

# Deusto Journal of Human Rights

## Revista Deusto de Derechos Humanos

No. 9/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr92022>

---

### ARTICLES / ARTÍCULOS

#### **La desprotección de la salud mental de la población desplazada forzosamente: estudio de caso del Triángulo Norte de Centroamérica**

The lack of protection of the mental health of the forcibly displaced population: a case study of the Northern Triangle of Central America

Everardo Víctor Jiménez

doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2468>

Fecha de recepción: 13.12.2021 • Fecha de aceptación: 31.05.2022 •

Fecha de publicación en línea: junio de 2022

### Copyright (©)

*Deusto Journal of Human Rights / Revista Deusto de Derechos Humanos* is an Open Access journal; which means that it is free for full and immediate access, reading, search, download, distribution, and reuse in any medium only for non-commercial purposes and in accordance with any applicable copyright legislation, without prior permission from the copyright holder (University of Deusto) or the author; provided the original work and publication source are properly cited (Issue number, year, pages and DOI if applicable) and any changes to the original are clearly indicated. Any other use of its content in any medium or format, now known or developed in the future, requires prior written permission of the copyright holder.

### Derechos de autoría (©)

*Deusto Journal of Human Rights / Revista Deusto de Derechos Humanos* es una revista de Acceso Abierto; lo que significa que es de libre acceso en su integridad inmediatamente después de la publicación de cada número. Se permite su lectura, la búsqueda, descarga, distribución y reutilización en cualquier tipo de soporte sólo para fines no comerciales y según lo previsto por la ley; sin la previa autorización de la Editorial (Universidad de Deusto) o la persona autora, siempre que la obra original sea debidamente citada (número, año, páginas y DOI si procede) y cualquier cambio en el original esté claramente indicado. Cualquier otro uso de su contenido en cualquier medio o formato, ahora conocido o desarrollado en el futuro, requiere el permiso previo por escrito de la persona titular de los derechos de autoría.

Deusto Journal of Human Rights

ISSN: 2530-4275 • ISSN-e: 2603-6002, Núm. 9/2022, Bilbao

© Universidad de Deusto • <http://djhr.revistas.deusto.es/>

# La desprotección de la salud mental de la población desplazada forzosamente: estudio de caso del Triángulo Norte de Centroamérica

The lack of protection of the mental health of the forcibly displaced population: a case study of the Northern Triangle of Central America

Everardo Víctor Jiménez<sup>1</sup>  
Universidad de Deusto

doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2468>

Fecha de recepción: 13.12.2021  
Fecha de aceptación: 31.05.2022  
E-published: June 2022

---

**Cómo citar/Citation:** Jiménez, Everardo V. 2022. «La desprotección de la salud de la población desplazada forzosamente: estudio de caso del Triángulo Norte de Centroamérica». *Deusto Journal of Human Rights*, No. 9: 105-131. doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2468>.

**Sumario:** Introducción. 1. Material y métodos. 2. Discusión y resultados. 2.1. La salud mental desde un enfoque de derechos humanos. 2.2. La salud mental como un elemento de desprotección. 2.3. La salud mental en otros procesos migratorios. 3. Estudios de casos en el Triángulo Norte de Centroamérica. 3.1. Migración y sentimientos de las personas desplazadas. 3.2. Evaluación de la salud física mediante pruebas MiniKid y MiniPlus. 3.3. Evaluación de la salud mental mediante pruebas MiniKid y MiniPlus. Conclusiones. Bibliografía.

**Resumen:** El artículo «La desprotección de la salud mental de la población desplazada forzosamente: estudio de caso del Triángulo Norte de Centroamérica» se realizó con el objetivo de conocer en qué condiciones de salud mental y desprotección se hallan las personas víctimas de desplazamiento forzado a consecuencia de la violencia y el crimen organizado en Centroamérica, además de indagar sobre la protección que se da a las víctimas, explicitando la obligación que los Estados tienen de garantizar y proteger sus derechos. Este estudio ha desvelado una problemática de salud pública que, a largo plazo, tendrá un impacto tanto económico como social en los países aquejados por el fenómeno, si no se le da la importancia necesaria y se atiende la salud mental de las personas víctimas de desplazamiento forzado. Es por ello que esta investigación espera

---

<sup>1</sup> E-mail: [evictorsj@gmail.com](mailto:evictorsj@gmail.com). Orcid: 0000-0002-7115-5750

constituirse en una herramienta para organizaciones que trabajan con esta población en particular.

**Palabras clave:** Salud mental, desprotección, derechos humanos, procesos migratorios, personas desplazadas, enfermedades psicopatológicas.

