

GUÍA PARA LA  
**Atención Inicial a la  
Salud Mental de  
Mujeres en Movilidad  
Migrante**

---

FRONTERA SUR







# **Guía para la Atención Inicial a la Salud Mental de Mujeres en Movilidad Migrante**

Frontera sur



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**INMUJERES**  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

**CONASAMA**  
COMISION NACIONAL DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

## Guía para la Atención Inicial a la Salud Mental de Mujeres en Movilidad Migrante. Frontera sur.

Primera edición: diciembre de 2023.

Segunda edición: septiembre de 2024.

### © Instituto Nacional de las Mujeres

INMUJERES

Barranca del Muerto N° 209, Col. San José Insurgentes,

Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900,

Ciudad de México.

[www.gob.mx/inmujeres](http://www.gob.mx/inmujeres)

### Agradecemos la participación y aportes a este documento de las personas que participaron en esta edición:

**Por parte de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA):** Dra. Carmen Torres Mata, Mtra. Cecilia Ojeda Cortés, Mtra. Alejandra Montserrat Rivera Barrientos, Lic. Leticia Casillas Alcantara, Lic. Marisol de la Luz Cortés.

**Por parte de la Dirección de Innovación y Proyectos Especiales del INMUJERES:** Yazmín Soraya Pérez Haro, Alejandra Del Ángel Hernández, Yassary Bobadilla Vega y Noemí Jenilet Martínez Ballesteros.

**Por parte de ONU Mujeres en INMUJERES:** Alejandra González González y Alejandra Navarrete Torres.

**Autorías:** Nadia Irina Santillanes Allande y Tonatiuh Tomás González Vázquez.

**Equipo técnico:** Hilda Nelly Gómez Ventura y Mayra Velásquez Ramírez.

**Equipo de Psicología en Territorio:** Gabriela Iasnaia Pinto Martínez, Liliana Dominga Núñez Santos, Yohani Cruz Trujillo, Xiomara Cerda Ayala, Ingrid Jéssica Díaz Domínguez y Diana Mariana Castañeda Barrio.

**Diseño editorial:** Ilse Yaabil Navarrete Salazar y Armando Mata Sevilla.

**Cuidado de la edición:** Armando Mata Sevilla.

Las opiniones expresadas en esta obra son responsabilidad exclusiva de sus autoras y autor, y no coinciden necesariamente con las del Instituto Nacional de las Mujeres o las de sus integrantes.

Las características gráficas y tipográficas de esta edición son propiedad del Instituto Nacional de las Mujeres.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, la fotocopia o la grabación, sin la previa autorización por escrito del Instituto Nacional de las Mujeres.

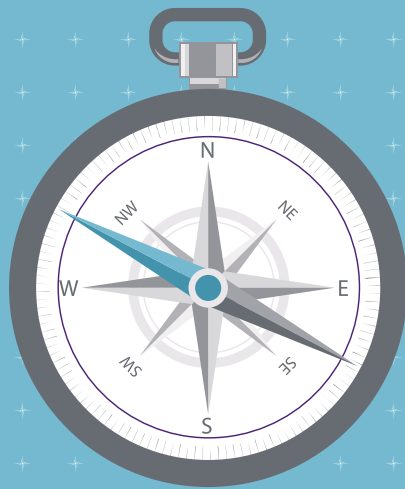
Impreso y Hecho en México.

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta.

# Índice



Presentación .....	5
Antecedentes .....	7
CAPÍTULO 1. Salud mental, migración y perspectiva interseccional de género .....	19
CAPÍTULO 2. Tapachula y la Dinámica Transfronteriza .....	31
CAPÍTULO 3. Guía para la Atención Inicial a la Salud Mental de Mujeres Migrantes .....	45
Ruta de atención inicial .....	51
a. Recepción .....	51
b. Tamizaje-cuestionario psicosocial .....	54
c. Primeros Auxilios Psicológicos .....	59
d. Consejería .....	59
e. Componente Educativo Comunitario .....	60
f. Referencia y acompañamiento a otras instancias especializadas .....	73
g. Autocuidado de Salud Mental, ¿Quién cuida a las cuidadoras? .....	76
ANEXOS .....	81
Marco Normativo .....	83
Mapa de servicios en Salud Mental en Tapachula, Chiapas .....	87
Referencias Bibliográficas .....	97



## PRESENTACIÓN

---



Para el Gobierno de México y particularmente para el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) la migración es un asunto prioritario, que requiere un abordaje humanista para que sea segura, ordenada y con perspectiva de género.

La migración y, en específico, la movilidad de las mujeres migrantes, demanda respuestas inmediatas y acciones estratégicas que respondan oportunamente a sus necesidades, lo cual requiere de la colaboración interinstitucional y de la sociedad civil para fortalecer políticas públicas integrales que generen oportunidades de empleo, entornos seguros, contención o regularización migratoria y bienestar para todas y todos.

Es por ello que, en el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) 2020-2024, se incluyeron las necesidades de las mujeres migrantes y en movilidad con la intención de impulsar y fortalecer acciones para garantizar que las gestiones migratorias tengan pleno respeto a sus derechos humanos.

Desde el Inmujeres, hemos trabajado de la mano de diversas instituciones que están a cargo de dar servicios a las mujeres migrantes para promover la transversalización de la perspectiva de género en la política migratoria; ejemplo de ello, es la *Guía para la Atención Inicial a la Salud Mental de Mujeres Migrantes*.

Dicha Guía tiene tres enfoques centrales: incorporar la perspectiva de género en la atención de la salud mental, promocionar su tratamiento como un derecho humano, y considerar el bienestar psicosocial de las mujeres que migran desde diversos contextos.

De igual forma, este documento propone una ruta de atención para las personas que prestan apoyo psicológico a las mujeres migrantes, tanto en el sector público como en el privado, con la finalidad de generar herramientas que permitan atender esta problemática desde el punto de vista psicológico y emocional.

Agradecemos el apoyo de todas las instituciones que participaron en el diseño e implementación de esta iniciativa; ya que estamos seguras de que este material es una herramienta teórica-metodológica que será de gran utilidad para visibilizar la importancia de la prevención, promoción y abordaje integral del tratamiento de la salud mental de las personas migrantes.

Sigamos trabajando y uniendo esfuerzos para que entre todas y todos logremos que las mujeres, en toda su diversidad, sin importar su condición migratoria, vivan libres, seguras y con bienestar.

**Nadine Gasman Zylbermann**

PRESIDENTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES





**E**studios en salud pública han identificado que, si bien la migración en sí misma no implica el desarrollo de algún problema en salud mental, realizarla bajo situaciones de riesgo puede tener serias implicaciones a nivel subjetivo y de estabilidad mental (Murphy, 1961; Bhugra, 2004). Por lo que migrar en condiciones adversas, como el tener que huir del lugar de origen por experimentar violencia, o por circunstancias sociales, económicas, políticas o ambientales desfavorables son factores de riesgo, cuyos efectos en la salud mental de las personas pueden resultar significativos.

Por ello, partimos del reconocimiento de que, si ya migrar en condiciones adversas es un desafío, el efecto de estas condiciones y del proceso migratorio mismo es diferenciado entre mujeres y hombres, a lo que se suman factores derivados de pertenecer o no a grupos prioritarios como mujeres con discapacidad, pertenencia a la comunidad LGTBTTIQ+, infancias no acompañadas, cuerpos racializados, etc. De esta forma, el sistema de relaciones sexo genéricas se interseccionan con otros factores estructurales que las vulneran.

Así, de las difíciles situaciones que viven específicamente las mujeres en movilidad migrante durante su partida, tránsito o estancia ya sea temporal o indefinida en diversos territorios durante su proceso migratorio y el estrés o posibles traumas asociados y conociendo los esquemas de atención inmediata identificamos la necesidad de diseñar una guía de

atención dirigido a mujeres migrantes que requieren de contención y acompañamiento en la escucha terapéutica.

Organizaciones de la Sociedad Civil nacionales e internacionales, así como observatorios descentralizados, han dado cuenta de los alarmantes desafíos que enfrentan quienes tienen que abandonar sus lugares de origen. La violencia familiar o del crimen organizado, la pobreza económica y alimentaria, o los desastres ambientales que afectan la supervivencia de las familias son solo algunas de las causas que orillan cada año a miles de personas a salir de su lugar de origen (Gouritin, 2021).

Son múltiples los riesgos que imponen las distintas geografías en el camino hacia el norte. Pero son aún más los impactos que a nivel subjetivo sufren quienes en su migración llegan a interactuar con el crimen organizado o con los agentes migratorios (Álvarez, 2009).

Como refiere Joseba Achiotegui (2000), los procesos migratorios pueden implicar varias circunstancias:

1. La separación forzada de los seres queridos, que supone una ruptura del sentido del apego.
2. El sentimiento de desesperanza por el posible fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades.
3. La lucha por la supervivencia: dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir.
4. El miedo o el terror que se viven en los viajes migratorios. Ser víctimas de las pateras, ir escondidos en camiones, las amenazas de las mafias, la inminente detención y expulsión, la indefensión por carecer de derechos, entre otros.

A estas circunstancias podríamos sumar la posibilidad de permanecer en un espacio geográfico en el que la incertidumbre y el riesgo continúan exponiendo a los migrantes a una serie de malestares, angustias y sufrimiento psíquico. Desafortunadamente, la política migratoria en mayor medida se concentra en la regulación la vigilancia y endurecimiento de las fronteras se constituyen en condicionantes que afectan la salud física y mental de quienes continúan intentando migrar hacia Estados Unidos.

Igualmente, los desafíos para que las mujeres transiten o permanezcan en México de forma segura ha obligado a las instituciones a comprometerse con la implementación de servicios mínimos que garanticen el derecho a la salud mental. Esto incluye diseñar modelos y protocolos de atención adecuados a la diversidad de experiencias migratorias y bagajes socioculturales.

## ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL EN SALUD MENTAL

Al abordar la salud mental desde un enfoque biopsicosocial se tienen como aspectos fundamentales, que dicho enfoque estimula un conocimiento más integral del sujeto y su entorno; integra los hallazgos de las tres esferas: biológica, psicológica y social; reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos; optimiza el trabajo en equipo; incorpora al profesional de la salud como parte del sistema que también debe ser cuidada. (Epstein, 2001; citado por Borrell, 2002, p.178).

Una de las interpretaciones de salud mental más compartidas por investigadores y hacedores de políticas públicas es la de la Organización Mundial de la Salud, que la concibe como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013). “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” Esta propuesta permite la inclusión del contexto social y situacional que influye en la salud mental de las personas, además de adecuarse a los principios rectores del modelo de atención a la salud mental en crisis de mujeres migrantes (Vainer, 2007). Así, el concepto de salud mental del que partiremos recupera la dimensión contextual o ambiental para identificar la fuente u origen del sufrimiento psíquico de las mujeres migrantes (Ramahlo, 2009).

En el campo de la salud mental de las mujeres, la biomedicina se ha posicionado como experta haciendo énfasis en los problemas asociados a la reproducción (Burin, 1987). Sin embargo, gracias a la contribución de los estudios de género, ahora consideramos imperativo partir de los crite-

rios de salud mental de las mismas protagonistas y no sólo desde criterios médicos. Lo anterior implica explorar las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como aquellos factores que constituyen modos de vida angustiantes (Burin, 1987; Santillanes, 2022).

Partiendo de estas bases conceptuales, la atención en salud mental no se limita solamente a la revisión del signo o el síntoma para la elaboración del diagnóstico (Martínez Hernández 2000), sino que también se constituye en la provisión de una escucha terapéutica respetuosa en que se brinden elementos como son los primeros auxilios psicológicos. A la vez, se deberá proveer a las usuarias de información clara sobre los alcances de la intervención y datos precisos sobre otros espacios seguros, donde pueda encontrar seguimiento y respuesta a sus problemáticas y adversidades. Cabe aclarar que en los espacios del tránsito lo anterior representa un gran desafío, sobre todo lo que concierne a brindar más de una sesión, siendo la prioridad de las mujeres en este estado continuar su camino hacia Estados Unidos.

Aun así, consideramos que lo que sí se puede proveer cotidianamente es un mapa de servicios de instituciones que puedan estar al alcance de sus posibilidades (tiempo, dinero y situación jurídica). Durante el pilotaje del instrumento aprendimos, además, que la terapia debe ser acompañada con información pertinente, apropiada y veraz, junto con indicaciones precisas para lograr una referenciación en instancias de atención de justicia, asistencia jurídica u otras organizaciones que se comprometan a dar acompañamiento.

Finalmente, para brindar la atención mínima en salud mental es imperante que las necesidades básicas de la persona estén resueltas. Es decir, alimento, salud, ropa, alojamiento, situación jurídica y seguridad. En muchos de los casos no existe la intención de buscar servicios de atención psicológica hasta que se vean resueltas las necesidades primarias.

Así, reafirmamos que serían tres los principios rectores que orientan esta Guía: la perspectiva de género para la comprensión y atención a la salud mental, la promoción de los derechos humanos y una comprensión incluyente de otros conceptos propios de la cultura de las mujeres sobre la salud mental.

Para el caso de la atención en salud mental desde el marco de los derechos humanos de cada persona, ponemos al centro el derecho al acceso de la atención en salud mental en poblaciones migrantes, tomando en cuenta que son grupos vulnerados con múltiples y sistemáticas violaciones a sus derechos desde el origen, tránsito y destino. Lo anterior, se operacionaliza en la atención de las siguientes formas:

1. Brindar no solo el acompañamiento y apoyo psicológico, sino también incorporar en los instrumentos una concientización de que son personas con todos los derechos aun estando fuera de su país y en situación irregular.
2. Ofrecer información veraz y verificada sobre otras instancias de atención en salud, seguridad y justicia. Por ejemplo, los protocolos para la denuncia en la fiscalía especial para los delitos de violencia contra las mujeres, organizaciones que brinden asesoría o asistencia jurídica y centros de salud.
3. En caso de no contar con los recursos suficientes, habrá de ser claros con las usuarias sobre los alcances en el acompañamiento y no prometer más de lo que la terapeuta pueda apoyar, de acuerdo con las limitaciones materiales y emocionales de cada proyecto migratorio.

Se encontrarán necesidades específicas en cada contexto geográfico en el que transitan las mujeres migrantes. Por ejemplo, una de las necesidades frecuentes reportadas durante el pilotaje del instrumento era asegurar el derecho a la información sobre qué hacer en casos de haber sufrido violencia sexual, el derecho a la información sobre cómo solicitar el refugio en COMAR y el derecho a la información por parte del Instituto Nacional de Migración para evitar abusos por parte de las autoridades. Dicha información es de fundamental importancia ya que brinda seguridad y certeza a las mujeres para dar pasos firmes e informados de cómo salir adelante ante las adversidades que se les presentan durante el tránsito por México.

Por otra parte, en la atención en salud con perspectiva de género es importante incorporar los criterios de salud mental de las mujeres y no reducirlo al diagnóstico biomédico o de médicos especialistas. Implica, entonces, llevar la experiencia del padecimiento fuera del espacio clíni-

co y discurso biomédico, integrando así otros aspectos y determinantes sociales en el análisis de su proceso de salud/enfermedad/atención (Dossa, 2004). Finalmente, para comprender el contexto y territorio en que se produce el malestar, será necesario identificar las relaciones que establece el paciente con los otros actores de su entorno inmediato.

Respecto a la comprensión más amplia de la salud mental en contextos con bagajes culturales distintos, debemos tener en cuenta que la cultura dominante de la psiquiatría ha reducido significativamente la comprensión de un campo tan amplio como es el de la salud mental (Martínez Hernández, 2000; Young 2016). Lo anterior se ve reflejado en la homogeneidad con que la psiquiatría define, estudia y diagnostica la depresión o la ansiedad. Sin embargo, para nuestro caso, será importante conocer los criterios de salud mental desde las mismas mujeres o de quienes lo padecen.

Incluso, consideramos que no existe un modelo explicativo fijo y los individuos aluden a diferentes factores para explicar por qué están experimentando problemas; estas explicaciones pueden ser religiosas, de eventos de vida e incluso biológicas, pues cada individuo se mueve en un gran espectro de creencias para dar significado a su sufrimiento psíquico (Williams y Healy, 2001).

Las perspectivas y conceptos teóricos de los que partimos se nutren de distintas miradas disciplinarias. En principio partimos de una comprensión amplia y compleja del concepto de salud mental que va más allá de su dimensión biológica, profundizando en aspectos sociales, culturales y económicos que rodean a las personas (Menéndez, 2010). Sobre todo, las condiciones y adversidades en la vida de los migrantes, toma centralidad en la interpretación de sus padecimientos.

Desde la perspectiva psicosocial, lo psicológico y lo social no son mutuamente excluyentes. La salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual (Martín-Baró, 2006).

Esta forma de comprender el padecimiento mental nos permitió durante la atención no solamente un abordaje distinto, sino también ofrecer un

acompañamiento que dependía de las necesidades de las personas. Por ejemplo, no era lo mismo trabajar con mujeres en comunidades en tránsito, personas que pasan por los albergues de migrantes, personas deportadas, personas que han sido violentadas o que han sufrido accidentes y lesiones en la ruta migratoria. Cada uno requirió diferentes formas de atención.

Trabajar desde esta perspectiva también implica incorporar las experiencias y narrativas del paciente para comprender o enmarcar su aflicción dentro de una serie de dificultades que le impone su contexto (Dossa, 2002). Para el caso de las mujeres migrantes, es importante entender la relación entre sus condiciones materiales y emocionales, que muchas veces se manifiesta en otro tipo de afecciones en la salud mental. De no hacerlo así, corremos el riesgo de caer en los viejos estigmas que cargan de sentidos negativos el diagnóstico de la atención psicológica.

Hacemos fuerte referencia en este último punto ya que, en el pilotaje de la Guía, encontramos que en varios casos se pensaba que la atención psicológica solamente era para personas “trastornadas” o “enfermas”. Sobre todo, lo observamos reportado en las mujeres procedentes de Haití, donde las atenciones psicológicas se daban principalmente para casos de emergencia.

Consideramos que una manera de trabajar sobre estas representaciones de la lucidez y la locura e interpretaciones maniqueístas se puede hacer a partir de la construcción de conceptos más amplios y familiares sobre la salud mental. Crear puentes entre los saberes del personal de atención y los saberes que las personas en movilidad tienen sobre la salud mental, incorporando elementos familiares y relacionados con representaciones culturales de la salud mental.

Finalmente, es de importancia, incluir además un componente educativo para construir la confianza a partir de un espacio seguro, en que el desahogo y la información revelada no será compartida. Intentar a la vez no caer en la revictimización al tratar a las usuarias como personas enfermas, problemáticas o “trastornadas”, buscando siempre la problemática en la situación y no en las usuarias. Más aún cuando la angustia, ansiedad y síntomas depresivos provienen de situaciones como son las diferentes formas de violencia en la vida de las mujeres.

