación Internacional para el Desafío Económico Global. (2018). *Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua*. Informe de Resultados 2017.

Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social. (2019). *Nicaragua en Crisis Política y Socioeconómica*. Informe de Coyuntura.

Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social. (2020). *Informe de Coyuntura. Abril 2020*.

Glasser, A. (06 de mayo de 2016). New French Report Shows Rise in Attacks on Muslims, Sustained Targeting of Jews. *Human Rights First*.  
<https://www.humanrightsfirst.org/blog/new-french-report-shows-rise-attacks-muslims-sustained-targeting-jews>

González, D. (2017). Migración e identidad cultural en Costa Rica (1840-1940). *Rev. Ciencias Sociales* 155 (1): 131-144.

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/30259/30231>

Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Guevara, W. (2017). EL GÜEGÜENSE ¿SÍMBOLO DE IDENTIDAD NACIONAL O DE IDENTIDAD CULTURAL REGIONAL? (ITINERARIO PARA UN DEBATE). *Revista Humanismo Y Cambio Social*, (5), 41-45. <https://doi.org/10.5377/hcs.v0i5.4990>

Hall, E., & Cuellar, N. G. (2016). Immigrant Health in the United States: A Trajectory Toward Change. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(6), 611–626. <https://doi.org/10.1177/1043659616672534>

Hall, E. (1984). *The Dance of Life: The Other Dimension of Time*. Anchor Press/Doubleday.

Harmon, A. (2018). Why White Supremacists Are Chugging Milk (and Why Geneticists Are Alarmed). *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2018/10/17/us/white-supremacists-science-dna.html>

Heim, J. (2017). Recounting day of rage, hate, violence and death. *The Washington Post*. [https://www.washingtonpost.com/graphics/2017/local/charlottesville-timeline/?noredirect=on&utm\\_term=.988808981ca5](https://www.washingtonpost.com/graphics/2017/local/charlottesville-timeline/?noredirect=on&utm_term=.988808981ca5)

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Oxford University Press.

Herring, A., Bonilla, R., Borland, R., Hill, K. (2008). Patrones diferenciales de mortalidad entre inmigrantes nicaragüenses y residentes nativos de Costa Rica. *Revista Población y Salud en Mesoamérica: Universidad de Costa Rica*; 6(1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44660102>

Human Rights Watch. (2019). *Nicaragua: Eventos de 2019*. <https://www.hrw.org/es/world-report/2020/country-chapters/337305>

Instituto Mixto de Ayuda Social. (2015). *Estrategia Nacional para la reducción de la pobreza extrema: Puente al Desarrollo*. Gobierno de la República de Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Costa Rica en cifras 2018*.

<https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reostaricaencifras2018.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020). *Empleo*. <https://www.inec.cr/empleo>

International Organization for Migration. (2017). *World Migration Report 2018*. United Nations.

International Organization for Migration. (2019). *Glossary on Migration*. No. 34.

International Organization for Migration. (2019). *World Migration Report 2020*. United Nations.

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Elías, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am. Public Health* 12(2). <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n2/128-136/es>

Keesing, R. & Strathern, A. (1998). *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective*. Harcourt Brace College Publishers.

Keller, A. Joscelyne, A. Granski, & M.Rosenfeld, B. (2017). Pre-Migration Trauma Exposure and Mental Health Functioning among Central American Migrants Arriving at the US Border. *PLoS ONE* 12(1): e0168692. doi:10.1371/journal.pone.0168692

Keyes, K. M & Galea, S. (2016). Ubiquity and the macrosocial determinants of population health. In Keyes, K. M., Galea, S. (Eds.), *Population health science* (pp. 67-84). Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780190459376.003.0005

Kinloch, F. (2015). *El imaginario del canal y la nación cosmopolita: Nicaragua, siglo XIX*. Managua: IHNCA-UCA. 376 p.