**Abstract:** The article "The lack of protection of the mental health of the forcibly displaced population: a case study of the Northern Triangle of Central America" was carried out with the intention of learning what conditions of mental health and lack of protection are the victims of forced displacement face in Central America as a result of violence and organized crime. In addition, the article investigates the protection given to victims, explaining the obligation of States to protect and guarantee their rights. This study has revealed a serious public health problem that, in the long run, will have both an economic and social impact on the countries affected by the phenomenon, if the mental health of the victims of forced displacement is not given the necessary importance and attention to the mental health of victims of forced displacement. For this reason, the investigation hopes to become a useful instrument for organizations that work with this particular population.

**Keywords:** Mental health, vulnerability, human rights, migratory processes, displaced people, psychopathological diseases.

---

## Introducción

El estudio se realizó con el objetivo de conocer la situación de desprotección y la vulneración de los derechos humanos de las víctimas de desplazamiento forzado originarios del Triángulo Norte de Centroamérica (TNCA), considerando como eje central del estudio el derecho a la salud mental. Tal como lo afirma la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2020, párr. 1), «*la salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social*».

Entre los meses de enero y marzo del 2019, más de 300.000 personas habían cruzado México de forma irregular, rumbo hacia Estados Unidos (Nájar 2019), por otro lado, según datos de Cristosal (2017), las víctimas huyen de su país de origen porque reciben amenazas, extorsión, han asesinado a alguno de sus familiares y su vida corre peligro, o porque les quieren reclutar para entrar a las pandillas o convertirlos en sicarios. Lo anterior muestra que, el tema de la violencia en el TNCA continúa siendo un tema de interés internacional; al respecto, el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados, Filippo Grandi, señaló que, «la comunidad internacional no ha logrado prevenir la violencia, las persecuciones ni las violaciones a los derechos humanos, que obligan a las personas a abandonar sus hogares» (UNHCR 2021).

Ahora bien, tal como lo señala Correa (2009, 163-164) una persona desplazada vive una tragedia, debe dejarlo todo, de un día para otro deja de tener puntos de referencia, pierde sus seguridades, su identidad personal; se mueve por una violencia de la que no ha tomado parte y al final, es como si viviera desprovisto de todo derecho.

Según el Boletín n.º 9, de la REDLAC (2020, 9), desde la perspectiva de salud mental, «el desplazamiento interno y la migración forzada pueden generar estrés postraumático, ansiedad, pánico, paranoia, nerviosismo, trastornos del sueño, problemas para el manejo o la resolución de conflictos, trastornos de alimentación y depresión»; por tanto, se evidencia cada vez más, la necesidad de atención en salud mental de las personas migrantes, por el contexto que se vive en la ruta migratoria, el tiempo de espera en los centros de detención, las complicaciones por vivencias traumáticas desde los lugares de origen y el endurecimiento de las políticas migratorias. Cabieses *et al.* (2018), 287 revelan que las víctimas de desplazamiento forzado sufren daños en su salud mental, y la vulneración a los derechos humanos no concluye al salir del país de origen pues «quienes han transitado de manera irregular por México, suelen presentar [problemas de salud como] cuadros de deshidratación, hipotermia, asfixia, estrés, angustia y ansiedad».

Otros estudios ya habían revelado que, el proceso de migración era un factor de riesgo para la salud mental. Estudios realizados en Europa, Estados Unidos y Australia, mostraron que el mayor riesgo de padecer esquizofrenia se daba en algunos grupos de inmigrantes, cuya migración se produjo por situaciones de guerra, persecuciones políticas o de otro tipo (Alvarado 2008).

Según lo revelado por Abello *et al.* (2009) o Echenique *et al.* (2008) el miedo, los múltiples eventos traumáticos y las crisis psicológicas que acompañan al proceso migratorio, evidencian el riesgo en el que se encuentra la población desplazada forzadamente de desarrollar trastornos mentales. Otros puntos relevantes de mencionar son las constantes violaciones a los derechos humanos, la ausencia de políticas públicas que garanticen la seguridad y el bienestar de las víctimas, lo cual hace que la persona cargue consigo un sin número de dolencias invisibles, tales como: sentimientos, emociones y temores.

Retomando lo mencionado en los párrafos anteriores, este estudio se constituye en un referente importante para otras investigaciones, pues visibiliza el tema de la desprotección y vulneración de los derechos humanos (civiles, políticos, económicos y culturales) de las víctimas de desplazamiento forzado, haciendo énfasis en el incumplimiento del derecho a la salud mental. Por consiguiente, este estudio se destaca de otros, porque, por un lado, visibiliza la importancia de garantizar el derecho a la salud mental, retomando lo mencionado por otros autores sobre la tragedia a la que se enfrentan las personas desplazadas, y por otro lado, ofrece aportes significativos a las Ciencias de la Salud, haciendo énfasis en que, el tema de la salud mental, sea visto desde un enfoque de derechos humanos.