La persona que presta servicios de salud entonces intentará promover una perspectiva intercultural de la salud mental en que no predomine una sola visión en el intercambio. Un buen ejercicio es integrar las nosologías y formas de comprensión de las usuarias sobre sus malestares. Poner atención a sus propios síntomas y formas de nombrar sus padecimientos, sin intentar esa homologación generada por saberes como el de la biomedicina.

Otra manera bastante eficaz, en la experiencia de nuestro proyecto, para acortar el distanciamiento entre personal médico y pacientes fue integrar a otras mujeres migrantes que se encontraban en la misma situación, como promotoras de la salud mental e intérpretes. En nuestra experiencia, la participación de otras mujeres migrantes fue clave para reducir brechas y disminuir la desconfianza institucional.

## ESTRUCTURA Y COMPONENTES DE LA GUÍA

En este escenario surge la iniciativa del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) de proponer e implementar inicialmente un modelo de atención a la salud mental con perspectiva interseccional de género, y transitar finalmente hacia una Guía práctica con el objetivo de ofrecer criterios generales y las consideraciones mínimas para que las instituciones que están en primera línea de atención cuenten con las condiciones para diseñar sus protocolos enfocados a atender la salud mental de las mujeres migrantes (INMUJERES, 2022) partiendo que la salud, en tanto derecho humano, además de implicar la garantía de acceso a políticas de prevención y a los servicios de salud generales, también incluye el acceso a servicios especializados enfocados a las necesidades particulares de las mujeres migrantes, fortaleciendo así los servicios para esta población.

Por supuesto, nos enfrentamos al desafío de proponer una Guía que incluyera a una población heterogénea, caracterizada por las diversas formas de movilidad que se han identificado en México, concretamente en la frontera sur de Chiapas. Entre otras, podemos referir la migración irregular, desplazada, de retorno, en tránsito y en espera de refugio o asilo. Todas implican riesgos de diversa índole y, por lo tanto, generan distintos niveles de malestar, tensión emocional o angustia.



A estas situaciones coyunturales se suman las condiciones estructurales asociados a las desigualdades de género y de los cuerpos racializados que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Adicionalmente, a éstos, la situación jurídica irregular, el desconocimiento de las instituciones de atención en salud, los tiempos, a veces cortos, que condicionan la atención a la prioridad de avanzar hacia el norte, así como los desafíos del idioma y otros estigmas asociados a la dificultad que implica la búsqueda de atención en salud mental (Cabassa, L., Zayas L., y M. Hansen, 2008).

Las personas migrantes que llegan a México enfrentan dificultades de carácter económico, social y de seguridad, debido al contexto de violencia generalizada y la criminalización de la que son víctimas. El poco acceso a servicios, el alojamiento inestable, la falta de empleo, la violencia, la falta de certeza jurídica y la separación de sus redes de apoyo facilitan el desarrollo de problemas de salud mental en la población migrante, a pesar de lo cual, ante estas diversas necesidades, dejan la atención de su salud mental en un segundo plano. Además de que el estigma y la discriminación que rodea a los padecimientos mentales frecuentemente impide que recurran a los servicios de salud apropiados.

Particularmente, en el caso de las mujeres migrantes, la búsqueda de mejores oportunidades económicas y el aumento de la violencia de género en la región influyen en la migración, lo que resulta también en el aumento de los riesgos de deterioro de su salud mental desde el origen, lo cual se profundiza con las amenazas y violencia sexual contra ellas, así como contra sus hijas e hijos durante el tránsito. El sufrimiento físico de las violencias y las repercusiones psicológicas podrían frenar su desarrollo y el de sus familias. Por último, este instrumento se justifica al no existir criterios mínimos que marquen la pauta para atender la salud mental de manera eficaz, basados en una investigación profunda de las necesidades de las mujeres migrantes en situación de crisis.

Como resultado de nuestro trabajo presentamos la presente Guía de atención inicial con perspectiva de género, que bien puede entenderse como una pauta de acción que busca identificar y responder a las necesidades de las mujeres en escenarios de movilidad humana por diversos territorios en México.

Para ello, se conformó un equipo multidisciplinario, capacitado y comprometido en mejorar las condiciones para la atención en salud mental de las mujeres migrantes partiendo de que la persona prestadora del servicio de atención debe conocer en la medida de lo posible el entorno del que provienen las mujeres, las situaciones o adversidades enfrentadas durante el tránsito, así como las condiciones y problemáticas que enfrentan durante su estancia en México.

Son tres los principios rectores que orientan la presente Guía basada en modelos psicosociales y que fueron incorporados en la intervención, a saber, una perspectiva interseccional de género, la portabilidad de derechos humanos y el reconocimiento de entornos multiculturales. Se centra, sobre todo, en la puesta en práctica de respuestas mínimas. Es decir, acciones de salud mental y apoyo psicosocial imprescindibles y de alta prioridad que han de considerarse antes y después de la etapa de emergencia aguda y durante la atención con base en las pautas internacionales en la materia como las directrices actualizadas del mhGAP.<sup>1</sup>

Previo al pilotaje, el diseño de este instrumento se sustentó en una revisión bibliográfica sobre otros modelos, manuales y guías diseñados para la atención e intervención a la salud mental de personas en condición de migración y de mujeres víctimas de violencia y/o trata:

Modelo o guía revisada	Autor	Año
Guía de atención psicosocial para personas migrantes retornadas en condición de vulnerabilidad y víctimas del delito de trata	OIM	2019
Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México	INCIDE Social-Sin Fronteras IAP	2012
Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement	OIM	2019
Guía de intervención humanitaria mhGAP. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias (y su versión actualizada).	OMS	2016, 2017

<sup>1</sup> OPS, (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.

Esta primera revisión fortaleció el diseño del modelo inicial dando como resultado una Guía que cuenta con diversos componentes que desarrollamos a lo largo del Capítulo 3:

- a. Recepción
- b. Tamizaje-cuestionario psicosocial
- c. Primeros Auxilios Psicológicos
- d. Consejería
- e. Componente Educativo Comunitario
- f. Referencia y acompañamiento a otras instancias especializadas
- g. Autocuidado de Salud Mental, ¿Quién cuida a las cuidadoras?

## PILOTAJE

Para aplicar y verificar la guía en campo se contó con la colaboración de la Secretaría de Igualdad de Género Municipal del municipio de Tapachula, la cual facilitó las instalaciones para que el equipo de psicólogas pudiera atender a las mujeres migrantes en tres espacios físicos, localizados en distintos puntos geográficos de la ciudad. Dos en los Centros de Desarrollo Comunitario (Cedeco) Sur y Norte y uno en el Módulo de Atención Inmediata para Mujeres en Situación de Riesgo (MAI Centro).

El equipo de campo en Tapachula estuvo conformado por seis psicólogas originarias de Chiapas. Cuatro psicólogas fueron las encargadas de dar la atención directa a las mujeres migrantes en las instalaciones facilitadas, además de brindar la atención en dos albergues y dos coordinadoras, con una amplia trayectoria laboral en instancias públicas, centros de readaptación, el DIF Municipal, así como en la atención privada y colaborando con distintos proyectos de investigación con poblaciones vulnerables (migrantes, trabajadoras sexuales y personas viviendo con VIH); encargándose de la organización y supervisión de la atención a las mujeres migrantes, así como de los vínculos institucionales locales que fueron requeridos en la Guía para el despliegue de los mecanismos de referencia y contrarreferencia en la atención.

En total, durante el periodo de pilotaje, se dieron 56 atenciones a 36 mujeres migrantes; a 23 mujeres se les dio una sola atención y 13 recibieron dos

o más atenciones. La mayoría de ellas eran de origen centroamericano, con una media de edad fue de 34.5 años. Casi todas las mujeres manifestaron viajar en compañía de algún familiar, principalmente con sus hijas e hijos; con sus hijas, hijos y su pareja o con integrantes de su familia nuclear y ampliada. Únicamente dos mujeres expresaron que viajaban solas.

En relación con el motivo de la atención, dieciséis mujeres mencionaron que habían sido víctimas de violencia, ya fuera sexual, física o psicológica, dos de las cuales eran sobrevivientes de intento de feminicidio; once mencionaron que padecían ansiedad, cuatro llegaron buscando consejería para sus hijos y siete acudieron por otros motivos. Respecto al tamizaje que se les aplicó, los temas explorados fueron: rol de cuidadoras, ansiedad, depresión, consumo de sustancias, violencia y abuso sexual y trata.

En general, la mayoría de las mujeres tenía preocupación por el rol que desempeñaban como cuidadoras de otras personas generalmente sus hijas e hijos, además de presentar cuadros de ansiedad y depresión. En cambio, casi ninguna consumía sustancias psicoactivas.

Respecto a la violencia, destaca la gravedad y extenso del problema. La mitad de las mujeres habían sido amenazadas o intimidadas, trece habían sido encerradas, aisladas, lastimadas o amenazadas con objetos o armas, veintiuna señalaron ser víctimas de violencia sexual de entre ellas, nueve plantearon haber sostenido relaciones sexuales forzadas y doce habían sido abusadas sexualmente, mientras que siete habían sido privadas de su libertad.

El pilotaje de la Guía en campo duró doce semanas, de mediados de julio a mediados de octubre del 2022.

CAPÍTULO 1



SALUD MENTAL,  
MIGRACIÓN Y  
PERSPECTIVA  
INTERSECCIONAL DE  
GÉNERO



**I**ntegrar la perspectiva de género desde un enfoque interseccional es impostergable para abordar las necesidades específicas en salud mental de las mujeres migrantes. Es conveniente primero preguntarnos ¿a qué nos referimos con incluir una perspectiva interseccional de género en la atención en salud mental?

Una respuesta la encontramos en algunas directrices que los estudios feministas, en el ámbito académico y en el activismo, han señalado como pertinentes al momento de abordar los problemas en salud de las mujeres en general:

1. Existe una serie de factores en la vida de las mujeres que constituyen “modos de vida *enfermantes*”. Es por eso por lo que debemos entender las condiciones sociales que ponen a las mujeres en desventaja para su participación en la vida social (Burin, 1987, 2000). Lo anterior requiere leer e interpretar la historia de las mujeres en los marcos más amplios, que las constriñen y les adjudican ciertas funciones en asunción de roles culturales y sociales (Dossa, 2004).
2. Esos roles de género asignados socialmente influyen en las actividades y expectativas a cumplir o desarrollar de forma cotidiana. Uno de ellos es el del cuidado del grupo familiar (de sus diversos arreglos familiares), además del grupo social. Lo anterior se traduce, en la mayoría de los casos, en una sobrecarga o doble jornada; pues contrario a las representaciones tradicionales que se hacen de las mujeres, ellas, además, tienen una participación en la subsistencia económica de sus hogares. La gran demanda y expectativas vinculadas a los roles de género se relacionan así con la salud mental o emocional de las mujeres (Salgado y Díaz Pérez, 2002), propuesta ampliamente documentada por los estudios de género.
3. El género es una de las formas en que la sociedad organiza a los individuos en el acceso al poder y a los recursos, traducándose en la participación desigual tanto de hombres y mujeres para la toma de decisiones del grupo social (Lagarde, 1996). Históricamente, para las mujeres lo anterior es observable en la serie de inequidades para acceder a recursos materiales y simbólicos. Entonces, pensar en la situación social de las mujeres desde una

perspectiva de género implica enfocarse en las inequidades y sus dificultades de acceso y control de los recursos valorados socialmente. De ahí que el género es el elemento central en estructurar las inequidades en las diferentes esferas de la vida diaria.

4. La manifestación máxima y cotidiana de esa inequidad es la violencia de género (Scott, 1996). El concepto de *violencia de género* o *violencia basada en género* surge para explicar cómo la violencia en contra de las mujeres ocurre en un contexto social de orden patriarcal en el que las mujeres ocupan un lugar subordinado. Así, parte de la violencia ejercida hacia las mujeres busca reafirmar o perpetuar este orden. Esta violencia las acompaña a lo largo de su vida en el ámbito público y privado (Heise, 1994). Es importante también subrayar que generalmente la violencia de género inicia en el núcleo familiar y puede acompañar a las mujeres a lo largo de la vida al ser legitimada socialmente por la misma comunidad y las instituciones.
5. Como bien señala Barría Oyarzo (2023), la perspectiva interseccional nace de la necesidad de dar cuenta de las imbricaciones de diferentes relaciones de poder vinculadas principalmente al género, la clase social y la raza, reconociendo allí un fenómeno social con características específicas en cada contexto. Se presenta como una perspectiva transdisciplinaria dirigida a comprender la complejidad de las identidades y desigualdades desde un enfoque integrado (Bilge, 2009) y retoma a Anthias (2006) sobre Pessar y Malher (2003), para subrayar que en el análisis de las migraciones transnacionales es necesario entender el género operando en diferentes escalas sociales y espaciales que afectan la posición de una persona o grupo en diferentes momentos, interactuando con otras categorías de clasificación dentro de jerarquías de poder que determinan la capacidad de agencia de las personas. Los tipos de relaciones de poder no se viven de manera segmentada ni aditiva, sino que ubican a sujetos en situaciones particulares.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Barría Oyarzo, Carlos (2023), "Interseccionalidad", en Jiménez Zunino, C.; Trpin, V. (coordinadoras) (2.a ed. ampliada) *Pensar las migraciones contemporáneas*, Buenos Aires. URL:<https://www.teseopress.com/migracionescontemporaneas>



Ahora bien, existen diferentes tipos y modalidades de violencia como es la *violencia psicológica*, entendida como toda hostilidad verbal o no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, ignorancia, sometimiento, dominación, privación económica, humillaciones, expulsión del hogar, infidelidades, coacción (Espinar Ruiz, 2003).

También es violencia psicológica impedir o imponer que la mujer acompañe a la pareja a actividades sociales o que estudie o trabaje, perseguirla u hostigarla por la calle o en su medio laboral, aislarla socialmente, impedirle tener contacto con familiares y amigos, romper o tirar objetos, matar o herir a mascotas de la víctima, no proveer las necesidades de la familia, ocultar las ganancias, negar dinero, controlar excesivamente los gastos, retirar las tarjetas de crédito y las firmas del banco, vender pertenencias de la víctima, entre otras. Otras formas de violencia a distinguir son descritas por Corsy y Peyrú 2003:

La *violencia económica*, corresponde a “excluir a la mujer de la toma de decisiones financieras y controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, ocultarle información acerca de sus ingresos”, dificultar su acceso al mercado laboral, apropiarse de sus bienes e ingresos, etc.

Por *violencia física* se entiende “cualquier conducta que integre el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de otra persona de tal modo que encierre riesgo de lesión física, daño o dolor, sin importar el hecho de que en realidad esta conducta no haya conducido a esos resultados.”

La *violencia sexual* es aquella que “se ejerce contra el cuerpo de la mujer y que supone a la vez una agresión física y un ultraje psíquico que atentan fundamentalmente contra la libertad sexual de la persona.”

Finalmente, es importante incluir la violencia feminicida definida por Lagarde (2008) como una ínfima parte visible de la violencia contra niñas y mujeres que sucede como culminación de una situación caracterizada por la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos de las mujeres. Su común denominador es el género: niñas y mujeres son violentadas con crueldad por el solo hecho de ser mujeres, y solo en algunos casos son asesinadas como culminación de dicha violencia pública o privada.

Como hemos señalado, las violencias se pueden ejercer tanto en el ámbito público como en el privado. Esta puede originarse en la familia y perpetuarse en la relación de pareja. Cuando hablamos de la violencia familiar es importante comprender que las relaciones familiares en condiciones de precariedad económica pueden reproducir frustraciones mal resueltas entre sus miembros. Estas violencias relacionales entre los miembros de la familia deben ser comprendidas en un escenario en que el grupo busca la supervivencia y subsistencia (Lewis, 1961).

Las manifestaciones de violencia expuestas deberían ser contempladas en la vida de las mujeres cuando nos aproximamos a la verbalización de sus malestares, angustias y padecimientos en salud mental (Ordorika, 2009). Inclusive, somatizaciones como los “nervios”<sup>2</sup>, ansiedad, estrés o depresión, pueden identificarse como una respuesta física y psicológica ante las demandas hacia las mujeres en su vida cotidiana.

Algunos autores han descrito el “ataque de nervios” como la *corporalización* de la opresión de las mujeres (Finkler, 1989). Es decir, la suma de todos los factores y las condiciones mencionadas forman y enmarcan la vida de las mujeres a lo largo de su existencia.

## SÍNTOMAS, MALESTARES Y CAUSALIDADES COMO DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN Y ESCUCHA PSICOLÓGICA

26

Uno de los aportes de la presente Guía es la utilización de un breve instrumento a modo de tamizaje inicial, es decir un cuestionario psicosocial que permita a las prestadoras del servicio identificar el tipo de atención que requiere la usuaria desde el primer contacto. Así, esta guía diagnóstica permite, a partir de la lectura de síntomas que van de leves, moderados a severos, tomar decisiones para las acciones a seguir en la atención.

---

<sup>2</sup> Los síntomas de “los nervios” es decir manifestaciones del sistema neurológico muestran algunas variaciones entre los grupos sociales pero el patrón general es similar: incluye dolores de cabeza, fatiga, debilidad y problemas estomacales, así como sentimientos de angustia, ira y tristeza (Davis y Guarnaccia, 1989).

Durante la experiencia del pilotaje y como mostraremos a continuación, la mayoría de las usuarias expresaron haber experimentado diversas violencias que comenzaron durante la infancia en el seno del grupo familiar. Una de las más severas reportadas es la violencia de tipo sexual por parte de algún familiar, negada incluso por otros miembros de la familia.

Consideramos importante conocer y nombrar este tipo de violencias porque generan una serie de emociones con que las mujeres deben lidiar y continuar sus vidas.

Por ejemplo, fue observable que la violencia sexual se manifestó en forma de culpa. Las mujeres llegaban a cargar con la culpa de sentir que provocaron de alguna manera esas agresiones sexuales, culpa de no haber hecho lo necesario para salir de esa situación, culpa de no haber denunciado, culpa por no tener la suficiente fortaleza para enfrentarla, culpa por callar, por no poder salir del círculo de agresión, incluso por perdonar al agresor. Culpa de no haber podido salir a tiempo y presenciar cómo esas violencias se manifiestan y reproducen en sus hijas e hijos. Incluso, cuando sus hijos presentan algún problema de tipo emocional, se culpabilizan por la posibilidad de haberles transmitido sus propias frustraciones.

En el caso de haber sido víctimas de violencia sexual por parte de algún desconocido, se culpabilizan por haber estado en un mal lugar y momento, e incluso, por salir de su país en esas condiciones, exponiéndose a los riesgos que otras personas previamente les señalaban.