Knoema. (s.f.). *Nicaragua*. <https://knoema.es/atlas/Nicaragua/topics/Pobreza>

La Prensa. (2006). La Merced, el parque de los nicas en Costa Rica. *La Prensa*. <https://www.laprensa.com.ni/2006/03/27/nacionales/1474353-la-merced-el-parque-de-los-nicas-en-costa-rica>

Leininger, M. & McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Second Edition, Jones and Bartlett Publishers.

Leininger, M. M. (2002). Transcultural nursing administration and consultation. In Leininger, M. M., McFarland, M. R. (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (3rd ed., pp. 563-573). New York, NY: McGraw-Hill.

Leininger, M. M. (2006). Theoretical Questions and Concerns: Response From the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20:1. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1177/0894318406296784>

Ley 5395 de 1973. Ley General de Salud. 24 de noviembre de 1973. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. No. 222.

Ley 7085 de 1987. Estatuto de Servicios de Enfermería. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Ley 9234 de 2014. Ley Reguladora de Investigación Biomédica. 25 de abril de 2014. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. No. 79.

López, L., y Delgado, D. (2016). Actitudes y percepciones segmentadas: prejuicios hacia la población nicaragüense en Costa Rica. En Sandoval, C. (Ed.), *Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores*. (1ªed., pp. 438).

López, M. (2012). The Incorporation of Nicaraguan Temporary Migrants into Costa Rica's Healthcare System: an Opportunity for Social Equity? [Doctoral thesis, University of Windsor].

Marquette, C. (2006). Nicaraguan Migrants in Costa Rica. *Revista Población y Salud en Mesoamérica: Centro Centroamericano de Población*; 4(1). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4561/4376>

Martínez, E. y Garzón, A. (2018). Representaciones Sociales del Conflicto Armado y de la Paz de la Comunidad Sikuaní de Puerto Gaitán. *Revista de Paz y Conflictos*, 11(2), 217-235.

doi:10.30827/revpaz.v11i2.7629

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

Marx, K. (1867). *El Capital*. Libro Primero: El Proceso de Producción del Capital.

Matus, F. (2019). Coyuntura económica de Nicaragua previa y posterior a abril de 2018.

*Revista Electrónica de Investigación en Ciencias Económicas: UNAN-MANAGUA*. DOI:

<https://doi.org/10.5377/reice.v7i13.8191>

Mayorga, A. (2018). Debates contemporáneos sobre la pobreza: entre causas, representaciones y programas sociales. *Trabajo social*, 20(1), 163-193.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2256-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932018000100163&lng=en&tlng=es)

[54932018000100163&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932018000100163&lng=en&tlng=es)

Mayorga, G. (28 de julio de 2017). Más del 12% de la población en Costa Rica está excluida.

*Universidad de Costa Rica*. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/07/28/mas-del-12-de-la-poblacion-en-costa-rica-esta-excluida.html>

McCann, G., & McCloskey, S. (Eds.). (2015). *From the local to the global: Key issues in development studies*. 3rd edition, Pluto Press.

McFarland, M. & Webbe-Alamah, H. (2015). Chapter 1: The Theory of Culture Care Diversity and Universality. In: Leininger's Culture Care Diversity and Universality, Third Edition. [http://samples.jbpub.com/9781284026627/McFarland\\_CH01\\_Sample.pdf](http://samples.jbpub.com/9781284026627/McFarland_CH01_Sample.pdf)

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557.

<https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Mena, P. (2015) La palabra migración, su etimología e historia. *Instituto Cultural de León*.

<http://institutoculturaldeleon.org.mx/icl/story/3529/La-palabra-migraci-n-su-etimolog-a-e-historia>

Mendonça, A. & Lima, M. (2014). Representações e cognição social. *Psicologia e saber social*, 3(2):191-206. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/14470>

Míguez, P. (2015). Tópicos contemporáneos del marxismo: Aproximaciones teóricas a los problemas del capitalismo del siglo XXI. *Cuadernos de Economía Crítica*, Vol. 2(3), 125-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5990477>

MIKULÁŠKOVÁ, G., & KAČMÁROVÁ, M. (2019). Social Representations of Poverty: Causes of Poverty, Poverty Perpetuation and Possibilities of Escaping from Poverty. *Ceskoslovenska Psychologie*, 1, 53–66.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022*. Gobierno del Bicentenario, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2015). *Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier*. Gobierno de la República de Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2016). *Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes*. Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.