Otra forma de internalización del control cotidiano, desde la infancia, se observó en las expectativas por parte del grupo familiar. Esas expectativas se van reforzando a lo largo de sus vidas por parte de su comunidad, reafirmadas incluso en la familia que después conforman. Como consecuencia, varias de las mujeres dejaron de escuchar su propia voz o como llaman ellas “intuición”, para tomar decisiones basadas en lo que sus familiares o amigos les recomendaron. Como consecuencia de esa interiorización de las voces de otros, las mujeres llegaban al punto de sentirse inseguras y ansiosas cuando debían tomar decisiones por sí mismas.

Para estos casos, la recomendación por parte de la terapeuta hacia la paciente era que intentara escuchar su propia voz. Con este ejercicio, la

usuaria podría detectar cuáles eran sus prioridades y qué es lo que ellas creían correcto, para tomar decisiones desde la tranquilidad de pensar en sí y para sí mismas. Como recomendación terapéutica, entonces, se utilizó la escucha de la voz propia y el trabajo de la autoestima desde una perspectiva feminista. Es decir, se buscó que las mujeres dieran prioridad a sus necesidades y deseos, sobre las metas sociales y políticas colectivas, que usualmente son puestas por encima de ellas (Lagarde, 2001).

## LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LAS MUJERES COMO MIGRANTES EN LA FRONTERA SUR DE CHIAPAS

Un punto importante de nuestra propuesta es integrar la serie de situaciones estructurales antes señaladas en la experiencia migratoria de las mujeres. Para lo anterior, comenzaremos señalando que la migración para las mujeres tiene un impacto en diversos niveles, nivel intrasubjetivo o individual, nivel familiar o de relaciones cercanas intersubjetivo e incluso nivel comunitario o transfronterizo que pudiéramos identificar como transubjetivo, es decir constituido en lo fundamental por representaciones inconscientes de la cultura que tiende a ser reconocido en su importancia y autonomía en situaciones extremas como guerras, catástrofes sociales, crisis económicas, desempleo generalizado, migración entre otras (Spivacow, Miguel, 2002). Esto es claro en las decisiones de cuál de los miembros del hogar debe migrar (UN Women, 2013). Algunas mujeres emigran como consecuencia de las decisiones familiares, pues son elegidas para emigrar con la expectativa de que –más que los hombres– priorizan por el interés de la familia, trabajarán duro, aceptarán peores condiciones de vida y enviarán una mayor cantidad de sus ingresos (Instraw, 2007). A su vez esto refleja un pensamiento idealizado de que las mujeres son más capaces que los hombres de sacrificarse por el bienestar de su familia, en una clara repetición de los mandatos de género de las mujeres.

La desigualdad de género también se puede observar en los distintos momentos del proceso migratorio (Hondagneu-Sotelo, 2007). Por ejemplo, durante el tránsito, las mujeres están más expuestas que los hombres a sufrir abusos verbales, físicos y sexuales (Loresti, 2010). Esto inicia desde el lugar de origen con las violencias familiares y comunitarias. También proviene de sus compatriotas (policías, polleros, autoridades, etc.) y con-

tinúa dentro del país al que emigran (Leyva-Flores *et al.*, 2019). Cabe agregar que, si son jóvenes, suelen ser vistas como mercancía sexual (Asakura & Falcón, 2016; Torre Cantalapierra, 2021).

En el destino, las mujeres migrantes entran a menudo en sectores de empleo con salarios más bajos y menos regulaciones que en los que los hombres participan. La falta de regulación para el sector con mayor participación en el empleo femenino —el trabajo doméstico y de cuidado— también implica una violación de sus derechos laborales y las expone a la explotación, lo cual es difícil de reportar y tratar debido a las limitaciones para el acceso de las mujeres migrantes a la justicia (UN WOMEN, 2013).

A menudo las mujeres deben soportar largas jornadas, además de las obligaciones financieras y familiares. Quizá la parte más trágica la tienen quienes, al emigrar solas, viven llenas de culpa y preocupación, al dejar a sus hijos o a su marido (Loresti, 2010).

Por último, un aspecto no menor a considerar es la condición jurídica de las mujeres. El hecho de ser indocumentada ha pasado de ser una falta administrativa a un delito en muchos de los países.

Lo anterior se traduce en una serie de limitantes y condiciones tales como: la inserción en empleos del sector informal mal remunerados y sin las prestaciones correspondientes, falta de movilidad, miedo a la deportación y, con ello, a la separación familiar, el no acceso o acceso limitado a los servicios de salud y de justicia. Así, debemos comprender el recelo que existe frente a los servicios de justicia en casos de violencia, que incluso se traduce en falta de denuncias e impunidad.

Otro aspecto que considerar en la migración llamada “irregular” es que la mayoría de las mujeres que ingresan por la frontera sur indicaron haber solicitado previamente algún tipo de visa o permiso para poder ingresar a México o a Estados Unidos. En la mayoría de los casos les había sido negado el permiso al no ser elegibles por no demostrar los recursos económicos suficientes (León Rojas y Luque Brazan 2022).

Así, es importante comprender que la migración irregular es la única opción para salir de sus lugares de origen en búsqueda de un espacio que les

ofrezca mejores condiciones de vida y, sobre todo, seguridad para ellas y sus hijos.

Esta condición se ve reafirmada en la frontera sur, donde la información para acceder a permisos de tránsito o visas humanitarias resulta no solamente confusa, sino que también requiere de una espera indefinida.

Además, transitar por un país bajo la condición de “irregular” deja a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad ya señaladas; ellas llegan a interiorizar que no tienen derechos en un país ajeno. Así, la búsqueda de atención en salud, instancias de justicia y otras formas de asistencia se desincentiva por miedo a la negación de los servicios, y en el mayor de los casos, miedo a la deportación.

Para el caso de la búsqueda de atención terapéutica, el hecho de no contar con papeles puede ser una limitante, que incluso dificulta la canalización con respecto a protocolos de otros servicios. En el trabajo empírico observamos que, si no existe interés por parte de los actores institucionales en la atención de la usuaria, se puede perder la canalización.

Finalmente, para quien todavía se cuestione ¿por qué a pesar de todos los riesgos y situaciones desafiantes que enfrentan las mujeres continúan su camino hacia los Estados Unidos? Destaca en voz de las propias mujeres no solo es el anhelo de buscar una vida mejor en ese país, basado en la seguridad que para ellas y sus hijos representa sino en la imposibilidad de continuar cualquier proyecto de vida propio, familiar o en común en sus lugares de origen.

Durante las consultas, gran parte de las preocupaciones de las mujeres estaban relacionadas con la amenaza a su seguridad por parte, no solo del crimen organizado, sino de la pareja o grupo familiar. Incluso, esa inseguridad continuaba a la par de su camino cuando hacían la migración acompañada de sus parejas. El retorno al país de origen era considerado una opción poco viable, debido a que varias de las mujeres y grupos familiares habían vendido su patrimonio (carros, casas, negocios) antes de comenzar el viaje. Así, ante ese escenario, Estados Unidos representa la posibilidad de estar a salvo o al menos en mejores condiciones.

Por otro lado, y retomando el rol de cuidadoras que le es asignado a las mujeres en contextos latinoamericanos, las mujeres afirman sentirse responsables del cuidado y bienestar de sus familias en el origen. Así, Estados Unidos les representa la única posibilidad de mejores remuneraciones para el sustento de sus hogares. Además de la expectativa de que en algún momento estarán en condiciones de llevar con ellas a sus familias, para alejarlas de las violencias de sus comunidades de origen.





CAPÍTULO 2



TAPACHULA Y  
LA DINÁMICA  
TRANSFRONTERIZA



**E**l tránsito, considerado la mayoría de las veces como una fase más dentro del proceso migratorio, ha comenzado a ser problematizado teórica y metodológicamente por el crecimiento numérico de migrantes y el abuso sistemático de sus derechos humanos (Duvel, 2021). A nivel internacional, el tránsito se ha prolongado y ha tomado características como la estadía indefinida en el lugar que antes era de paso, dependiendo cada vez más de lo dictado por políticas económicas o migratorias, y poco de la decisión individual de los migrantes (Coyler, 2010; Griffiths, 2014).

Ante la insuficiente respuesta para atender las necesidades de dicha población, se ha documentado previamente lo que implica para los migrantes el agotamiento de recursos económicos y deterioro emocional durante su paso por México. Adicional a lo anterior, una serie de decisiones en política migratoria está redefiniendo la extensión de la permanencia del paso de migrantes internacionales por el país. La entrada en vigor del programa estadounidense “Permanece en México” [4]<sup>1</sup> y la tendencia de complejizar la solicitud de asilo en Estados Unidos hace de México ya no solo un lugar de tránsito, sino también la antesala de una espera cada vez más prolongada para la solicitud de asilo o un lugar de permanencia indefinida (Musset, 2015; París Pombo & Díaz Carnero, 2019).

Es así como México, de ser un país de tránsito, se ha convertido en los últimos años en la sala de espera para tramitar la solicitud de asilo y refugio en el país vecino. Paralelamente, ha intensificado la deportación de personas detenidas al cruzar la frontera entre puertos de entrada oficiales, incluidos aquellos que esperaban entregarse, negando el acceso al asilo (Ahmed *et al.*, 2020). Es por lo anterior, que en el siguiente capítulo

---

<sup>1</sup> El programa implica que los solicitantes de asilo internacionales esperen sus audiencias en las ciudades fronterizas. Es parte de los intentos del gobierno federal estadounidense por exterritorializar el proceso de asilo (López Reyes, 2020; París Pombo & Díaz Carnero, 2019), por lo que se ha mantenido una devolución sistemática de solicitantes a las ciudades fronterizas mexicanas de Tijuana, Ciudad Juárez y Mexicali (Cerón, 2020; Griffiths, 2014). Así, según una estimación realizada por grupos de derechos humanos, para enero del 2020 las autoridades estadounidenses habían regresado a 27,500 solicitantes de asilo a la región de Tijuana-Mexicali (Pachico & Meyer, 2020). Para el mes de agosto, más de 60 mil personas fueron regresadas a México en el marco de este programa (Milenio, 2020; Mossad, 2019).

presentaremos una breve descripción de Tapachula, ahora convertida en sala de espera y de tránsito para miles de migrantes.

La ciudad de Tapachula, en el estado de Chiapas, es considerada el primer punto geográfico en el territorio mexicano en su frontera con Guatemala. Es la ciudad más cercana al Departamento de San Marcos, Guatemala, conformado a su vez por Tecún Úman y El Carmen. En el mapa regional es un punto nodal del movimiento poblacional y migratorio entre América Central y México (Fernández-Casanueva y Juárez, 2019; Rodríguez, 2014).

Las regiones geográficas son un espacio con una dinámica social, política y económica común. La región del Soconusco está hoy conformada por municipios que pertenecen administrativamente a Chiapas pero que, histórica y prácticamente, son un corredor regional en el que la dinámica fluye en distintos sentidos. Sin embargo, la regulación político-administrativa de la frontera entre México y Guatemala tiene implicaciones políticas y sociales. La porosidad de la frontera (como espacio político-administrativo) pero con una persistente dinámica social y económica sin límites definidos en el espacio, es el escenario en el que confluye una población móvil con características y necesidades diversas, que aportan especificidades importantes a tener en cuenta (Fernández-Casanueva y Juárez, 2019). La frontera no frena en un sentido estricto la actividad de la región, pero sí dota de características relevantes al movimiento social: la “clandestinidad”, el control fronterizo, el estigma de la delincuencia, entre otras, forman parte de los diferentes espacios de vulnerabilidad de las mujeres y hombres migrantes.

A la movilidad poblacional con dinámica propia en la zona se le suma la población que ingresa al país en su trayectoria hacia Estados Unidos. Esto la hace receptora de otros grupos poblacionales provenientes, principalmente, de América Central (Guatemala, Honduras y El Salvador), zona expulsora de población migrante desde la década de los ochenta, a causa de conflictos armados, así como a la precariedad económica agravada por desastres ambientales (terremotos y huracanes) durante la década de los noventa, pero también por una fuerte ola de violencia a causa de las pandillas (Villanueva, 2012; Willers, 2016; Zarco Ortiz, 2018). Esto se refleja en la llegada de personas y familias completas en busca de un mejor nivel de vida, que pretenden llegar a Estados Unidos o buscar refugio en México.

Durante el desarrollo del instrumento en Tapachula, las mujeres a las que se les brindó atención psicológica tenían un perfil sociodemográfico similar al señalado previamente, en donde la gran mayoría fueron de origen centroamericano. De estas, la mitad eran de nacionalidad hondureña y la otra mitad estaba constituida por mujeres de Nicaragua, Guatemala y El Salvador. También se atendieron a tres mujeres haitianas y una venezolana. La media de edad fue de 34.5 años, teniendo la mayor 54 años y la más joven 18 años. No se tuvo registro de mujeres menores a 18 años debido a que la atención iba dirigida a mayores de edad.

Con relación a con quién viajaban, casi todas las mujeres manifestaron hacerlo en compañía de algún familiar, principalmente con sus hijos, pareja, y con integrantes de su familia nuclear y ampliada. Únicamente dos mujeres expresaron viajar solas. De lo anterior se puede concluir que el perfil predominante en las mujeres migrantes atendidas con la aplicación de la Guía fue principalmente de centroamericanas, particularmente hondureñas, en edades laborales y viajando con familiares directos.

Si bien se sabe que en Tapachula es menor el flujo de migrantes de Venezuela y Haití, respecto a Centroamérica, su presencia es importante, lo cual se pudo constatar con el trabajo de difusión y promoción realizado por el equipo en la Estación Siglo XXI, en la COMAR, en el Instituto Nacional de Migración (INM), así como durante los recorridos por CEDECO Sur, Los Parques Hidalgo y Bicentenario.

A pesar de estas acciones y la presencia de población migrante de ambas nacionalidades, únicamente se logró atender a una mujer venezolana y tres haitianas. Con base en la información obtenida por las dos promotoras que hablan Creole, en esto pudo haber influido que varias haitianas manifestaron estar muy ocupadas en resolver necesidades básicas como conseguir comida, dinero y ropa, además que otras mostraron rechazo a la atención psicológica, comentando que es para gente “loca”. Además, la atención psicológica por medio de una intérprete, al afectar la fluidez de la conversación y la privacidad psicóloga-usuaria, pudo influir en que algunas migrantes haitianas no aceptaran la atención.

Aunque se tuvo menos contacto con población migrante de origen venezolano, parece que esta viaja con mayores recursos económicos y resuel-

ven sus necesidades en otro tipo de servicios, pues a pesar de constatar su presencia en las calles, parques e instancias gubernamentales donde la población migrante realiza trámites (COMAR, INM), escasamente se les encontraba en lugares donde las Organizaciones de la Sociedad Civil dan atención gratuita, como los albergues y en el CEDECO Sur.

Los testimonios proporcionados por muchas de las mujeres que asistieron a las atenciones constataron el contexto de violencia extendido que existe en la mayoría de los países de Centroamérica. Varias de las mujeres sufrieron violencia desde su infancia por hombres de su familia nuclear (padres) y extendida (tíos/ primos), así como por parte de sus parejas. A esto se le suma la violencia ejercida por las bandas de delincuentes que intentaban ejercer control sobre los jóvenes hombres, para que ingresen a sus bandas, y que hostigaban y amenazaban a las mujeres. Dentro de la violencia vivida por estas mujeres, se mencionaron casos de violación sexual, intento de homicidio, asesinato de algún familiar, agresiones físicas, verbales y amenazas.

Por ejemplo, los datos del tamizaje señalan que, de las treinta y seis mujeres atendidas, la mitad habían sido amenazadas o intimidadas, trece habían sido encerradas, aisladas, lastimadas o amenazadas con objetos o armas, nueve habían sostenido relaciones sexuales forzadas, doce habían sido abusadas sexualmente y siete habían sido privadas de su libertad.

Si bien todas eran mujeres en movilidad, existía una mezcla, en donde algunas entraban en la categoría de migrantes, al expresar como motivos de la migración los económicos o de reunificación familiar, mientras que en otros casos pareciera un desplazamiento forzado, ya que tuvieron que huir de la localidad de origen ante el riesgo inminente en su integridad física o la de alguno de sus familiares.

Una vez que iniciaron la migración, no desapareció la violencia, ya que, en distintas partes del trayecto, tanto dentro de Centroamérica, como en el sur de México, existen bandas de delincuentes que violentan a la población migrante. De igual manera, en varios casos la violencia de la pareja se ejerció ya en Tapachula.

Respecto a las mujeres que provenían del sur del continente y el Caribe, las haitianas comentaban con frecuencia los problemas que se tienen que

enfrentar para cruzar “El Tapón” del Darién entre Colombia y Panamá, lugar en donde a los riesgos propios de una selva: animales peligrosos, escasez de comida y agua potable, riesgo de lesión, ahogamiento y extravío, etc., se le tiene que sumar la presencia de bandas de delincuentes cuyo objetivo es la población migrante. Esto parece indicar que los riesgos y vulnerabilidad que enfrentan las mujeres migrantes se va incrementando a medida que vienen de más al sur del continente, en donde pareciera que el Darién es la zona actual donde mayores riesgos se enfrentan.

Al ser un punto estratégico, se encuentran en Tapachula las instituciones nacionales y multilaterales de ayuda, como la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). De modo que, aunque el proyecto sea atravesar el país, parte de la población migrante busca estos espacios para regularizar su estatus migratorio, y en este proceso, permanecen de manera temporal, aunque indefinida, en la zona. Además, están presentes Casas de Migrantes, Albergues y OSC que apoyan a la población migrante con lugares de descanso y protección, así como información, atención y apoyo legal (Rodríguez, 2014).

En las visitas de campo que el equipo realizó a la Estación Migratoria Siglo XXI se llegó a observar a sus alrededores una gran cantidad de población migrante, aproximadamente unas doscientas personas, principalmente hombres, aunque también mujeres e infantes. Al hacer labores de difusión del instrumento, varias mujeres pusieron atención y mostraron interés por la atención que se brindaba. Sin embargo, una limitante es que no se contaba con un espacio físico adecuado para la atención en las inmediaciones de la Estación Migratoria, donde la población se encontraba realizando trámites u obteniendo información importante, dando algunas muestras de fastidio y cansancio por las horas que llevaban esperando en el lugar, además de preocupación por la importancia de lo que estaba aconteciendo es la Estación. A pesar de esto se logró dar una atención en la vía pública en las inmediaciones de la Estación, por lo cual no se contó con las características de comodidad y privacidad necesarias. Por otro lado, las instalaciones del CEDECO Norte, que se encuentran por la zona, sí contaban con las características adecuadas, pero las mujeres no estuvieron dispuestas a asistir a la atención y dejar la actividad que estaban realizando en la Estación Migratoria.

Pareciera entonces fundamental el tener el servicio de atención muy cerca de las mujeres migrantes, lo cual incrementó su uso. Únicamente las dos atenciones realizadas en el MAI no cumplieron esta característica. Del resto, aproximadamente la mitad se realizó en las visitas que las psicólogas hicieron a los albergues y la otra mitad en el Cedeco Sur, lugares con un constante flujo de población migrante. En el Cedeco Sur, debido a que en sus instalaciones se encuentran varias organizaciones de la sociedad civil brindando apoyo a esta población y en donde, además, justo afuera está una de las oficinas de COMAR, en la que se concentra mucha población migrante. Respecto a los albergues, a pesar de que, durante las visitas, fue común que ya no se localizara a alguna mujer con la que se había agendado una atención, siempre se encontró, dentro de la gran cantidad de mujeres, a alguna otra que estuviera interesada en el servicio y las cuales fueron atendidas durante el tiempo de alguna de las citas canceladas.

La ciudad de Tapachula es una ciudad de flujos poblacionales variados que se han intensificado con el tiempo. Del movimiento transfronterizo ha pasado a albergar población en tránsito desde otros países de Latinoamérica, así como población en busca de asilo político y refugio. Una dinámica económica, política y social que se reconfigura de acuerdo con las necesidades de la población que recibe, pero también que responde a las necesidades que se recrean bajo esta misma dinámica. Es importante considerar que en los últimos años se ha puesto en práctica una política migratoria que intenta frenar desde México el flujo de migrantes hacia Estados Unidos. Esto, a partir del año 2013 aproximadamente, pero fue plasmada en el Plan Integral Frontera Sur de 2014 (Solano, 2020). Esta política restrictiva en el país del Norte ha modificado el flujo de paso en ciudades fronterizas de México, como es el caso de Tapachula.

Con base en la observación de campo y los testimonios de la población migrante, pareciera que la dinámica de la estadía de parte de los migrantes en Tapachula está influida, entre otras cosas, por los trámites ante COMAR, el INM y las Caravanas Migrantes. Varias migrantes mencionaron que los trámites para la solicitud del reconocimiento de la condición de refugiado ante COMAR y el INM son lentos y burocráticos, ya que se tienen que realizar distintos pasos y el número de solicitudes aceptadas es poco, en comparación con el número de migrantes que la quieren ingresar. Esto ocasiona que la población migrante tendría que permanecer va-



rios días, semanas o incluso meses en Tapachula, situación que muchos no están dispuestos a aceptar, ya que modifica su proyecto migratorio e incrementa el gasto de dinero. Incluso la población migrante que no paga hospedaje, al estar en los albergues, se tendría que enfrentar a un mayor gasto económico si permanece mucho tiempo en Tapachula, ya que varios albergues ponen como máximo de estancia tres meses.

Ante la desesperación y molestia que ocasiona esta situación, parte de la población migrante decide irse en la siguiente caravana que se organice, lo cual podría estar relacionado a que varias migrantes a las que se les dio atención, ya no regresaron a su siguiente cita con las psicólogas del equipo, dejaron de contestar o ya no se les encontrara en los albergues donde estaban.

Respecto a los lugares donde se hospeda la población migrante en lo que se mueve de Tapachula, se observaron diferencias que tienen que ver con su nacionalidad y el tiempo que llevan en la localidad. Se identificó que parte de la población migrante recién llegada se quedaba a dormir en los parques, pero con el paso del tiempo se movían a lugares con más comodidades y seguridad. En los albergues permanecía principalmente población centroamericana. Por otro lado, las haitianas mencionaron que muchos de sus connacionales preferían rentar y compartir casas, lo cual se constató durante los recorridos por la ciudad. No teniendo acceso a la información sobre dónde se suele hospedar la población venezolana.

Al llegar a Tapachula las mujeres migrantes desconocen la ubicación de muchos lugares como mercados, CEDECO, COMAR, INM, etc. y la forma de transportación de un punto a otro. Por lo que durante un periodo de tiempo tienen que ir conociendo y tratando de adaptarse a su vida en esta ciudad. Además, algunas tienen que enfrentar otros obstáculos como son el aprender a vivir con menores recursos económicos de los que tenían en su lugar de origen, pues mencionaron que su situación económica antes de emigrar era estable. Varias mujeres incluso tuvieron que volver a preocuparse por satisfacer necesidades básicas como conseguir comida, ropa y vivienda en Tapachula. A esto se le tiene que añadir que varias dejaron en el país de origen a familiares directos (padres, hijos/hijas, esposos), algunos con problemas de salud, que, junto con el contexto de violencia generalizado en muchos países de Centroamérica, les ocasiona una constante preocupación.

La mezcla de varias de estas situaciones más las experiencias negativas vividas en el país de origen y durante el tránsito a Tapachula, así como la incertidumbre respecto a su futuro migratorio, ocasionó que muchas de ellas tuvieran problemas de salud mental, que las llevaron a recibir la atención por parte de las psicólogas. Por ejemplo, en el tamizaje, de 35 mujeres a las que se les aplicó, la gran mayoría señaló tener temor por el futuro de las personas que cuida (n=28), sintiéndose cansadas, con problemas para dormir o durmiendo demasiado (n=29) y se habían sentido con angustia, miedo o nervios (n=34).

## PERFILES DE MUJERES MIGRANTES EN TAPACHULA

A continuación, se presentan los principales perfiles que maneja la literatura reciente sobre las mujeres migrantes con presencia en Tapachula, de las cuales se considera que arriba del 60% ha sufrido algún tipo de violencia, sin desagregar por estatus migratorio o segmento laboral (Servín, et al, 2020; Willers, 2016). Es importante señalar que estas características no son inmóviles, la frontera, la ciudad y la performatividad del ser migrante permite y, muchas veces empuja los cambios de las características. Por ejemplo, alguien que se pensaba en tránsito puede formar parte de la población que busca asilo o que se establece temporalmente en busca de recursos y se integra al mercado laboral local, por una temporada o permanentemente. Los perfiles y sus características aquí presentadas están también, en movimiento.

42

**Mujeres migrantes en tránsito.** El flujo de población proveniente del triángulo centroamericano (principalmente, aunque no exclusivamente) con dirección a Estados Unidos se intensificó en la década de los años noventa. Los bajos niveles de ingreso, las escasas oportunidades laborales y la violencia que desataron las pandillas son las principales razones del proceso migratorio.

Sus perfiles demográficos son los siguientes:

Mujeres jefas de familia en edad laboral (De entre 20 y 45 años), que buscan un mayor ingreso en Estados Unidos para enviar remesas a sus familias. En sus lugares de origen la mayoría se autoemplean en el

sector comercio o servicios (venta de comida o en estéticas). Muchas vivieron violencia intrafamiliar o por parte de las pandillas. También, mujeres jóvenes (de 16 a 19 años) que proyectan mejorar sus ingresos, así como alejarse de los contextos de violencia física y sexual en sus lugares de origen. Estudiantes de preparatoria o secundaria trunca o recién finalizada (Villanueva, 2012, Willers, 2016).

El tránsito de estas mujeres se caracteriza por la incertidumbre, el cansancio y el riesgo al caminar por rutas poco habitadas o transitadas para evitar ser capturadas por las autoridades migratorias o la policía local. Los recursos económicos con los que cuentan no son muchos, y buscan apoyo de Casas del migrante y albergues para descanso y alimentación. Las redes de apoyo en el lugar de destino pueden no ser sólidas o no estar consolidadas, es decir, ofrecen el apoyo una vez que las mujeres migrantes lleguen al destino y por un tiempo definido. Suelen ser amigas o parientes que tampoco han concretado sus objetivos de estabilidad laboral y económicos en Estados Unidos.

**Mujeres Migrantes Residentes en Tapachula.** En la literatura sobre los mercados laborales en Chiapas, se enfatiza la precariedad laboral sin distinción de sexo: bajos salarios, sin prestaciones o contratos, víctimas de explotación y violencia física o verbal por parte de sus empleadores (Servín, et al. 2021; Burguete, 2021).

Entre la población de mujeres migrantes que residen en Tapachula, destacamos tres perfiles: Trabajadoras domésticas, trabajadoras en bares/restaurantes y trabajadoras del comercio sexual. En estos procesos migratorios la reproducción de roles de género es transferida al área laboral (Hondagneu-Sotelo, 2003), es por esto que, quienes se integran al mercado laboral lo hacen en el sector económico de los servicios: limpieza y cuidado, alimentos, y el comercio sexual. En el contexto migratorio, además bajo el miedo a la deportación, el riesgo de ser detenidas por autoridades o raptadas por grupos delictivos, limitan su capacidad de ejercer derechos laborales o los más elementales derechos humanos.

**Trabajo doméstico o del hogar.** El trabajo doméstico es realizado por mujeres migrantes principalmente, provenientes de Guatemala, incluyendo población indígena y menores de edad. Son jornadas laborales de más de

ocho horas diarias, sin condiciones laborales establecidas por contrato o verbalmente, el salario no es negociable y está sujeto a la percepción de quien las emplea. En los casos de las trabajadoras domésticas de planta, la jornada laboral aumenta, pero los salarios no. De acuerdo con un informe mencionado por Burguete (2021), el 95% trabaja en la modalidad “de planta” percibiendo un salario entre \$1,200 y \$1,500 pesos quincenales. Más del 65% de las mujeres trabajadoras del hogar entrevistadas mencionaron haber sido violentadas por sus empleadores.

**Trabajadoras en Restaurantes/Bares y Trabajo Sexual.** El trabajo en este segmento laboral carece de bordes precisos: Establecimientos que trabajan como bares o restaurantes pueden ser el telón de frente de comercio y explotación sexual de mujeres migrantes. En este sentido, convergen también mujeres que residen permanentemente en Tapachula y quienes están en tránsito para llegar a otras ciudades en México o con destino a Estados Unidos. También pueden encontrarse presencia de menores de edad y mujeres transexuales.

Los servicios de alimentos y bebidas, así como el comercio sexual está vinculado a la demanda de estos por parte de los trabajadores agrícolas temporales, operadores de camiones y tráileres en tránsito, así como el propio turismo en la zona. La trayectoria laboral de estas mujeres es poca, ya que la edad de ingreso puede ser desde los 14 años. En muchos casos, son obligadas por los dueños de estos lugares y aunque no tienen contratos establecidos, el miedo a ser deportadas o entregadas a grupos delictivos de la zona, les limita o impide el ejercicio de sus derechos o la búsqueda de alternativas laborales (Fernández-Casanueva, 2009).

Las empleadas de estos establecimientos están obligadas a acudir a una revisión semanal al centro de salud más cercano en el que se encuentran registradas y su falta a alguna revisión le hace acreedora a una multa. Es decir, tienen obligaciones contractuales con las autoridades locales, pero no gozan de derecho laborales con sus empleadores (Fernández-Casanueva, 2009).

**Mujeres en Busca de Regulación de Estatus Migratorio.** En este grupo encontramos a mujeres que están con sus familias y que se encuentran en busca de asilo, quienes solicitan el apoyo de las instituciones co-

respondientes y mientras lo esperan, algunas de ellas se insertan en el mercado laboral y la dinámica social para acceder a lo que necesitan, lo que se conoce como inmovilidad forzada. Al ser solicitantes de asilo no se insertan por completo al mercado laboral, pues aún no cuentan con el estatus legal para hacerlo, por lo que el acceso para ellas a un empleo es más limitado. En Tapachula las autoridades se encuentran rebasadas administrativamente y no cuentan con la infraestructura económica, política y social para procesar con eficiencia las solicitudes de asilo por lo que muchas mujeres continúan en la incertidumbre, en un ambiente de escasez y violencia social (Fernández-Casanueva y Juárez, 2019).

**Mujeres Trans.** La participación de las mujeres en la migración responde a diferentes trayectorias, circunstancias y arreglos personales, familiares e incluso comunitarios. Siendo necesario enfatizar que no se puede tratar a las mujeres migrantes como un solo agregado ni se pueden hacer generalizaciones sobre sus experiencias (Rojas y Ángeles, 2012:39).

Las mujeres migrantes trans (transgénero y transexuales) se encuentran en un espacio de vulnerabilidad, tanto por todo lo mencionado anteriormente, como por su identidad sexo-genérica. Aunque en un principio, su proceso de migración responde a una necesidad por vivir plenamente su identidad sexual, también confluye la pobreza, marginación y la falta de oportunidades laborales en sus países de origen. Como la sociedad mexicana aún están normadas por conductas hetero patriarcales que no les permiten encontrar un lugar en el que puedan expresarse y transitar al sexo género que asumen, muchas buscan llegar a Estados Unidos (Zarco, 2018; Zarco y Chacón 2020).

Con relación a estos perfiles, los datos de las mujeres atendidas indican que no se alcanzó a mujeres ya establecidas en Tapachula, como mujeres que ejercen el trabajo doméstico, jornaleras, trabajadoras en comercios entre otras trabajadoras. Esto es consecuencia de los lugares en donde se brindó la atención, y que tienen la característica de concentrar a población migrante que lleva poco tiempo en Tapachula, como la que se encuentran en los albergues y el CEDECO Sur.

De las mujeres atendidas, aproximadamente la mitad manifestó estar desempleada y cinco ser amas de casa. La tercera parte tenía un empleo,

entre los que se encontraban el de comerciantes, limpieza, cocinera, trabajar en una tortillería o maquila y tres estaban en el Programa gubernamental de Bienestar. Se podrían agrupar a estas mujeres en dos grandes grupos, unas que llevaban poco tiempo en Tapachula, días o semanas, y otras que llevaban algunos meses. Parece que esta diferencia se debía a que algunas ya habían ingresado sus documentos a COMAR y estaban en espera de algún trámite que les permitiera tener un estatus regular en el país. Además, es importante mencionar que, si bien se ubicó muy pocas mujeres trans, sí se logró atender a una migrante transexual de Honduras que se encontraba en un albergue, la cual señaló que uno de los motivos de su migración es que en su país las chicas trans no son bien vistas.

CAPÍTULO 3



GUÍA PARA LA ATENCIÓN  
INICIAL A LA SALUD  
MENTAL DE MUJERES  
MIGRANTES





## ¿Para quién es esta Guía?

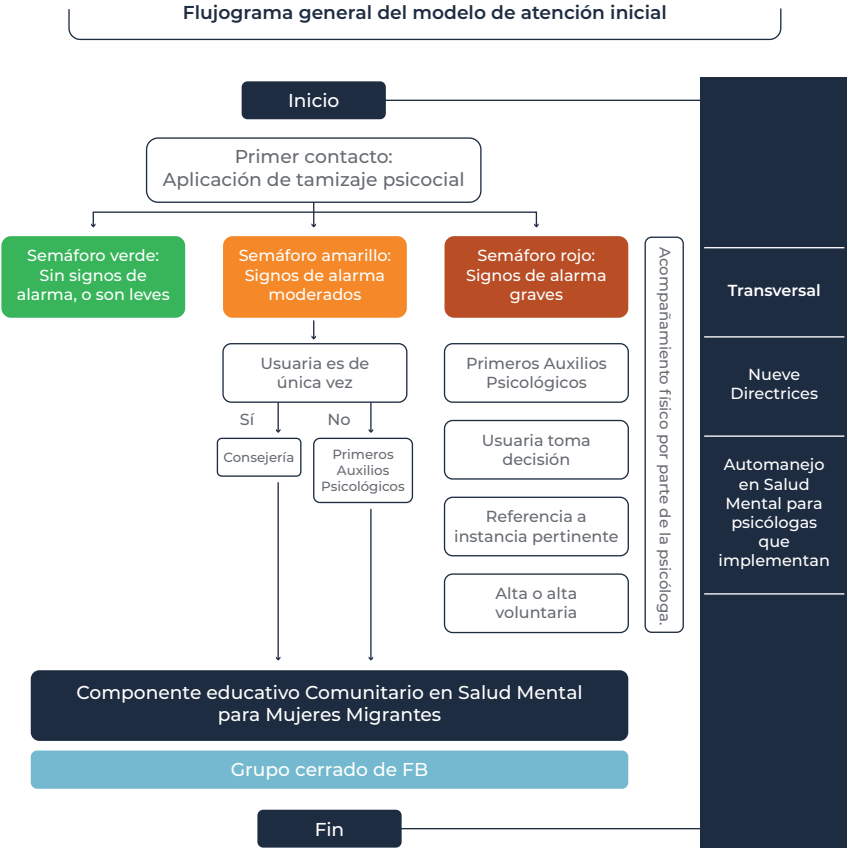
Esta guía está dirigida a toda persona que tenga como tarea contribuir al bienestar en salud mental de mujeres en movilidad migrante, especialmente, a quienes forman parte de equipos en los tres niveles de gobierno, responsables de recibir, informar, atender, orientar y canalizar a mujeres y jóvenes en movilidad migrante en su tránsito o residencia temporal en México, preponderantemente en la frontera sur de Chiapas.

Si bien esta Guía está diseñada para su aplicación por personal profesional no médico, se sugiere hacer hincapié en personal con competencias en terapia individual, consejería, trabajo social, coordinación de talleres o facilitando grupos y brindando acompañamiento específico a mujeres en general y a mujeres en movilidad migrante en particular.

## ¿Para qué es esta Guía?

El presente documento se desarrolló en el marco del proyecto especial Mujeres Migrantes: frontera a frontera tus derechos contigo en el compromiso de desarrollar instrumentos que fortalezcan el quehacer de los equipos en gobiernos locales responsables de la atención inicial en salud mental de mujeres en movilidad migrante en México. Este instrumento ofrece una pauta de acción que busca identificar y responder a las necesidades de las mujeres en escenarios de movilidad humana por diversos territorios en México

A continuación, se muestra el flujograma general del modelo de atención que muestra los caminos de acción de cada uno de los componentes, y los ejes transversales de automanejo de su salud mental.



Para operacionalizar el instrumento, es importante que antes se realice un primer diagnóstico de las condiciones y el lugar en que se implementará la atención. Este diagnóstico brindará información importante basada en el contexto específico, permitiendo su territorialización y adecuación de acuerdo con las características del entorno.

El diagnóstico se realizará a través de la aplicación de guías de observación y cuestionarios breves enfocados a la vivencia en salud mental de las mujeres migrantes. A continuación, se muestra de forma general lo que se explorará con cada instrumento:

Guía de observación	Cuestionario
Condiciones físicas e infraestructura en Tapachula para la atención en SM de mujeres migrantes	Datos sociodemográficos
Opciones de atención en SM en Tapachula	Necesidades percibidas de las mujeres migrantes en su SM
Formas de vinculación con mujeres migrantes	Aplicación de breve escala para identificar necesidades psicosociales en ese momento
Operacionalización del componente de interculturalidad en SM en Tapachula	Opciones de atención en SM que conocen o han utilizado en Tapachula

A cada psicóloga o personal de atención inicial se le brindará el manual de implementación, y se establecerá comunicación constante entre todas, asignando un día a la semana para el intercambio y retroalimentación de la Guía, a su vez, para generar un espacio de cuidado y autocuidado del equipo de atención psicológica. Además, es importante incluir un apartado de condiciones mínimas de seguridad y algunos elementos de autocuidado para las prestadoras del servicio, ya que algo que se ha aprendido de la reciente pandemia del virus SARS CoV-2 es que se deben implementar cuidados mínimos para las cuidadoras que adjuntamos al final del capítulo.