Montes de Oca, V. Ramírez, T. & Sáenz, R. (2011). The Linkage of Life Course, Migration, Health and Aging: Health in Adults and Elderly Mexican Migrants. *Journal of Aging and Health*, 23(7) 1116-1140. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264311422099>

Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital, num. 2.

Morales, A., Acuña, G. y Li, K. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua*

y *Costa Rica*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Chile.

Moreno, J. A. (2015). Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(2), 47-62.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/325204>

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.

Moscovici, S. (1984). *Psicología social: Pensamiento y vida social, Psicología social y problemas sociales*. Cognición y desarrollo humano. Barcelona: Editorial Paidós.

Municipalidad de San José. (2011). *Diagnóstico cantonal*. Departamento de Observatorio Municipal.

Negura, L. (2017). La construction sociale de la migration: Le rôle de l'expérience et des représentations sociales. *Canadian Ethnic Studies Journal*, Vol. 49 (1), 103-124.  
[questia.com/library/journal/1G1-498198013/la-construction-sociale-de-la-migration-le-role-de](http://questia.com/library/journal/1G1-498198013/la-construction-sociale-de-la-migration-le-role-de)

OCDE/FUNDEVI. (2017). *Interacciones entre Políticas Públicas, Migración y Desarrollo en Costa Rica*. Éditions OCDE.  
[https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/informe\\_pais\\_costa-rica.pdf](https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/informe_pais_costa-rica.pdf)

OECD. (2018). *Cómo los inmigrantes contribuyen a la economía de Costa Rica*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264303867-es>.

OECD. (2018). *International Migration Outlook 2018*. OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/migr\\_outlook-2018-en](https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2018-en).

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo*

*Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe.* CEPAL.

Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Panorama Laboral 2018: América Latina y el Caribe.*

Organización Internacional para las Migraciones. (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos.* Organización Mundial de la Salud/Naciones Unidas.  
<https://publications.iom.int/books/migracion-internacional-salud-y-derechos-humanos-0>

Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *¿Quién es un migrante?*  
<https://www.iom.int/es/quien-es-un-migrante>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Estudio preliminar de flujos migratorios mixtos nicaragüenses entre abril 2018 y junio 2019.*  
<https://costarica.iom.int/news/estudio-preliminar-analiza-los-flujos-migratorios-mixtos-nicarag%C3%BCenses-en-costa-rica-entre>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020.*

Organización Mundial de la Salud. (2018). *¿Cómo define la OMS la salud?*  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país.*

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas.*

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.* Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Orozco, M. (2017). *Las Remesas a América Latina y el Caribe en 2017.*  
<https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2018/02/Remesas-a-ALC-2017.pdf>

Otero, L. (2011). *Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006)*.

Instituto de Salud Carlos III.

Pacheco, D. (2013). La identidad costarricense ante los dilemas de la migración, diversidad cultural y desigualdad socioeconómica. *Rev. Reflexiones* 92(2). 23-33.  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/8838>

Palacios, Y. (2016). Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Revista CES Derecho*, 7(2), 145-162.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-77192016000200011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200011&lng=en&tlng=es).

Pardo, A. (2015). Migración internacional y desarrollo. Aportes desde el transnacionalismo. *Revista de Estudios Sociales*, no. 54 (2015): 39-51. <https://doi.org/10.7440/res54.2015.03>

Pérez, H. (2018). *Breve historia de Centroamérica*. Tercera edición, Alianza editorial.

Pilati, K. (2018). La costruzione sociale dell'immigrazione come problema: Il caso italiano. *Società Mutamento Politica*, 9(18). <https://iris.unitn.it/handle/11572/222024>

Programa Estado de la Nación. (2016). *Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible*. PEN CONARE.

Programa Estado de la Nación. (2019). *Informe Estado de la Nación 2019*. PEN CONARE.

Puig, S. (2019). Nicaragua: Análisis de una crisis inesperada. *Fundación Carolina*, No. 10.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097494>

Quesada, J. (2003). *Historia de la historiografía costarricense, 1821-1940*. 1ed. San José, C.R.: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Ramos, V. (2012). La identidad latinoamericana: proceso contradictorio de su construcción-deconstrucción-reconfiguración dentro de contextos globales. *Universitas Humanística*, (73), 15-58. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-)

48072012000100002&lng=en&tlng=es.

Rangel, R. & Bonomo, M. (2017). Representações sociais de imigração e imigrantes em mídia espanhola, italiana e portuguesa. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 19, No 3, 211-277.

<https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v19-n3-rangel-bonomo>

Real Academia Española. (2018). *Ético, ca*.

Real Academia Española. (2018). *Migración*.

Real Academia Española. (2018). *Salud*.

Real Academia Española. (2020). *Aporofobia*.

Real Academia Española. (2020). *Capitalismo*.

Redacción National Geographic. (16 de mayo de 2016). *Las migraciones animales más duras del planeta*. <https://www.nationalgeographic.es/animales/las-migraciones-animales-mas-duras-del-planeta>

Robledo, L. (2015). Representaciones sociales de la salud: la salud como objeto de representación. *Agathos*, No.3.

<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54386/113315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rojas, A. (2019). 40 mil nicaragüenses ingresarán a Costa Rica. *La Prensa Libre*.

<http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/145085/40-mil-nicarag%C3%BCenses-ingresaran-a-costa-rica>

Ruiz Utrilla, A. G. (2016). El fenómeno de la migración desde el sentido de la extranjería.

*ESPACIO I+D, INNOVACIÓN MÁS DESARROLLO*, 5(10).

<https://doi.org/10.31644/IMASD.10.2016.a04>

Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. (Eds.). (2015). *The Cambridge Handbook of Social Representations* (Cambridge Handbooks in Psychology). Cambridge:

Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781107323650

Sandoval, C. (2015). Nicaraguan Immigration to Costa Rica: Tendencies, Policies, and

Politics. *Debates: Global Latin(o) Americanos*. Vol. XLVI(4).

<http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/77977/Nicaraguan%20Immigration%20to%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sandoval, C. (Ed.). (2016). *Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores*.

1. Ed., San José, C.R.: Editorial UCR. <http://www.editorial.ucr.ac.cr/ciencias-sociales/item/2162-migraciones-en-america-central-politicas-territorios-y-actores.html>

Schenker, M., Castañeda, X., & Rodriguez-Lainz, A. (Eds.). (2014). *Migration and Health: A Research Methods Handbook*. University of California Press. [www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt7zw2z4](http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt7zw2z4)

Semanario Universidad. (2018). *Ojo a la Migración. Conozca a los migrantes centroamericanos*. <https://www.semanariouniversidad.com/migracion/>

Serrano, A. (1998). En busca de la nación, En: *Antología del pensamiento crítico nicaragüense contemporáneo* / Carlos Fonseca... [et al.]; editado por Juan Pablo Gómez; Camilo Antillón Najlis - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2016.

Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf?ua=1)

Staerklé, C. (s.f.). Social order and political legitimacy. In: Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. (Eds.). (2015). *The Cambridge Handbook of Social Representations* (Cambridge Handbooks in Psychology). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781107323650

Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*. Volume 385, ISSUE 9968, P640-648. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61489-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61489-)

0/fulltext#seccesitle10

Torres, O. & Garcés, A. (2013). Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile. *Polis (Santiago)*, 12(35), 309-334.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682013000200014>

Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *CES Psicología*, 8(1), 63-76. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802015000100006&lng=en&tlng=.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000100006&lng=en&tlng=)

Torres-López, T., Acosta-Fernández, M., y Aguilera-Velasco, M. (2017). Preparación para el trabajo: Representaciones sociales del empleo y desempleo de jóvenes mexicanos sin trayectoria laboral. *Revista Educación Y Desarrollo Social*, 11(1), 85-101. <https://doi.org/10.18359/reds.1867>