El manual de implementación brindará instrucciones operativas para aplicar y retroalimentar-sistematizar cada uno de estos seis elementos centrales para la Guía:

1. Recepción
2. Tamizaje-cuestionario psicosocial
3. Primeros Auxilios Psicológicos
4. Consejería
5. Componente Educativo Comunitario
6. Autocuidado de Salud Mental, ¿Quién cuida a las cuidadoras?

Antes de iniciar con la implementación de la Guía se recomienda realizar una capacitación dirigida a las psicólogas o personal implementador. Esta capacitación se centrará en los componentes de la Guía, en tener a

la mano los recursos actualizados para canalizaciones pertinentes, en el conocimiento y puesta en práctica de las directrices centradas en el trato que se brinda a las mujeres migrantes y establecer estándares mínimos:

1. Escucha terapéutica en un espacio de seguridad, confianza y confidencialidad.
2. Abordaje terapéutico con perspectiva de género.
3. Apertura y respeto hacia las formas de expresar malestares y angustias.
4. Comprensión de la diferencia de los bagajes o capitales culturales entre la psicóloga y la usuaria.
5. Promoción e información sobre los derechos humanos de las personas sin importar la condición migratoria.
6. Primeros auxilios psicológicos, contención y encuadre.
7. Canalización con información verificada.
8. Acompañamiento hasta los alcances de la prestadora del servicio de atención sujeto a las condiciones materiales en donde se implementa la Guía.

## RUTA DE ATENCIÓN INICIAL



### a. RECEPCIÓN



Se debe procurar contar con un espacio seguro, con condiciones de higiene, luz, y ventilación suficiente para la atención digna a la usuaria. Esto incluye condiciones derivadas de la experiencia reciente en torno al virus SARS CoV-2. Adicionalmente se recomienda contar con un espacio paralelo para el cuidado seguro y a la vista de las hijas e hijos de las mujeres usuarias como una ludoteca con alternativas de actividades para niñas y niños de diversas edades e idiomas.

En principio, se leerá a la usuaria un aviso de protección de datos personales, así como una carta de consentimiento informado verbal. Debido a que se toma información personal para dar seguimiento a los casos, incluso por WhatsApp, es importante incluir este procedimiento en cada caso.

Primero, durante el primer contacto con las usuarias, el personal a cargo aplicará la Sección 1 del cuestionario biopsicosocial sobre datos de identificación.

Como recomendación, en caso de que las usuarias lleguen con síntomas graves que no les permitan responder el tamizaje, serán referenciadas inmediatamente al lugar más adecuado para atención utilizando el directorio de atención. A su vez, si la usuaria urge en el desahogo para expresar las situaciones que la han llevado a la búsqueda de atención, se procurará realizar el tamizaje cuando la usuaria se sienta más tranquila.

De forma transversal, todas las psicólogas o personal de atención inicial deben contar con un día a la semana para fortalecer estrategias de auto-manejo para su salud mental y trabajo grupal; así como para retroalimentación de la implementación de la Guía.

Se recomienda contar siempre con un formato (sirva como ejemplo el de la siguiente página) para registro de observaciones por cada uno de los seis componentes y en las reuniones semanales se abordarán las observaciones realizadas durante la práctica, realizando una pre-sistematización que permita el ajuste y fortalecimiento de la Guía de atención a las necesidades de las usuarias. La Guía como “instrumento dinámico” estará sujeta a la constante revisión por parte de quién lo aplica, con la finalidad de incorporar aquellos elementos que el contexto vaya demandando.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ID: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Rango de edad: 15-19 ( ) 20-29 ( ) 30-39 ( ) 40-49 ( ) 50-59 ( ) 60 ó más ( )

Sexo al nacer: (M) (H) (I) Género con el que se identifica: (M) (F) (NB)

Estado civil: Casada ( ) Soltera ( ) Unión libre ( ) Separada ( ) Viuda ( )

Ocupación: Empleada ( ) Desempleada ( ) Trabaja por cuenta propia ( ) Trabajadora agrícola ( )

Estudiante ( ) Jubilada/retirada ( ) Otra ( )

Tiene Hijos/Hijas: Sí ( ) No ( )

Cuenta con alguna discapacidad: Sí ( ) No ( ) ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Motivo de atención: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MOVIMIENTO MIGRATORIO

Actualmente se encuentra: Establecida ( ) En tránsito ( ) Refugio ( )

Actualmente su desplazamiento lo realiza: Sola ( ) Acompañada ( )

Quién la acompaña (se puede señalar más de uno): Caravana ( ) Esposo/pareja ( ) Hijas/hijos ( )  
Familiares ( ) Amistades ( )

Motivo de migración: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuenta con alguna red de apoyo, para su desplazamiento? (familia, amigos, institución, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiempo que planea estar en México: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SALUD FÍSICA

Actualmente tiene alguna enfermedad crónica: Sí ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En los últimos 30 días ha requerido de asistencia médica por malestares inespecíficos frecuentes como: dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento, diarrea. Sí ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actualmente se encuentra embarazada o en posibilidad de embarazo: Sí ( ) No ( )

A continuación, se detalla cada uno de estos seis componentes centrales de la Guía:

### b. Tamizaje-cuestionario psicosocial



El cuestionario-tamizaje psicosocial explora 7 elementos psicosociales de atención prioritaria para la salud mental de las mujeres migrantes: ser cuidadoras de otros/as integrantes de su familia, manifestaciones de ansiedad, depresión y pensamientos o tentativa de suicidio y/o autolesiones, consumo de sustancias psicoactivas, experiencias recientes de violencia familiar, de pareja, institucional o comunitaria, o riesgos en torno a abuso sexual o trata.

El cuestionario-tamizaje cuenta con un primer apartado de datos socio-demográficos generales que se aplica en torno a la recepción. Después, se desglosarán preguntas por cada módulo psicosocial, de forma autogestionada o con asistencia de la persona que dirige la entrevista inicial. Cuando se aplique, se le debe explicar a las usuarias que todas las preguntas las debe de responder situándose en los últimos 30 días.

Cabe mencionar, que, aunque los síntomas están referidos en los últimos 30 días, en la mayoría de los casos, las usuarias llevan lidiando con algunas de estas problemáticas a lo largo de su vida, iniciando muchas de estas situaciones desde la infancia y otras se presentan a partir de que inician su trayecto hacia el país de destino, pudiendo estar relacionadas a la separación familiar o las violencias y riesgos vividos durante el tránsito irregular.

El siguiente formato, corresponde al cuestionario psicosocial que **no tiene fines diagnósticos, sino de carácter indicativo** para que el personal de atención inicial cuente con elementos para decidir qué tipo de canalización se debe realizar en ese momento. Esto es, decidir si requiere primeros auxilios psicológicos, si se puede considerar o no el componente educativo, o es necesario referenciarla a una instancia especializada para su atención.



## CUESTIONARIO TAMIZAJE-PSICOSOCIAL

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de poder identificar los riesgos asociados durante su proceso de migración, para poder brindar la asesoría y apoyo oportuno. **Es importante señalar que toda la información recabada es totalmente confidencial**, cualquier duda puede señalarla en el momento que lo desee.

*Lea detenidamente cada pregunta y señale con una "x" la respuesta que haya elegido.*

<b>Cuidadoras. En los últimos 30 días...</b>	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Durante su tránsito migratorio, ¿tiene o ha tenido a su cargo el cuidado de otras personas ya sea con vínculos familiares o no?

¿Se ha sentido sobrecargada de cuidar y/o atender a familiares u otras personas migrantes?

¿Siente que debido al tiempo que dedica en ese cuidado, ya no tiene tiempo suficiente para usted? (actividad física, alimentación, revisiones médicas, higiene personal)

¿Siente que debido al tiempo que dedica en ese cuidado, ha dejado ciertas oportunidades? (empleo, estudios, servicios, otros)

¿Siente que su salud física y/mental se ha afectado por cuidar a otras personas?

¿Siente temor por el futuro de las personas que cuida?

<b>Ansiedad. En los últimos 30 días...</b>	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Con qué frecuencia ha sentido angustia, miedo o preocupación?

¿Ha sentido palpitaciones en el pecho abruptamente, dificultad para respirar o un miedo incontrolable sin ninguna enfermedad que lo justifique?

¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño y/o despierta constantemente?

## CUESTIONARIO TAMIZAJE-PSICOSOCIAL

¿Ha tenido con frecuencia pensamientos negativos, catastróficos o desagradables?

<b>Depresión. En los últimos 30 días...</b>	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Con qué frecuencia ha sentido tristeza?

¿Ha sentido desinterés, desmotivación o desesperanza?

¿Con qué frecuencia se ha sentido cansada, o con poca energía?

<b>Autolesión y suicidio. En los últimos 30 días...</b>	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Ha pensado en hacerse daño o lastimarse físicamente?

¿Se ha hecho daño o lastimado intencionalmente?

¿Ha planeado quitarse la vida?

¿Ha intentado quitarse la vida?

<b>Consumo de sustancias. En los últimos 30 días...</b>	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Consume de forma regular tabaco o alcohol?

¿Ha consumido alguna otra droga (sustancias psicoactivas) como marihuana, cocaína, MDMA, Cristal, Metanfetamina, Fentanilo, ¿u otro?

¿Ha descuidado a su familia, a sí misma o su trabajo por el uso de drogas (sustancias psicoactivas) incluyendo alcohol?

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de esas drogas (sustancias psicoactivas) incluyendo alcohol?

## CUESTIONARIO TAMIZAJE-PSICOSOCIAL

¿Puede dejar de utilizar drogas (sustancias psicoactivas) cuando quiera?

¿Ha intentado buscar ayuda para dejar de consumir drogas (sustancias psicoactivas) incluyendo alcohol?

### **Violencia. En los último 30 días...**

NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Alguna persona la ha celado, descalificado, o humillado?

¿Alguna persona la ha amenazado, intimidado o retenido documentos de identidad?

¿Alguna persona la ha golpeado, empujado o jaloneado?

### **Abuso sexual o trata. En los últimos 30 días...**

NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONAL	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¿Alguna persona la ha tocado sin su consentimiento?

¿Alguna persona la ha forzado a tener relaciones sexuales o han abusado sexualmente de usted?

¿Alguna persona la ha privado de su libertad para obligarla a participar en trabajo sexual, espectáculos y/o exhibir su cuerpo?

¿Alguna persona la ha obligado a realizar trabajos forzados o en contra de su voluntad?

Un cuestionario como este resulta un apoyo útil para optimizar recursos, disminuir tiempos de espera y proporcionar intervenciones adecuadas a distintos problemas.

Ofrece además la ventaja de poder recoger información de manera rápida, válida y fiable, siempre que se cumpla con los criterios de aplicación de la herramienta.

Una vez hecha la sumatoria de los valores de cada ítem, se pueden aplicar como referencia los siguientes criterios:

	Verde	Amarillo	Rojo
Resultado del cuestionario	Nulo o bajo	Medio	Alto
Sumatoria total	0-26	27-60	61-120

El resultado del cuestionario-tamizaje psicosocial arrojará un resultado que puede ser *indicativo* del nivel de riesgo y necesidad de atención con base en la siguiente semaforización:

NIVEL DE RIESGO	ACCIÓN
<b>Verde</b>	En caso de que no haya signos de alarma, o éstos sean leves, se les invita al Componente Educativo Comunitario en Salud Mental para Mujeres Migrantes.
<b>Amarillo</b>	Si los signos son moderados, se explorará si las usuarias son de única vez, o tienen más disponibilidad de permanencia. Si son de única vez se les brindarán Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Pero si tiene disponibilidad de permanencia se le derivará a por lo menos una sesión de consejería.  Finalmente, se les invita también a unirse al Componente Educativo Comunitario en Salud Mental para Mujeres Migrantes.
<b>Rojo</b>	Cuando existan signos de alarma graves, se intervendrá con PAP e inmediatamente se le expondrán las opciones que tienen las usuarias de forma clara y puntual. Las usuarias elegirán lo que desean hacer y las psicólogas harán la referencia y le darán acompañamiento a la instancia correspondiente que brinde la atención oportuna.

### c. Primeros Auxilios Psicológicos



También llamada Primera Ayuda Psicológica, se refiere a una serie de herramientas teóricas y prácticas para acompañar de manera integral a las mujeres migrantes durante un momento de crisis o emergencia. Según Esfera (2011), la primera ayuda psicológica es una respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar contención y acompañamiento. Así, los primeros auxilios psicológicos pretenden de manera no invasiva; evaluar las necesidades y preocupaciones; ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, comida y agua, información); escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen; reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse calmas; ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales; y proteger a las personas de ulteriores peligros.

Algunas capacidades centrales que se fortalecerán son: observación, escucha, canalización de casos, técnicas de entrevista, autocuidado, colectividad en los cuidados, entre otros.

### d. Consejería



La Consejería en Salud Mental para mujeres migrantes está pensada para aquellas personas que no están en un estado de crisis, pero quieren recibir acompañamiento en salud mental de forma individual y no a través del formato del Componente Educativo Comunitario.

La consejería se centra en temas familiares, emocionales y personales (no es para semaforizaciones en rojo), y el principal objetivo de las consejerías es ayudarlas a tomar decisiones que favorezcan su salud mental.

Algunas de las directrices que guiarán la consejería:

1. Escucha terapéutica. Permite generar un desahogo por parte del paciente para identificar en principio cuáles son las situaciones que afectan su tranquilidad y bienestar. Durante las sesiones terapéuticas, la psicóloga intentará brindar orientación a las mu-

- jeros migrantes sobre algunas metas a corto plazo, objetivos, y sobre todo, a dónde acudir para la atención de sus problemas (por ejemplo, instancias para realizar denuncias referidas al abuso de sus derechos humanos).
2. Confianza. Existen expectativas sobre el espacio clínico al esperar un ambiente neutral y sin prejuicios. La evidencia en trabajo con mujeres migrantes señala que desean expresar sus problemas, ser escuchadas y comprendidas sin sentirse juzgadas. También indican la sensación de peligro latente de ser deportadas y/o que exista una intervención por parte de agentes del Estado (Santillanes, 2017). Así, la confianza será un elemento central durante toda la terapia.
  3. Comprensión de las diferentes nociones para la representación de los malestares. Existe evidencia de que los modelos de comprensión en salud mental de los médicos son distintos a los de otros sectores de la población (Kleinman, 1989). Es por lo que el equipo de psicólogas estará atento a la narrativa, significados e interpretación que las pacientes den a su padecimiento. Recordando en todo momento que la noción biomédica y la experiencia de quienes padecen nervios, ansiedad o depresión son distintas.
  4. La comprensión de diferencia de bagajes entre médico y paciente. Este elemento será fundamental en el encuentro entre ambos actores. Por ello, la psicóloga procurará crear puentes que permitan la comunicación clara y disminución de brechas culturales en el encuentro durante la atención.
  5. Promoción y enseñanza de los derechos humanos de las personas migrantes. La atención debe estar acompañada por la promoción y enseñanza de los derechos humanos de la persona, así como el acompañamiento solidario en procesos de pérdida, desposesión y tristeza que forman parte del tránsito. La estrategia terapéutica intenta brindar un propósito a los hechos vividos, localizar cómo se manifiestan los impactos o molestias psicosociales a raíz de estos, para construir mecanismos de afrontamiento y dar un sentido a la experiencia.
  6. Contención y encuadre. Dado que el encuentro entre el profesional en salud y usuaria es breve o difícil para dar una continuidad a la terapia o atención. El primer encuentro es clave y buscará

hacer una intervención rápida, efectiva y de contención para las mujeres migrantes.

7. Canalización. Además de la consejería y la escucha activa como principales métodos de aproximación, es primordial la identificación de necesidades y canalizar a las mujeres migrantes a las instancias competentes si han sufrido violaciones de derechos humanos, violencia sexual o secuestro.
8. Acompañamiento. Es fundamental para restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales. La atención en salud mental de las mujeres migrantes bajo una perspectiva psicosocial pone en el centro los derechos humanos, tomando en cuenta que es un grupo vulnerado con múltiples y sistemáticas violaciones a sus derechos durante su tránsito.
9. Protección de la confidencialidad. En todo momento se protegerá la identidad de las usuarias, así como la información que se maneje dentro de la consulta psicológica.

#### e. Componente Educativo Comunitario



El Componente Educativo Comunitario es un espacio colectivo para la promoción de la salud mental y un recurso para el fortalecimiento de redes de apoyo mutuo. Consiste en brindar algún taller en el que se dará información psicoeducativa básica para mujeres migrantes, a la par de generar un grupo de apoyo-encuentro y brindar informes sobre otros espacios donde pueden recibir beneficios para su salud mental.

Se basa en el “aprender haciendo” y en el “aprender con sentido”, de forma que, aunque sea solamente en modalidad de taller, cada taller arrojará resultados diferentes en función de la conformación del grupo. Al final, se propone que cada taller genere productos que estarán disponibles para otras mujeres migrantes. A continuación, se desglosan dos actividades en modalidad de taller para las psicólogas o personal de atención inicial, el primero es llamado “*Aprender haciendo y con sentido*”, y el segundo, “*No normalicemos la violencia*”.



## COMPONENTE EDUCATIVO COMUNITARIO 1:

# Aprender haciendo y aprender con sentido

¡Hola! El siguiente documento busca ser un apoyo para brindar un taller que fortalezca la promoción de la salud mental en mujeres migrantes. Primero, es importante mencionar que este taller se basa en dos elementos fundamentales para promover el aprendizaje: **Aprender haciendo**, que consiste en realizar o ver las conductas a replicar; y **aprender con sentido**, que consiste en ligar los nuevos conocimientos con sus experiencias y saberes. Ambos elementos han demostrado ayudar a mejorar el aprendizaje de temas en salud.

### ¿Cómo puedes integrar el **aprender haciendo** al taller?

- ✓ **Motivar** a las participantes a realizar las conductas para manejo de crisis y/o tensiones en salud mental. Esto mejora su autoconfianza al realizarla y comunicar a otras personas.
- ✓ **Felicitar el esfuerzo**, aunque no logren realizar la técnica completa o adecuadamente, ya que, de no ser así, se genera frustración y se daña la autoconfianza de las participantes.
- ✓ **Fomentar** que lo sigan practicando después del taller y que, si pueden, apoyen a otras mujeres que lo requieran.

### ¿Cómo puedes integrar el **aprendizaje con sentido** al taller?

- ✓ **Promover** que los nuevos conocimientos se asocien con los sucesos personales o experiencias propias que compartan las participantes del grupo. Apóyese de las preguntas detonadoras que aparecen en la carta descriptiva.



- ✓ **No juzgar o regañar** a las participantes cuando compartan su experiencia o comentarios. Si es necesario contrastar una opinión, hacerlo con respeto y empatía. En caso de conflicto, mantener la postura basada en evidencia, dejar pasar respetuosamente el comentario, contrastarlo y continuar con el taller.
- ✓ **Motivar** la cohesión grupal y el respeto entre todas las participantes, promoviendo su participación, pero respetando si alguna no desea hacerlo en ese momento. En caso de conflicto entre las participantes, mantener una postura neutral respetuosa y continuar con el taller o suspenderlo si es necesario.

También, este taller busca ser un espacio de confianza y apoyo grupal entre las mujeres migrantes. Por lo mismo, el trato que se les brinde es crucial y debe estar siempre guiado bajo un principio de **no discriminación y respeto a todas por igual**. Por ello, se incorporan elementos del **trato digno**, por lo que debes considerar siempre los siguientes cuatro componentes del trato digno (basados en los derechos humanos universales) durante la implementación del taller:

- ✓ **Trato respetuoso.** Las personas deben ser tratadas dignamente, sin violencia ni discriminación. Una forma de ponerlo en práctica es saludar a las personas y presentarse con ellas, hablarles por su nombre y no en tercera persona (ella o aquella) buscando siempre un trato horizontal, donde todas somos iguales, evitando expresiones paternalistas, es decir, que coloquen a las mujeres participantes en un rol donde tienen poca o nula toma de decisiones sobre sí mismas y sobre su situación.
- ✓ **Comunicación.** Las personas tienen el derecho de recibir información clara, sin tecnicismos y comprensible. De ser posible, transmitir la información en el idioma original de la persona.
- ✓ **Autonomía.** La autonomía es la capacidad que todas las personas tenemos de tomar decisiones por y para sí mismas. En este caso, se debe entender y hacer sentir a las participantes seguras de estar tomando decisiones sobre su salud mental, no culpabilizando o regalándoles, pero sí acompañando y promoviendo siempre a partir de información basada en evidencia.

- ✓ **Confidencialidad y privacidad:** Garantizar que el espacio donde se brinda el taller sea un espacio confidencial y privado, donde nadie más pueda escuchar o ver lo que va ocurriendo, fomentando la confianza para la libre expresión de las participantes.

De esta forma, las dimensiones centrales del componente educativo comunitario son:



Antes de iniciar con el taller, es importante que sepas que lo puedes realizar en diferentes espacios y contextos, sin embargo, te sugerimos que identifiques un espacio con las siguientes condiciones básicas para favorecer la actividad.

- Contar con un mínimo de 2, y un máximo de 10 participantes mujeres migrantes.
- Contar con un espacio suficientemente amplio para el número de participantes.
- Procurar un espacio con privacidad, donde las participantes puedan expresarse libremente en un ambiente de confianza.

- Tener sillas suficientes para todas las participantes y para quien brinde el taller (facilitadora).
- Colocar las sillas en círculo para que todas las participantes y la facilitadora puedan verse.
- También ten presentes tus funciones como facilitadora:
- Compartir únicamente información basada en evidencia.
- Tener un diálogo con las participantes y atender sus intereses y dudas en un espacio seguro y horizontal, es decir, donde todas son iguales.
- Escuchar y respetar todas las voces.

Es momento de iniciar con el taller. A continuación, encontrarás una guía para implementarlo.

## Carta descriptiva del taller: Aprender haciendo y aprender con sentido

Actividad	Desarrollo	Tiempo	Material
<b>Bienvenida</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La facilitadora saluda amablemente a las participantes y las invita a sentarse.</li> <li>2. Cada una de las participantes y facilitadoras se presenta diciendo su nombre y de dónde viene. Si la facilitadora no conoce el nombre de todas, pueden utilizar etiquetas o gafetes pues a partir de este momento se referirán a cada una por su nombre.</li> <li>3. La facilitadora compartirá en qué consiste el taller.</li> <li>4. Se lanzarán al grupo preguntas detonadoras para iniciar el diálogo a partir de la experiencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es para ti la SM?</li> <li>• ¿Cómo ha cambiado a partir de que saliste de tu país?</li> <li>• Si la respuesta es un cambio negativo, escuchar respetuosamente e invitar a otras participantes a dar mensajes de apoyo a la compañera</li> <li>• Si la respuesta es positiva, ¿por qué ha sido así?, ¿qué pensamientos o acciones le han ayudado a tener este cambio positivo?</li> <li>• Una vez que todas hayan compartido sus experiencias generales, invitarlas a proponer estrategias que podrían funcionar o ayudar a las mujeres presentes en el taller que no han tenido una experiencia tan positiva</li> </ul> </li> <li>5. La facilitadora habla de forma general sobre la importancia del autocuidado en mujeres y las redes de apoyo para la salud mental</li> </ol>	30 min	<p>Manual de facilitadora</p> <p>Etiquetas</p> <p>Plumones</p>
<b>Desarrollo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se anuncia el inicio de la parte práctica del taller, recalcando los siguientes mensajes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El autocuidado es central para mantener y cuidar nuestra salud mental.</li> <li>• El autocuidado es algo natural, hay que poner atención a las necesidades de nuestro cuerpo, mente y espíritu; darle descanso, alimento y pensamientos de fortaleza, gratitud y confianza. Migrar en muchos casos es, un acto de autocuidado.</li> <li>• El autocuidado se práctica, no es algo dado o que ocurre en automático.</li> <li>• Mantener prácticas de autocuidado nos permitirá prevenir muchos malestares.</li> <li>• Todas las personas podemos tener prácticas de autocuidado y cuidado colectivo para nuestra salud mental</li> </ul> </li> </ol>	40 min	Manual de facilitadora

## Carta descriptiva del taller: Aprender haciendo y aprender con sentido

Actividad	Desarrollo	Tiempo	Material
	<ol style="list-style-type: none"><li>A continuación, vamos a relajarnos y practicar dos técnicas para fomentar el autocuidado:<ul style="list-style-type: none"><li>A partir de este momento vamos a concentrarnos en nosotras. Vamos a dejar afuera preocupaciones, enojos, o cualquier situación negativa.</li><li>De pie, cierren los ojos. Inhalen profunda y suavemente mientras estiramos los brazos hacia arriba, lo más arriba que podamos. Repetimos cuatro veces. Movemos el cuello en círculos suaves para liberar tensión, los hombros, el torso y finalmente, con los ojos abiertos, hacemos diez saltos de paloma. Al finalizar, les preguntamos qué sintieron, guiando la conversación sobre la importancia de tener estos espacios activos para destensar el cuerpo. Después de compartir lo que sintieron, se pedirá que alguna voluntaria guíe el mismo ejercicio.</li></ul></li><li>Después, la segunda técnica "Apapacho grupal" consiste en hacer un círculo en donde todas podamos mirarnos. La psicóloga explicará el significado de "apapacho" en México y sondeó con las participantes si en su país hay alguna palabra que haga alusión a hacer sentir cómoda a otra persona, escuchada, querida y en confianza. Al finalizar, nos daremos un abrazo grupal y unas a otras, entre todas.</li><li>Posteriormente, se le pedirá a una voluntaria que comparta alguna situación que en ese momento considere le está afectando anímicamente y que quiera compartir con las demás. Ella expondrá su situación a manera de desahogo y al finalizar, la psicóloga facilitadora invitará a las demás a darles comentarios de fortaleza, apoyo y autocuidado, es decir de apapacho. Esto se repetirá durante 30 minutos.</li><li>Al finalizar la práctica, se motivará a las participantes a platicar e intercambiar experiencias, puedes apoyarte usando las siguientes preguntas:<ul style="list-style-type: none"><li>¿Cómo se sintieron con las técnicas?</li><li>¿Alguien ha tenido alguna otra estrategia que le haya funcionado y que pueda ayudar a otras mujeres migrantes?</li></ul></li></ol>		

### Carta descriptiva del taller: Aprender haciendo y aprender con sentido

Actividad	Desarrollo	Tiempo	Material
<b>Cierre</b>	<p>Se colocará al centro un pellón y se les pedirá a las participantes que coloquen la fecha y frases o pensamientos motivadores que den aliento y apoyo a otras mujeres migrantes que lleguen ahí. Pueden ser frases que escucharon en el taller y les gustaron, o frases propias.</p> <p>Este lienzo estará siempre disponible para que las mujeres migrantes puedan tomarlo y leer los mensajes de otras mujeres migrantes.</p> <p>Cada una de las participantes y facilitador/a se despide del taller, agradeciendo su asistencia y el haber compartido sus experiencias haciendo énfasis en la importancia de aprender juntas y compartir.</p>	20 min	2 metros de Pellón  Crayolas



## COMPONENTE EDUCATIVO COMUNITARIO 2:

### “No normalicemos la violencia”

Información para quién imparte: Hablar de violencias es hablar sobre un tema complejo, puesto que tiene múltiples aristas, es decir, se debe abordar desde diferentes contextos y realidades, ya que existen diversos elementos que la conforman y que por desgracia son mecanismos que la van perpetuando y en varios de los casos normalizando.

Existen riesgos muy marcados con la normalización de la violencia, el más grande de ellos es que pareciera que se vuelve “invisible”, porque aquello que se muestra como normal en una sociedad, difícilmente puede ser cuestionado por quienes conforman esa comunidad; y en consecuencia se pueden estar ejerciendo violencias o siendo víctimas de estas, sin tener un conocimiento pleno de ello. Aunque muchas veces, en el ejercicio de poder que implica la violencia hacia una persona o sector de la población, si existe dicha conciencia en la mayoría de los casos.

Una de las herramientas más importantes que se puedan tener en el cuestionamiento y reflexión sobre la violencia, son sin duda los espacios donde se pueda hablar y externar situaciones de violencia, es decir, espacios donde se vayan visibilizando estas acciones, cuestionando nuestras acciones y reflexionando sobre qué alternativas se pueden llevar a cabo para vivir una vida libre de violencia, lo cual es un derecho que como seres humanos nos corresponde.

Este documento busca ser un apoyo para generar **reflexión e identificación de la violencia y sus formas**, la forma en la que se ejercen en el día a día, así como conocer cuáles pudieran ser las rutas de acción a tomar en cuenta estando en otro país.

### **Actitudes básicas en la aplicación del taller:**

- ✓ Simplificar instrucciones y lenguaje.
- ✓ Instrucciones claras y completas.
- ✓ Respeto el proceso de cada persona (No manipular la información, no imponer).
- ✓ No evaluar a las personas.
- ✓ No comparar a una persona con otra. Comparar ideas o experiencias, pero no personas.
- ✓ No interpretar.
- ✓ Ser concreto, claro y preciso.

### **Antes de la realización es necesario contar con las siguientes condiciones básicas para favorecer la actividad:**

- Contar con un mínimo de 2, y un máximo de 10 participantes mujeres migrantes.
- Espacio lo suficientemente amplio para el número de participantes.
- Procurar un espacio con privacidad en donde las participantes puedan expresarse libremente en un ambiente de confianza y evitando las distracciones.
- Contar con sillas suficientes para las participantes y las facilitadoras.
- Colocación de las sillas en círculo para promover la comunicación, visibilidad y horizontalidad, es decir, donde todas somos iguales.

A continuación, encontrarás una guía de implementación para el taller:



## Carta descriptiva del taller: No normalicemos la violencia

Actividad	Desarrollo	Tiempo	Material
<b>Bienvenida</b>	<p>Las facilitadoras del taller invitan a las participantes a sentarse.</p> <p>Las facilitadoras y participantes se presentan diciendo su nombre y su nacionalidad.</p> <p>La facilitadora les preguntará ¿Qué les motivó a tomar el taller? se dará una breve introducción del objetivo del taller.</p>	5 min.	<p>Manual de facilitadora.</p> <p>Etiquetas.</p> <p>Pulmones.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se inicia el taller preguntando:</p> <p>¿Qué es la violencia?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se escribirá en un rotafolio las respuestas de las integrantes después de escucharlas procederemos a explicarles la definición de la ONU en 1995: <b>«Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico incluida las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada».</b></li> <li>Se les explicará que en ocasiones ciertos comportamientos lo asumimos como “Normales” pero que en realidad no lo son y procedemos a dar un ejemplo: “El hombre puede golpear a su mujer si la encuentra engañándolo” se les pide comenten alguna situación que observen que quizá otras personas ven como “normales” y que no lo son. La violencia es una conducta instrumental que introduce desigualdad en una relación interpersonal o mantiene una desigualdad subyacente y estructural. La violencia tiene dos fines:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Opresivo: se usa para conseguir un fin.</li> <li>Configurador: redefine las relaciones de asimetría y desigualdad.</li> </ol> </li> <li>La facilitadora procede a explicarles que también existen tipos de violencia, se le pregunta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Sabían que existían tipos de violencia?</li> <li>¿Cuáles son?</li> </ul> </li> </ol>	35 min.	<p>Rotuladores.</p> <p>Papel bond.</p> <p>Tríptico.</p>

## Carta descriptiva del taller: No normalicemos la violencia

Actividad	Desarrollo	Tiempo	Material
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. En el rotafolio se anotan los tipos de violencia que mencionan y se complementa la información explicando y mencionando los tipos de violencia (física, psicológica o emocional, sexual, económica, de género y digital).</li> <li>5. Se les entregará un tríptico con la información de tipos de violencia y se les pide que realicen equipos y lean el tríptico (se les da un tiempo para que lean juntas y comenten), por equipo deberán nombrar algunos ejemplos cotidianos de los tipos de violencias.</li> <li>6. La facilitadora anotará en el rotafolio los ejemplos que den y juntas los clasificarán a donde pertenezcan. Si faltaran algunos ejemplos la facilitadora los dará.</li> </ol>		
<b>Cierre</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La facilitadora iniciara el cierre preguntando: ¿Qué aprendiste en este taller?</li> <li>2. La facilitadora escuchara sus conclusiones de aprendizaje y las retroalimenta.</li> <li>3. La facilitadora explicará que la denuncia es un derecho que ellas tienen, que hacerlo les ayuda protegerse legalmente y que es entendible tener temor a realizarla, es una decisión personal, en muchas ocasiones por el miedo que se siente antes de poder hacerlo se necesita trabajar en nosotras mismas de forma emocional y el trabajo de las psicólogas es acompañarlas hasta que ellas se sientan seguras de hacerlo.</li> <li>4. Se les menciona que en el tríptico está la información a donde ellas pueden acudir a realizar su denuncia, por ser migrantes corresponder a la fiscalía de inmigración, esta institución debe iniciar el proceso para el apoyo en documentación y el acompañamiento a la fiscalía general.</li> <li>5. Se agradece la presencia al taller y se realiza una ronda de preguntas y respuestas.</li> </ol>	10 min.	Trípticos.

## f. Referencia y acompañamiento a otras instancias especializadas



El directorio para la derivación considera la oferta de atenciones ofrecidas por instancias del gobierno local, estatal y regional, así como los servicios ofrecidos por las diferentes organizaciones multilaterales y de la sociedad civil que se encuentran en Tapachula, Chiapas.

La organización del directorio da prioridad a la violencia sexual y basada en género, que debe tener una respuesta inmediata, pero que considere desde la directriz de escucha terapéutica y confianza, que la persona tiene la capacidad de decidir cuál es la acción que quiere realizar, para ello, el acompañamiento debe brindar información clara y completa de las alternativas presentes.

Las mujeres que han sido víctimas de violencia necesitan un espacio en el que se sientan seguras, y respetadas y valoradas emocionalmente, para lograrlo como personal de salud mental deberá:

- Tener actitudes que promuevan un ambiente nutricional en el que la víctima se sienta protegida.
- Promover que la persona integre las diversas facetas de lo sucedido.
- Apoyar los mecanismos de defensa sanos y que permitan la adaptación, en tanto que evita que adquiera mecanismos de defensa destructivos o de mala adaptación.
- Indagar los factores psicológicos que ocasionaron el infantilismo psicológico. ¿Comprende lo que tuvo que hacer para sobrevivir? ¿Qué fantasías tiene de lo que pasó?
- Hay que explicar que sus sentimientos y experiencias son naturales después de lo vivido y que otras víctimas también lo han experimentado.

El motivo por el que las mujeres acuden a atención psicológica es por la cantidad de sentimientos de malestar emocional. Es importante respetar el proceso de la recuperación del trauma, si bien se debe explicar que la

denuncia es un derecho y que hacerla las ayudará a protegerse legalmente, iniciar los trámites mientras que la mujer no se encuentra preparada, provocará que deje el acompañamiento. Denunciar dentro de nuestro sistema judicial es un hecho desgastante y re victimizante por lo que la víctima necesita estar acompañada en todo el proceso.

A continuación, presentamos tres protocolos y rutas de atención que han tenido buena respuesta para dar seguimiento a los casos de violencia reportados por las mujeres migrantes:

### 1. **Módulo de Atención Inmediata para Mujeres en Situación de Riesgo (MAI) y policía violeta**

**Población objetivo:** Mujeres víctimas de violencia de género que radican en Tapachula, incluidas mujeres migrantes.

#### **El Módulo de Atención Inmediata para Mujeres en Situación de Riesgo**

Otorga respuesta inmediata a mujeres que viven alguna situación de violencia de género brindando ayuda psicológica, médica y asistencia legal.

**Horarios de atención:** lunes a sábado de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

**Teléfono:** 962 626 2803

**Dirección:** Avenida Central Norte S/N, Col. Centro (entre 19a, Calle Oriente y 21a, Privada Oriente). Tapachula, Chiapas, México.

#### **Protocolo de atención:**

1. Para poder canalizar a una víctima es importante como personal de salud mental realizar la llamada telefónica y/o la asistencia al módulo. En caso de asistir en los horarios de atención el personal la atiende en cuanto tienen un espacio.

2. La trabajadora social realiza la recolección de información de datos generales.
3. Es enviada al área médica quien realiza una evaluación fisiológica.
4. Se le brinda asesoría jurídica, dependiendo de la disponibilidad de tiempo y la urgencia de la emergencia, pueden acompañar a la realización de la denuncia o otorgar una cita.
5. Pasa con la psicóloga quien le agenda sesiones posteriores.

Nota: en caso de que la mujer se sienta vulnerable para asistir a alguna instancia se puede solicitar el apoyo a la policía violeta, es necesario llenar un formato con el fin de que la policía pueda agendar sus rutas de movilidad, es necesario verificar el horario de atención previamente. La unidad únicamente lleva a la usuaria, la abogada y/o acompañantes deben ir por su cuenta.