Torres-López, T., Lozano-González, A. y Acosta-Fernández, M. (2018). Representaciones sociales del empleo y desempleo de población del País Vasco. *Apuntes de psicología*, 36 (3), 155-165. <https://idus.us.es/handle/11441/88711>

Torres-López, T., Munguía-Cortés, J. y Soltero-Avelar, R. (2018). Representaciones sociales de los conceptos de empleo y desempleo de habitantes de Santa Cruz, Tenerife. *Quaderns de Psicologia*, 20 (2). <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n2-torres-munguia-soltero>

Torres-López, T., Munguía-Cortés, J. y Torres-Valdovinos, M. (2018). Representaciones sociales de empleo y desempleo en estudiantes universitarios de Quito, Ecuador. *Revista Reflexiones*, 97 (2). <https://www.redalyc.org/jatsRepo/729/72957731001/movil/index.html>

Torres-Marenco, V. (2011). LA MIGRACIÓN EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. *Vniversitas*, (122), 41-76.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-)

90602011000100005&lng=en&tlng=es.

Tylor, E. (1871). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art and Custom*. Oxford University.

UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Universidad de Costa Rica. (1974). *Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica*. Consejo Universitario.

Universidad de Costa Rica. (2000). *Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*. Consejo Universitario.  
[http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico\\_cientifico.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico_cientifico.pdf)

Vannini, M. (2014) Políticas públicas de la memoria en Nicaragua. *A Contra Corriente*. Vol. 12 (1), 73-88.

<https://acontracorriente.chass.ncsu.edu/index.php/acontracorriente/article/view/1302/2225>

Varieties of Democracy Project. (2019). Nicaragua: Political Regimes, 1901 to 2018 [Gráfico]. <https://ourworldindata.org/grapher/political-regimes?tab=chart&time=1901..2018&country=~NIC>

<https://ourworldindata.org/grapher/political-regimes?tab=chart&time=1901..2018&country=~NIC>

Varieties of Democracy Project. (2019). Nicaragua-Costa Rica: Political Regimes, 1901 to 2018. [Gráfico]. <https://ourworldindata.org/grapher/political-regimes?tab=chart&time=1901..2018&country=NIC~CRI>

<https://ourworldindata.org/grapher/political-regimes?tab=chart&time=1901..2018&country=NIC~CRI>

Viola, A. (2000). *Antropología del Desarrollo. Teoría y Estudios Etnográficos en América Latina*. PAIDOS.

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, Volumen 52, 1-17.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>

Voorend, K. (2016). El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses. En: Sandoval, C. (Ed.). (2016).

*Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores.* 1. Ed., San José, C.R.: Editorial UCR. <http://www.editorial.ucr.ac.cr/ciencias-sociales/item/2162-migraciones-en-america-central-politicas-territorios-y-actores.html>

Voorend, K. (2017). El mito del imán de bienestar. La Caja, los migrantes y la exclusión. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/suplementos/dialogos-sobre-el-bienestar/migracion-mercados-laborales-la-subregion-america-central-copy-copy-copy-2/>

Voorend, K. (2019). *¿Un imán de bienestar en el sur? Migración y política social en Costa Rica*. San José: Editorial UCR.

Voorend, K. y Robles, F. (2011). *Migrando en la crisis: La fuerza de trabajo inmigrante en la economía costarricense*. Organización Internacional para las Migraciones/Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/79510>

Voorend, K. y Venegas Bermúdez, K. (2014). TRAS DE CUERNOS, PALOS. PERCEPCIONES SOBRE COSTA RICA COMO IMÁN DE BIENESTAR EN LA CRISIS DEL SEGURO SOCIAL. *Revista de Ciencias Sociales*, III. [revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/17608](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/17608)

White, K. W., & Zaccagnini, M. E. (2017). A template for the DNP project. In Zaccagnini, M. E., White, K. W. (Eds.), *The doctor of nursing practice essentials: A new model for advanced practice nursing* (3rd ed., pp. 441-501). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A., Robinson, C. & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18, 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>

World Bank. (2017). *Nicaragua Paving the way to faster growth and inclusion: Systematic Country Diagnostic*. [elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/27560](http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/27560)

## Apéndices

**Apéndice A. Instrumentos de Observación Participante y Entrevista.**

| <b>Guía de Observación Participante – Notas de campo</b> |                |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| Fecha:<br>Tiempo de permanencia:<br>Lugar:               |                |
| Descripción                                              | Interpretación |
|                                                          |                |

## Guía de Entrevista – Representación Social de la Salud

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Perfil Sociodemográfico</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Género:</p> <p>Edad:</p> <p>Procedencia:</p> <p>Domicilio:</p> <p>Estado civil:</p> <p>Escolaridad:</p> <p>Ocupación:</p> <p>Religión:</p> |
| <b>Sobre la Salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
| <p>Al pensar en <i>salud</i>, mencione las primeras 5 palabras que se vengan a su mente. Ahora, de esas palabras, ¿Cuál es la más importante para usted?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |
| <p>En sus palabras, ¿Qué es la <i>salud</i>?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                               |
| <p>Entonces, ¿Qué es estar <i>sano/a</i>?</p> <p>¿Se considera usted una persona sana? - ¿Por qué?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |
| <p>¿Qué cosas le hacen sentirse <i>bien</i>?</p> <p>¿Qué cosas le hacen sentirse <i>mal</i>?</p> <p>¿Qué le <i>ayuda</i> a estar <i>sano/a</i>?</p> <p>¿Qué le <i>dificulta</i> estar <i>sano/a</i>?</p> <p>¿Cuáles actividades realiza usted para su <i>salud</i>?</p> <p>¿Qué podría mejorar de su <i>salud</i>?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |
| <b>Determinantes de la Salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                               |
| <p><i>Acceso a Salud</i> - Cuando lo necesita, ¿A dónde va para mejorar su salud?, ¿Cómo son esos lugares y cómo le tratan?, ¿Se ha vacunado usted? y ¿Cómo son los centros de salud en Nicaragua?</p> <p><i>Empleo</i> - ¿Se siente bien con su trabajo?, ¿Cómo se lleva con sus jefes y compañeros/as de trabajo?, ¿Cómo es el lugar donde trabaja?, ¿Siente que gana lo suficiente?</p> <p><i>Vivienda</i> - ¿Cómo es el lugar donde usted vive?, ¿Se siente cómodo/a con su hogar?, ¿Con cuántas personas vive?</p> <p><i>Educación</i> - Cuénteme un poco sobre su educación, ¿Fue a la escuela, colegio o universidad?, ¿Qué tan importante es la educación para usted?</p> |                                                                                                                                               |

*Alimentación* - Hablando de comidas, ¿Cómo es un día normal para usted (hábleme desde lo primero que come hasta lo último)?, ¿Cuántos tiempos de comida hace?

*Actividad física* - ¿Hace ejercicio usted?, ¿Qué tipo de ejercicios realiza?, ¿Siente que el deporte es importante en la salud de las personas?

*Espiritualidad* - ¿Practica alguna religión?, ¿Cómo es su relación con Dios?

*Salud Mental* - ¿Cómo se siente con usted mismo/a?, ¿Cómo se lleva con su familia y con las demás personas?, Hábleme de su estrés, ¿Cómo lo maneja? y ¿Qué cosas le dan tranquilidad en la vida?, ¿En qué momentos se siente usted feliz o triste?, ¿Se ha sentido discriminado/a acá en Costa Rica?

*Ocio y Recreación* - ¿Qué tipo de actividades hace en su tiempo libre?, ¿Cómo se siente con la cantidad de tiempo libre semanal que tiene?

*Fenómeno de las drogas y Sexualidad* - Cuénteme, ¿Consume alcohol, tabaco o alguna otra droga de vez en cuando?, ¿Tiene pareja?

*Libertad/Represión* - ¿Se siente libre? ¿Por qué?, ¿Dónde se siente más cómodo/a, en Costa Rica o en Nicaragua?

*Extra* - ¿Cuál es su mayor sueño en la vida?, ¿Por qué vino a Costa Rica, le gustaría quedarse o volver?, ¿Le gusta ser nicaragüense?