### **Policía Violeta**

La policía violeta es un cuerpo de seguridad capacitado para atender de manera integral y especializada a mujeres, así como a sus hijas e hijos, víctimas de violencia sexual y VBC (Violencia Basada en Género).

**Atención de 24 horas ante emergencias.**

**Número:** 911.

#### *Protocolo de atención:*

1. Se debe realizar una llamada al 911, la policía asiste al domicilio en donde se esté ocasionando la emergencia.
2. Dependiendo de la problemática la policía violeta brinda consejería y si la mujer desea iniciar los trámites legales proceden al acompañamiento a la estancia correspondiente.

## 2. Secretaría de Salud

Población objetivo: población en general, con algún padecimiento de salud física o mental, incluida la población migrante.

Como dependencia del poder ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. En cada población dentro del territorio mexicano se localizan centros de salud, los cuales se encargan de la atención médica básica y medicina familiar.

### *Protocolo de atención:*

1. Ubicación del centro de salud más cercano de su zona.
2. Tener copia del comprobante de domicilio y alguna identificación.
3. Asistir al centro de salud antes de las 7:00 a.m. para que se le proporcione una ficha de atención.
4. Pase con el médico general, el cual evaluará la atención médica que el paciente necesita.

### g. Automanejo en Salud Mental, ¿Quién cuida a las cuidadoras?



Un apartado muy importante de este instrumento es el autocuidado en salud mental para las psicólogas implementadoras. Consideramos incluir este componente en cualquier modelo o pauta de atención ya que existen numerosos estudios que evidencian las consecuencias que las excesivas jornadas laborales y grandes responsabilidades pueden acarrear en la salud mental y emocional de los prestadores de salud (Mingote y Gálvez Herber 2004). Esta preocupación debe de ser tomada en cuenta por quienes nos hacemos responsables y disfrutamos de los servicios de personal en salud.

Esta situación se hizo aún más evidente durante la pandemia. Por ejemplo, resultados de un estudio de la OPS mostró que personal de salud de

once países de América Latina presenta elevadas tasas de síntomas depresivos, pensamiento suicida y malestar psicológico (OPS 2022):<sup>1</sup>

*“La pandemia evidenció el desgaste del personal de salud y en los países en los que el sistema de salud colapsó, el personal sufrió jornadas extenuantes y dilemas éticos que impactaron en su salud mental”.*

Con la referencia anterior buscamos señalar que es de suma importancia incluir en cualquier modelo o protocolo de atención, algunas indicaciones para mantener condiciones mínimas de seguridad y cuidado para los cuidadores. Más aún cuando el estrés en trabajos relacionados al cuidado de la salud mental de otros puede ser resultado de la combinación de una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad y entrega continuamente abierta a las necesidades de los pacientes. Proponemos, así como ejes mínimos para ese cuidado: 1) revisión de condiciones mínimas de seguridad. Seguridad e integridad física; 2) generar un espacio de escucha, contención, diálogo y desahogo en los equipos de implementación y 3) Recomendaciones sobre el autocuidado.

### **Revisión de condiciones mínimas de seguridad e integridad física.**

Deberá de comprobarse que existan las medidas de seguridad mínimas en los espacios en que se brindará la atención. Es prioritario asegurar la tranquilidad y bienestar del personal de salud y de las usuarias, Además, es imperante la comunicación en todo momento con el equipo de trabajo y responsable de proyecto a través de alguna aplicación móvil. La seguridad del prestador será prioridad, así que ante cualquier sospecha que ponga en peligro la seguridad o integridad del personal se vea amenazada, se recomienda comunicarlo con el grupo en todo momento.

---

<sup>1</sup> El informe The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) muestra que entre 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo

## Espacio de escucha, contención, diálogo y desahogo en los equipos de implementación.

Recordemos que el psicólogo trabaja en la escucha y análisis de múltiples violencias que se analizan durante la atención. Por ello se recomienda una vez a la semana realizar una reunión de trabajo entre colegas en que los prestadores de salud puedan exponer sus dudas e inquietudes sobre los casos más complejos a enfrentar.

El espacio de escucha entre miembros del equipo implica generar un espacio de confianza, desahogo, expresión y exposición de aquellos casos complejos que representen un desafío para el personal de salud o mediador. Será de importancia en este ejercicio reconocer con pares y colegas que la intervención o acompañamiento no es el mismo para todos los casos, más aún cuando el trabajo se realiza en contextos que no son controlables y el proceso no puede ser medible.

Se propone en este espacio además hacer un repaso de la caja de herramientas con la que cuenta cada psicólogo, es decir, ver con qué se cuenta y con qué no cuenta para poder dar la atención y acompañamiento.

Otro interesante ejercicio puede ser el de identificar la serie de frustraciones que se encuentran durante la atención. Como observamos durante el pilotaje, uno de los temas recurrentes tiene que ver con la referenciación y acompañamiento, que en la mayoría de los casos puede tener bastantes limitaciones. Así, se debe dar espacio para entender la frustración que también puede ser un medio de autocrítica para seguir trabajando y repensar nuevas formas estrategias de atención.

Finalmente, y en todo momento se recomienda a los psicólogos un reconocimiento de sus limitaciones, pues esto les permitiría no llevar consigo la carga de los casos difíciles después de la consulta. Algunas de estas limitaciones pueden ser:

### *Reconocimiento de las limitaciones del enfoque narrativo*

Aunque algunas de las mujeres buscadoras de servicios, ven en el espacio del psicólogo un lugar para el desahogo de todo aquello que no han podido



compartir con familiares para no preocuparles, o porque no ven en sus familiares un lugar seguro, el enfoque narrativo tiene también sus limitaciones. Sobre todo, en los casos en que el paciente no encuentra esperanza o claridad en el futuro y sufre de múltiple trauma, la palabra puede ser incluso contraproducente. Así, en el enfoque se debe tener cuidado la revictimización y revivir ciertos episodios traumáticos en las pacientes. Se recomienda para estos casos no forzar a las usuarias a contar sus historias, solamente cuando ellas lo deseen hacer así.

### *Reconocimiento de las limitaciones del proyecto de intervención*

Cada proyecto tiene limitaciones materiales, temporales y de recursos humanos, y es importante hacer conciencia de ello. Un buen ejercicio es la comprensión del contexto en el que se trabaja. Un ejemplo recurrente en el pilotaje fue que algunas de las mujeres migrantes no podrían hacer una segunda consulta porque debían resolver otras necesidades más apremiantes durante su viaje.

Así, en ese reconocimiento de limitaciones también es importante recordar que lo que sí se puede hacer es:

- a) Ofrecer un espacio de respeto y atención digna, escucha respetuosa, en un entorno de gran hostilidad.
- b) Brindar claridad en información y acceso a los servicios a los que se puede referenciar a la usuaria.
- c) A través de la escucha, humanizar a quienes han presentado diversas dificultades durante el desplazamiento.
- d) Ser claro en los 45 minutos de consulta, hasta donde se puede llegar con esa persona.

### *Recomendaciones sobre el autocuidado*

Existen así algunos indicadores que permiten poner mayor atención a un grupo de síntomas que como aviso nos pueden señalar una sobrecarga de trabajo (Morales et al 2015). Uno de ellos es el llamado “Síndrome de Burnout”, descrito en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger como un estado emocional que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. La mejor traducción para “Burnout” es “fundir-

se” y considera que puede ser una buena unidad de medición aplicable para el cuidado y autoevaluación durante trabajos que requieren brindar atención psicológica en contextos adversos. A continuación, presentamos una tabla con sencillos indicadores que puede ser útil como guía (Dávila y Nevado 2016):

---

**Ítem 1.** Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos.

---

**Ítem 2.** Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo.

---

**Ítem 3.** Mi trabajo hace que cada vez me importan menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles.

---

**Ítem 4.** Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible.

---

**Ítem 5.** Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado.

---

**Ítem 6.** Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas. Me afecta mucho.

---

**Ítem 7.** Últimamente participé en las conversaciones más irritado que antes.

---

**Ítem 8.** Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla. A menudo el trabajo me supera.

---

**Ítem 9.** Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás.

---

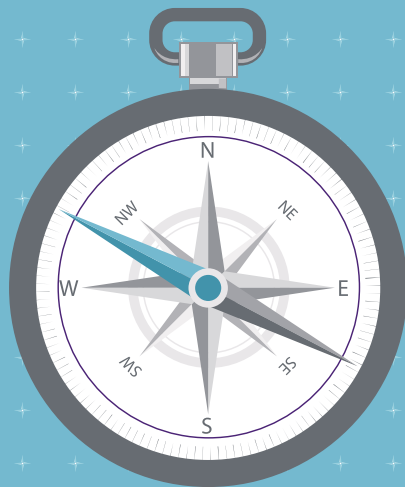
**Ítem 10.** Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio.

---

Finalmente se invita al prestador de salud a realizar inversión de tiempo en sí mismos. Ya sea a través de un trabajo personal por medio de la terapia como espacio de contención o a través de trabajo físico. Realizar actividades con el cuerpo para que el dolor que pudo haber sido absorbido en la escucha del otro, no se albergue en el cuerpo.



ANEXOS



## Marco Normativo

---



El diseño de la presente Guía se llevó a cabo conforme a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Específicamente en sus artículos 13 a 18 y 20 a 22, sobre aspectos de participación de humanos en investigaciones, y Capítulo 5, relativo a la investigación en grupos subordinados. Así como en la NOM 012 SSA3-SSA3-2012 que establece los criterios para el desarrollo de proyectos de investigación en salud que involucran a humanos (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, 1984).

Se tomaron en consideración instrumentos aceptados internacionalmente para el ejercicio ético de la investigación en salud con humanos. Como la declaración de Helsinki, la cual establece que “los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”, por lo que en todo momento se respetó el principio de autonomía de las personas participantes en esta iniciativa (AMM, 1964), y los cuatro principios emitidos por la Comisión Nacional de Bioética: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia (CONBIOETICA, 1979).

La presente iniciativa sigue las directrices de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, que busca fortalecer la capacidad en materia de atención en salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en Brasil (OPS, 2020). Así mismo, de instancias nacionales como el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante de la Secretaría de Salud federal, lanzado durante el 2020 y que incluye un apartado enfocado a la atención en salud mental (SSa, 2020) y el Plan

Nacional de Desarrollo, a través del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) que busca garantizar y evaluar, periódica y sistemáticamente, el acceso a la atención de calidad en población migrante de tránsito o destino, ya que es un derecho humano (DDHH) básico que debe ser provisto de manera indistinta y reconocer a todas las personas por igual. En ese sentido, el PROIGUALDAD 2020-2024 contempla seis acciones con perspectiva de género (PG) en beneficio de mujeres migrantes en México:

- 3.4.7. Promover acciones que permitan que las mujeres migrantes y en movilidad cuenten con acceso a servicios de emergencia y cotidianos en materia de salud con PG y pleno respeto a los derechos humanos.
- 3.4.10. Fortalecer y dar seguimiento a mecanismos del Seguro de Bienestar que favorezcan el acceso a los servicios de salud y medicamentos a mujeres (indígenas, afromexicanas, migrantes, con discapacidad, mujeres mayores, niñas, adolescentes y personas LGBTI).<sup>1</sup>
- 3.5.2. Promover servicios integrales de salud sexual y reproductiva y de prevención y atención de ITS, VIH y SIDA<sup>2</sup> para mujeres en todos sus ciclos de vida, con énfasis en población indígena, migrante, afromexicana, con discapacidad, parejas de poblaciones en riesgo y diversidad sexual.
- 4.2.6. Promover la difusión de imágenes positivas de mujeres indígenas, rurales, afromexicanas, migrantes y refugiadas y solicitantes de asilo en los medios de comunicación públicos y privados y digitales que promueven una cultura libre de discriminación.
- 4.4.2. Promover el desarrollo de acciones de acompañamiento legal especializado a mujeres víctimas de violencia y trata de que acuden

---

<sup>1</sup> Personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales.

<sup>2</sup> Infecciones de Transmisión Sexual; Virus de Inmunodeficiencia Humana; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

a denunciar, favoreciendo servicios pertinentes a mujeres indígenas, migrantes, refugiadas, trans, con discapacidad, pobres, analfabetas, entre otras.

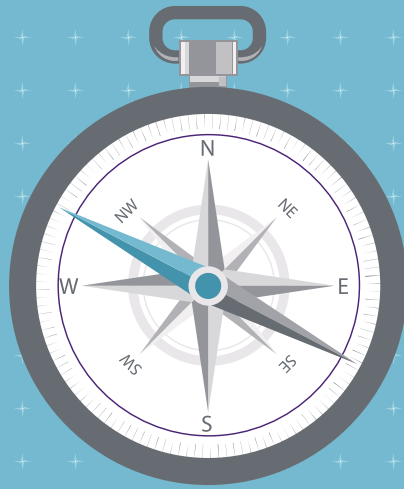
- 6.5.1. Diseñar medidas que faciliten a las mujeres indígenas, migrantes o con discapacidad, el acompañamiento de personal de traducción e interpretación cultural para presentar denuncias y recibir atención durante sus procesos judiciales, con enfoque de DDHH.

Estos esfuerzos buscan avalar la protección a la salud como derecho garantizado para todas las personas en los artículos 4°, 8°, 7° y 30° de la Ley de Migración (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2011), en los que, de forma específica, el INMUJERES tiene dos funciones centrales para el desarrollo de esta iniciativa:

- a) Realizar acciones interinstitucionales, de manera coordinada con el instituto, que permitan atender la problemática, así como la prevención de la violencia contra las mujeres migrantes, y avanzar en el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales de los cuales sea parte el Estado Mexicano.
- b) Promover acciones dirigidas a mejorar la condición social de la población femenina migrantes y la erradicación de todas las formas de discriminación en su contra [...].

Además, el INMUJERES forma parte, con voz y voto, de la Comisión Intersecretarial de Atención Integral en Materia Migratoria (CIAIMM) (SEGOB, 2019), en donde contribuye a la incorporación de la perspectiva de género en la política migratoria.

De esta forma, México tiene un papel estratégico en el tema migratorio para miles de mujeres que, ante la complejidad de su situación, experimentan violencias y un aumento de su vulnerabilidad social. Por lo que es necesario y pertinente el diseño, implementación y evaluación de instrumentos especializados que tomen en cuenta las directrices de organismos nacionales e internacionales, y dé respuesta a las necesidades particulares en salud mental de estas mujeres, con perspectiva de género y un enfoque de acompañamiento psicosocial.





## Mapa de servicios en Salud Mental en Tapachula, Chiapas.



En este capítulo se presenta un directorio para dar apoyo a otra serie de necesidades que pueden manifestar las mujeres migrantes durante la consulta psicológica. Los servicios se han dividido en: a) violencia sexual y basada en género; b) atención psicológica de emergencia; c) atención psico jurídica; d) niñez y juventud; e) salud; f) atención médico familiar; g) derechos humanos; h) justicia.

Si bien este directorio integra servicios que se ofrecer específicamente en Tapachula Chiapas, se ofrece como una referencia para que los diversos equipos integren y actualicen información semejante en sus ámbitos locales de actuación.

### Violencia sexual y basada en género

*Todos los casos de violencia sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. En las primeras 72 hrs. es muy importante la anticoncepción de emergencia y la profilaxis post-exposición para disminuir los riesgos de infección por VIH. En caso de emergencia llamar al 911*

Para el apoyo inmediato en materia de seguridad y protección a personas que han sufrido violencia sexual y de género

- **Policía Violeta (Módulo de Atención Inmediata)**

**Dirección:** Central Norte S/N entre 19ª y 21ª privada (Módulo Color morado).

**Teléfono:** 911 / 962 642 8691

Lunes a sábado de 08:00 a 16:00 hrs. Urgencias 24 hrs.

Para orientación médica, jurídica para agresiones de violencia sexual o basada en género:

**Distrito Sanitario VII Tapachula**

**Dirección:** Carretera Antiguo Aeropuerto S/N, Col. Los Cerritos.

**Teléfono:** 962 625 0075 y 962 628 6886

Lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

Para la atención integral especializada a mujeres víctimas de violencia de género, y en su caso, a sus hijas e hijos en situación de riesgo, atención con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

- **Centro de Justicia para las Mujeres (CEJUM)**

**Dirección:** Carretera Costera tramo Huixtla - Tapachula Km. 2.76, atrás de la SEMEFO.

**Teléfono:** 961 617 2300 Ext. 17712

Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs. y sábados de 10:00 a 13:00 hrs.

- **Por la Superación de la Mujer A.C.**

**Dirección:** Avenida Niños Héroe Mz.15 Lt. 35, Fracc. La Antorcha Tercera Etapa.

**Teléfono:** 962 628 3759

Lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs. / sábado de 9:00 a 14:00 hrs.

Para la atención y apoyo a víctimas de un delito o violación a sus derechos humanos. Con servicios de trabajo social, psicología, médica y jurídica.

- **Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)**

**Dirección:** 2ª Avenida Norte No. 1, entre Central y 1ª Poniente, Col. Centro.

**Teléfono:** 962 642 8691

Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 y de 16:00 a 18:00 hrs.

### Atención psicológica de emergencia

- **Médicos sin fronteras**

Línea de Atención Psicológica (LAP)

**Teléfono:** 800 999 3321 (Gratuito, pero requiere tener saldo o plan activo para concretar la llamada)

**WhatsApp:** +52 55 9130 6353 (aplica tarifa de datos)

### Atención psicojurídica

Para el acompañamiento psico jurídico de personas migrantes, solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas.

- **Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova**

**Dirección:** 4ª Avenida Sur No. 6, Col. Centro. Tel. 962 6425 098

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

- **Servicio Jesuita a Refugiados (SJR)**

**Dirección:** 3a Avenida Norte N° 5 entre Central Oriente y 1a Calle Oriente, Col. Centro.

**Teléfono:** 962 196 3717 / 962 625 6961

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

## Niñez y juventud

Para la atención, orientación social y asistencia jurídica de niñas, niños y adolescentes (NNA).

- **Procuraduría de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**  
**Dirección:** Carretera a Puerto Madero Km 3.5 esquina con Ayuntamiento, col. Joaquín del Pino.  
**Teléfono:** 962 626 2135 / 962 628 1132  
Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs
- **Centro de Atención a Niños, Niñas y Jóvenes Migrantes (Centro de Día)**  
**Dirección:** 5ª Privada Sur esquina 4ª Oriente, Col. Centro.  
**Teléfono:** 962 118 0949  
Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Para la atención psicológica de NNAs víctimas de violencia de género u otras violencias o situaciones de trauma.