**Objetivación de la Salud**

Al escuchar la palabra *Salud*, dibuje lo primero que se venga a su mente.

Dibuje a una persona *sana*.

Dibuje a una persona *no sana*

**Apéndice B. Consentimiento Informado de la Investigación.****COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Enfermería

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO  
EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN  
BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN  
LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

**Representaciones Sociales de la Salud entre Personas Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica: Un análisis desde la Enfermería Transcultural**

Nombre del investigador principal: Dr. Jaime Caravaca-Morera

Nombre del/la participante:

Medios para contactar a la/el participante: números de teléfono:

Correo electrónico:

Contacto a través de otra persona:

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO.** El proyecto: Representaciones Sociales de la Salud entre Personas Migrantes Nicaragüenses: Un análisis desde la Enfermería Transcultural, es un estudio de la Universidad de Costa Rica que pretende dar voz a las personas nicaragüenses, con el objetivo de comprender su salud y así aportar para su mejoramiento. Está liderado por Wendell Mora Rivera (estudiante de Enfermería), con la dirección del enfermero-investigador Dr. Jaime Caravaca Morera, y el acompañamiento de las enfermeras-investigadoras, Dra. Ana Laura Solano, y la MSc. Karol Rojas Araya. Además, la investigación se realiza en el Parque de la Merced, y las y los participantes, son personas nicaragüenses residentes en Costa Rica.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?** Dentro de las actividades planeadas para las y los participantes, está una entrevista, la cual incluye grabación de audio, preguntas abiertas, y dibujos. Esta entrevista luego se analizará, para comprender la Representación Social de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses; cada entrevista tiene una duración máxima de 1 hora. El estudio se lleva a cabo en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, y junio. Por último, las personas interesadas, podrán conocer los resultados de la investigación por medio de afiches que serán colocados en el Parque de la Merced (y otros lugares estratégicos), así como por medio de charlas abiertas que serán organizadas posteriormente.

**C. RIESGOS.** La participación en este estudio puede significar cierta incomodidad en las y los participantes porque incluye grabación de audio, y preguntas personales (con fines académicos). Es posible que pueda sentir riesgo de la pérdida de privacidad. Ante esas molestias, se explicará que la información brindada es estrictamente confidencial, y únicamente será utilizada para la investigación, de ninguna manera se revelará a nadie más.

**D. BENEFICIOS.** Como resultado de su participación, no obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, su participación, así como los resultados encontrados, serán de mucha importancia para comprender de mejor forma la salud de las personas nicaragüenses en Costa Rica, así como el hecho de que esta investigación puede influir sobre la creación de políticas más sensibles con la población. Además, se plantea compartir los hallazgos en medios de comunicación, esto para generar conciencia a nivel nacional. Es decir, su participación es sumamente importante en pro de crear mejores condiciones de vida para todas y todos.

**E. VOLUNTARIEDAD.** La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Agregado, tiene toda la libertad de negarse a responder alguna pregunta o a participar del estudio cuando así lo desee.

**F. CONFIDENCIALIDAD.** Su participación, así como toda la información brindada, es totalmente confidencial. Los resultados serán enteramente anónimos, ya que representan a la población nicaragüense (reunida en el Parque de la Merced) en Costa Rica.

**H. INFORMACIÓN.** Antes de dar su autorización debe hablar con Wendell Mora Rivera o sus colaboradores sobre este estudio, y ellos y ellas, deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla comunicándose con Wendell Mora Rivera, al teléfono 8729-0861, en el horario de lunes a sábado de 9 am a 9 pm, o al Dr. Jaime Caravaca-Morera, al correo electrónico [jacamorera@gmail.com](mailto:jacamorera@gmail.com). Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**I.** Usted no perderá ningún derecho por firmar este documento. Además, recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

**CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, firma y cédula del/la sujeto participante

---

Lugar,  
r, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del investigador que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Dr. Jaime Caravaca-Morera  
Docente-Investigador  
Universidad de Costa Rica