- **KIND, Kids in Need of Defense México**  
**Dirección:** Calle 2 poniente N° 12, entre Avenida 2da y 4ta Sur, Col. Centro, Tapachula, Chiapas.  
**Teléfono:** 55 7100 1973  
Lunes a viernes de 09:00 a 16:00 hrs.

Para la protección integral de los derechos de NNA, asesoría y orientación.

- **UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**  
**Dirección:** Calle Prolongación Avenida Las Palmas, N° 31, Fraccionamiento Los Laureles.  
**Teléfono:** 55 8625 8967 ext. 967  
Lunes a jueves de 09:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

## Salud

Aplicación de pruebas rápidas de detección de VIH y sífilis y orientación psicosocial, acompañamiento en el acceso a servicios de salud para personas que viven con VIH u otra infección de transmisión sexual (ITS). Consejería en salud y educación sexual.

- **Una Mano Amiga en la Lucha Contra el Sida (UMALCS)**

**Dirección:** Central Norte N° 168 Altos entre 23ª y 25ª Poniente Planta Alta, Col. 5 de Febrero.

**Teléfono:** 962 626 7896 / 962 240 0025

Atención Violencia Sexual Basada en Género (VSBG) las 24 horas. Para cualquier otro servicio el horario de servicio es con previa cita los martes y jueves.

- **Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CA-PACITS)**

**Dirección:** Prolongación Boulevard Akishino, esquina Vicente Guerrero S/N, Col. La Antorcha, Etapa 6.

**Teléfono:** 962 628 4076

Lunes a viernes de 8:00 a 21:30 hrs.

## Para el acompañamiento y la gestión de servicios para casos de violencia sexual y basada en género:

- **Médicos del Mundo (MdM)**

Gestión integral y acompañamiento de casos para sobrevivientes de violencia sexual y basada en género (VSG).

**Dirección:** 5ª Oriente No. 30. Entre 3ª y 5ª Norte. col. Los Naranjos.

**Teléfono:** 962 269 8798

Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

## Atención médica primaria gratuita para personas en situación de movilidad ofrecida por organizaciones de la sociedad civil:

Atención médica primaria gratuita a para personas migrantes, solicitantes de la condición.

- **Global Response Management (GRM) Cuenta con intérpretes de creole**

**Dirección:** CEDECO Antigua Estación Ferroviaria

**Teléfono:** 962 215 4064

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00 hrs.

Para atención médica básica y medicina familiar

- **Centro de salud Tapachula**

**Dirección:** 8ª Avenida Norte entre 19ª y 21ª Calle Poniente, Col. 5 de Febrero.

**Teléfono:** 962 626 5294

Diariamente de 8:00 a 20:00 hrs.

- **Cruz Roja Mexicana**

**Dirección:** 9ª Calle Norte esquina con 1ª Calle Oriente, col. Centro.

**Teléfono:** 962 626 1949

Abierto las 24 hrs.

- **Centro de salud Santa Clara**

**Dirección:** Prolongación Duraznos S/N, Los Laureles, Col. Santa Clara Burocrática. Casi enfrente de Telmex.

**Teléfono:** 962 642 6087

Diariamente de 8:00 a 20:00 hrs.

- **Centro de salud de Indeco**

**Dirección:** Calle Juan Aldama N° 6, Col. Indeco.

**Teléfono:** 962 642 4214

Diariamente de 7:00 a 20:30 hrs.

- **Centro de salud Clínica Villa de las Flores 17**  
Dirección: Calle Jacarandas S/N, entre Jasmín y Privada de Gladiolas, Col. Villa de las Flores.  
Diariamente de 7:00 a 13:30 hrs.
- **Centro de salud Nuevo Milenio**  
**Dirección:** Calle Obrera S/N entre calle San Isidro y 6 de Marzo, Col. Nuevo Milenio, Col. Libertad.  
Diariamente de 8:00 a 20:00 hrs.
- **Centro de salud Raymundo Enríquez**  
**Dirección:** Calle Los Pinos manzana 4 S/N, entre Avenida Central Oriente, Ejido Raymundo Enriquez, entre Avenida Central Oriente.  
Diariamente de 8:00 a 14:00 hrs.
- **Centro de salud Llano de la Lima**  
**Dirección:** Ejido Llano de la Lima S/N (a un costado del campo de fútbol).  
Lunes a viernes de 7:00 a 13:30 hrs.
- **Centro de salud Las Palmeras**  
**Dirección:** Calle Andador de Gyves Córdova S/N Camino a la Pita, Col. Las Palmeras.  
Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.  
Atención medica básica. Medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología.
- **Hospital General de Tapachula**  
**Dirección:** Carretera Tapachula-Puerto Madero Km 10.5 S/N, Col. Santa Teresa.  
**Teléfono:** 962 698 7400  
Abierto las 24 hrs.

## Derechos Humanos

Para la atención en la protección, defensa, observancia, promoción y divulgación de los derechos humanos y recepción de quejas.

- **Comisión Estatal de los Derechos Humanos (CEDH)**  
**Dirección:** 2a Poniente No. 20 entre 2a y 4a Sur, col. Centro.  
**Teléfono:** 962 626 1041 / 962 626 6849  
Lunes a viernes, 8:30 - 16:00 hrs.
- **Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)**  
**Dirección:** 15ª Oriente No. 20, entre 3ª y 5ª Avenida Norte, col. Centro.  
**Teléfono:** 962 6201 466  
Lunes a viernes de 9:00 a 14:30 y de 17:00 a 19:00 hrs.

## Justicia

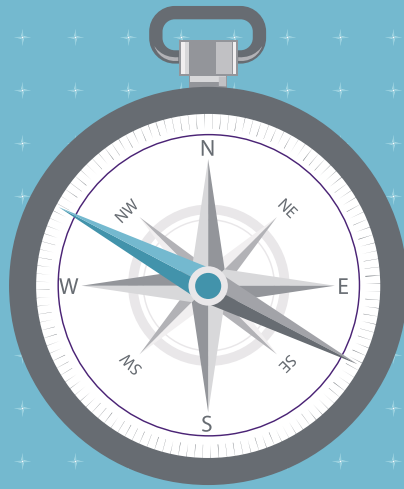
Para la defensa pública en materia penal y el acceso a la justicia mediante la orientación, asesoría y representación jurídica en materia administrativa, fiscal, civil y de causas penales.

- **Instituto Federal de la Defensoría Pública (IFDP)**  
**Dirección:** Libramiento Sur Oriente, a 450 metros de la carretera a Cantón Murillo, Huerto Santa Isabel.  
**Teléfono:** 962 698 7434 ext. 1050  
Lunes a viernes de 09:00 a 15:00 hrs.



Para el acceso a la justicia de personas migrantes y seguimiento a delitos cometidos en su contra.

- **Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos en Contra de Inmigrantes**  
**Dirección:** Boulevard Díaz Ordáz N° 9, Col. Lomas de Sayula.  
**Teléfono:** 962 626 7633  
Atención las 24 hrs.



## Referencias Bibliográficas



- Achiotequi, J. (2000): Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial, en E. Perdiguero y J.M. Cornelles (comp), Medicina y cultura, editorial Bellaterra, Barcelona.
- Álvarez Velasco, Soledad. (2009). "Transitando en la clandestinidad: análisis de la migración indocumentada en tránsito por la frontera sur mexicana" (Dossier central) [en línea], *Andina migrante*, Quito: FLACSO sede Ecuador, núm. 4, pp. 2-10, consultado el 13 de enero de 2022, disponible en <http://hdl.handle.net/10469/870>
- Asakura, H., & Falcón, M.T. (2016). Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites. *Zona Franca*, 21, 74-85.
- Barraza García, Rodrigo Alonso, & Gracia, María Amalia. (2021). Mujeres mam, migración y trabajo doméstico en México y Guatemala. *Perfiles latinoamericanos*, 29 (57), 253-277. Epub 06 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.18504/pl2957-010-2021>
- Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. *Acta Psychiatr Scand*, 243- 258.
- Burguete, Elena del Carmen. (2021). El trabajo del hogar como frontera: Las trabajadoras del hogar de origen guatemalteco en Tapachula, Chiapas (Tesis) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México. Noviembre de 2021.
- Burin, Mabel, et al. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental (reedición de la Librería de las Mujeres). Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- (2000). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. (con la colaboración de Susana Velázquez y Ester Moncarz). Segunda edición: Editorial Paidós, 2000, México.

- Cabassa, L., Zayas L., y M. Hansen. (2008) Latino Adults' Access to Mental Health Care: A Review of Epidemiological Studies. *Adm Policy Ment Health*. 2006 May; 33(3): 316-330.
- Collyer, M. (2010). Stranded Migrants and the Fragmented Journey. *Journal of Refugee Studies*, 273-293.
- Corsi Jorge, Peyrú Graciela María (2003). *Violencias Sociales*. Coord por Jorge Corsi y Graciela María Peyrú. 15-80 pp. ISBN 84-344-7474-3
- Dávila, Dabían, Natalia Nevado. (2016) Validación de burnout screening inventory. En Personal de Formación del área de salud, educación médica. Vol 17, pp 158-163. ISSN 1575-1813, [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.EDUMED.2016.08.007](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007). [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S1575181316301267](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301267)):
- Davis, S, y P Guarnaccia, (1989). Health, Culture, and the Nature of the Nerves. *Medical Anthropology*, 11.
- Dossa, P, (2002). Narrative Mediation of Conventional and New "Mental Health" Paradigms: Reading the Stories of Immigrant Iranian Women. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 16, No. 3 (Sep, 2002), pp.341-359.
- (2004) Politics and Poetics of Migration. *Narratives of Iranian Women from the diaspora*. Canadian Scholars 'Press Inc. Toronto.
- Düvell, F. (2012). Transit migration, a Blurred and Politicised Concept. *Population, Space and Place*, 631.
- Esfera (2011). Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. Practical action Publishing. [HTTPS://WWW.ACNUM.ORG/FILEADMIN/DOCUMENTOS/PUBLICACIONES/2011/8206.PDF](https://www.acnur.org/fileadmin/documentos/publicaciones/2011/8206.pdf)
- Espinar R, E. (2003). Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja sentimental. Universidad de Alicante.
- Fernández-Casanueva, Carmen. (2009). Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-Guatemala. *Papeles de población*, 15 (59), 172-192. Recuperado en 30 de junio de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252009000500005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000500005&lng=es&tlng=es).
- Fernández-Casanueva, Carmen, & Juárez Paulín, Arli. (2019). El punto más al sur y el punto más al norte: Tapachula y Tijuana como ciudades fronterizas escenarios de inmovilidades forzadas de migrantes, desplazados internos, solicitantes de refugio y deportados. *Península*, 14 (2), 155-174. Epub 29 de noviembre de 2019. Recuperado en 30 de junio de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-57662019000200155&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662019000200155&lng=es&tlng=es).

- Finkler, K. (1989) The Universality of Nerves. *Health Care for Women International*, 10.
- Gourtin, Armelle. 2021. *Migrantes climáticos en México*. Flacso, México.
- Griffiths, M. (2014). Out of Time: The Temporal Uncertainties of Refused Asylum Seekers and Immigration Detainees. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1991-2009.
- Hondagneu- Sotelo, Pierrete (Ed) (2003). *Gender and U.S. immigration: Contemporary trends*. University of California Press, Berkeley.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2007). La incorporación del género a la migración: no solo para feministas –ni solo para la familia. En M. Ariza y A. Portes (coord.), *El país transnacional: migración mexicana y cambio social a través de la frontera*. Colección Desarrollo y Migración. UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, Instituto Nacional de Migración, Centro de Estudios Migratorios, Miguel Ángel Porrúa. México. <http://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/4418>
- INCIDE Social, Sin Fronteras IAP. 2012. Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México. <https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/Construyendo-un-modelo-de-atenci%C3%B3n-para-mujeres-migrantes-v%C3%ADctimas-de-violencia-sexual-en-M%C3%A9xico.pdf>
- INSTRAW, (2007). *Gender, Remittances and Development. Feminization and Migration. Working Paper 1*. Santo Domingo.
- Lagarde, M, (1996). *Género y feminismo, desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y horas.
- Lagarde, Marcela (2001). Autoestima y género. Cuadernos Inacabados 39, claves feministas para la autoestima de las mujeres. Punto de Encuentro, Nicaragua.
- Lagarde, Marcela (2008). Retos teóricos y nuevas prácticas. Coordinado por Margaret Louise Bullen, María Carmen Díez Mintegui. Pp 209-240. ISBN 978-84-691-4952-2
- León Rojas, A. et Luque Brazán, J. C. (2022). Movilidad humana en tránsito. Algunas lógicas en los movimientos y en los espacios de tránsito en América Latina (2015-2021). *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, (8). <https://doi.org/10.25965/trahs.4579>
- Lewis, O, (1961). *Antropología de la Pobreza. Cinco Familias*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- (1961). *Los Hijos de Sánchez*. Grijalbo, México, D.F.

- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Pérez, F., Gómez-Saldivar, M. & Torres-Robles, C. (2019) Migrants in transit through México to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLOS ONE*, 14 (8), e0220775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin fronteras*, 7-14.
- Martínez, Hernáez, A, (2000). Anatomía de la ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura en Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y Cultura. Editado por Enrique Perdiguer y Joseph Ma Comelles. Ediciones Bellaterra, Barcelona
- Menéndez, E, (2010). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Prohistoria ediciones. Argentina.
- Mingote, José Carlos y Bernarndo Moreno Jiménez, Mónica Gálvez Herber (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*. Vol 123, issue 7. Pp 265-270. ISSN 0025-7753 [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0025-7753\(04\)74484-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74484-X).([HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S002577530474484X](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577530474484X))
- Morales Saborío, Lachner y Hidalgo Murillo, Luis Fernando. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Lecal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. Revisado en Octubre 12, 2022. [HTTP://WWW.SCIELO.SA.CR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&PID=S1409-00152015000100014&LNG=EN&TLNG=ES](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es).
- Murpy, H. (1961). Social Change and Mental Health. *The Milbank Memorial Found Quarterly*, 385-445.
- Rodríguez Aguilera, Meztili Yoalli (2014). Entre el discurso y la vivencia propia: Las mujeres centroamericanas en Tapachula, concepciones y prácticas sobre Derechos Humanos y seguridad (Tesis). Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) México D.F. Enero de 2014.
- Rojas Wiesner, Matha Luz y Ángeles Cruz, Hugo (2012) La situación de las mujeres migrantes en la frontera de México con Guatemala. En Tuñón Pablos, Esperanza y Rojas Wiesner, Martha Luz (Coords) (2012). Género y Migración. ECOSUR-COLEF-COLMICH:CIESAS (37 -66). México. Vol. 1
- OIM.2019. Guía de atención psicosocial para personas migrantes retornadas en condición de vulnerabilidad y víctimas del delito de trata. El Salvador. [https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2.\\_guia\\_de\\_atencion\\_psicosocial\\_0.pdf](https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2._guia_de_atencion_psicosocial_0.pdf)

- OIM, 2019. Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement. <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/mhpss/segunda-edicion-manual-smaps-emergencias-y-desplazamiento.pdf>
- OMS (2012). Primera Ayuda Psicológica. Guía para trabajadores de campo. Ginebra.
- Ordorika, T, (2009). Aportaciones sociológicas al Estudio de la Salud Mental de las Mujeres. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales Revista Mexicana de Sociología 71, núm. 4 (octubre-diciembre, 2009): 647-674. México, D.F.
- OPS (2022). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES) Informe Regional de las Américas. <HTTPS://IRIS.PAHO.ORG/HANDLE/10665.2/55563>
- OMS, 2016. Guía de intervención humanitaria mhGAP. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>
- OPS. (2020) Projeto “Fortalecimento de Capacidades Locais em Saúde Mental e Apoio Psicossocial no Contexto do Fluxo Migratório em Boa Vista”. Projeto “Fortalecimento de Capacidades Locais em Saúde Mental e Apoio Psicossocial no Contexto do Fluxo Migratório em Boa Vista”
- Salgado, S, N y M Pérez, (2002). Salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas, en Cálmesse, son sus nervios, tómese un tecito... La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas, Maria Asunción Lara Y V. Nelly Salgado de Snyder, comp. Pp. 151-172.
- Scott, J, (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Porrúa/PUEG-UNAM, México, pp. 265-302.
- Torre Cantalapiedra, Eduardo. (2021). Mujeres migrantes en tránsito por México. La perspectiva cuantitativa y de género. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6 (54), 209-239. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362021000200209&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000200209&lng=es&tlng=es)
- Servín, Argentina; Rocha Jiménez, Teresita; Salgin, Linda; Rangel, Gudelia; Narvarte, Annabella; Brouwerd, Kmberly (2021) Aspectos de la explotación laboral y la violencia sexual entre mujeres migrantes en la frontera de México, Guatemala. *Migración y Salud* No. 3 (30- 39).
- Solano Chavarría, Valeria (2020) Trayectorias de mujeres salvadoreñas, hondureñas y nicaragüenses en Tapachula: un estudio de calidad del empleo y segmentación laboral. FLACSO México. <https://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1026/246>

- UN Women, (2013). Género en marcha. Trabajando el nexo migración-desarrollo desde una perspectiva de género. Dominican Republic.
- Vainer, Alejandro (2007). "De qué hablamos cuando hablamos de salud mental". Topia. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>
- Villanueva, María Isabel (2012) Género y Migración: estrategias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. En: Tuñón Pablos, Esperanza y Rojas Wiesner, Martha Luz (Coords) (2012). Género y Migración. ECOSUR-COLEF-COLMICH: CIESAS (93- 115). México. Vol. 1
- Willers, Susanne. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica (México)*, 31 (89), 163-195. Recuperado en 30 de junio de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732016000300163&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732016000300163&lng=es&tlng=es).
- WILLIAM B y HEALY D. (2001). Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: "explanatory model" or "explanatory map"? *Soc Sci Med*. Aug;53(4):465-76.
- Young, A. (2016). Culture, History and Traumatic Memory: an interpretation *Acta Bioethica* 22 (1): 63-70. *Acta Bioética*, 63-73.
- Zarco Ortiz, Ernesto y Chacón Reynoso, Karla (2020). Dispositivos de seguridad y sexualidad en la frontera Sur de México: biopolíticas en mujeres transgénero centroamericanas. *Tabula Rasa* No. 33 (137- 163) DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.n33.06>
- Zarco Ortiz, Ernesto (2018) Mujeres migrantes transgénero centroamericanas en Tapachula, Chiapas. Apuntes sobre transfrontera y territorialidad. *Revista Eleuthera* No 19 (95-144). <https://doi:10.17151/eleu.2018.19.6>.





**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**INMUJERES**  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

La segunda edición del libro **Guía para la Atención Inicial a la Salud Mental de Mujeres en Movilidad Migrante. Frontera sur** se realizó en el Instituto Nacional de las Mujeres en septiembre 2024, Ciudad de México.