## 1. Material y métodos

En este estudio participaron 120 personas migrantes, de los cuales 51 fueron niñas y niños y 69 adultos. A estas personas migrantes, se les aplicó, según su edad, una entrevista psiquiátrica semiestructurada, con el fin de caracterizar y conocer las psicopatologías físicas y mentales a la que están expuestas; de igual manera, permitió realizar un análisis enfocado en el tema de la desprotección y los derechos humanos de las víctimas de desplazamiento forzado.

El estudio tuvo lugar en el albergue de migrantes CAFEMIN<sup>2</sup> (Casa de Acogida Formación y Empoderamiento de la Mujer Migrante y

---

<sup>2</sup> Cafemin es un albergue en Ciudad de México ubicado en Calle Constantino. Cafemin está situada cerca del Parque de Jimmy, y cerca del SMR: Scalabrinianas Misión con Migrantes y Refugiados. <https://mapcarta.com/es/N7685082628>

Refugiada), las entrevistas psiquiátricas semiestructuradas fueron el Minikid aplicado a población menor de 18 años y el Miniplus aplicado a población mayor de 18 años. Con estos datos, se pudo realizar una evaluación de la salud física y mental de las personas desplazadas

La entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI KID) diseñada por Sheehan *et al.* (2000, 1-33) es un instrumento estandarizado que consiste en una breve entrevista estructurada de elección para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños y adolescentes. Se encuentra dividida en 25 módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica del eje I (A-X). La validez del instrumento ha sido establecida con respecto al CIDI (por sus siglas en inglés Composite International Diagnostic Interview) y la confiabilidad con respecto al KSADS (Diagnóstico Psiquiátrico para Niños y Adolescentes). Validada al español por Fernando y colaboradores, con una confiabilidad inter-evaluador de 0.9 a 1.

Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS)<sup>5</sup> diseñada por Sheehan *et al.* (1999, 1-28) es una entrevista diagnóstica, exploratoria y de detección de los principales trastornos psiquiátricos del DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que incluyen: el Episodio Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, dependencia y abuso de alcohol y sustancias, Trastornos Psicóticos, Anorexia y Bulimia Nerviosa, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad.

La MINI PLUS es una entrevista estructurada. Tiene una duración entre 15 y 45 minutos, dependiendo de la habilidad y entrenamiento de la persona que la aplica. La sensibilidad del MINI PLUS para las categorías diagnósticas en concordancia con el SCID-P fue de 0.70 o mayor, la especificidad fue estimada en 0.85 o mayor para todas las categorías. Su confiabilidad inter evaluador fue estimada con un coeficiente kappa<sup>3</sup> en rangos de 0.88-1.0, la confiabilidad prueba-reprueba fue estimada con un coeficiente kappa de 0.76-0.93.

---

<sup>3</sup> El índice kappa ( $\kappa$ ) se usa para evaluar la concordancia o reproducibilidad de instrumentos de medida cuyo resultado es categórico (2 o más categorías). El índice kappa ( $\kappa$ ) representa la proporción de acuerdos observados más allá del azar respecto del máximo acuerdo posible más allá del azar. En la interpretación del índice kappa ( $\kappa$ ) hay que tener en cuenta que el índice depende del acuerdo observado, pero también de la prevalencia del carácter estudiado y de la simetría de los totales marginales (Abraira 2001, 248).

## 2. **Discusión y resultados**

En este artículo se desarrolla el tema de la situación de desprotección y la vulneración de los derechos de las víctimas de desplazamiento forzado, haciendo especial énfasis en el derecho a la salud mental. En primer lugar, se hablará sobre la salud mental desde un enfoque de derechos humanos, haciendo mención de leyes y tratados que deberían proteger y garantizar los derechos de las personas que se desplazan de manera irregular. En segundo lugar, se hará hincapié en la salud mental como un elemento de desprotección, desde la mirada de diversos autores que señalan los niveles de desprotección e inseguridad a los que se exponen las víctimas de desplazamiento forzado; finalmente, y no menos importante, es la salud mental en otros procesos migratorios, porque muestran que los procesos migratorios tienen un elemento en común, y es la vulneración a los derechos de las víctimas y su alto nivel de riesgo de desmejorar su salud física y mental.

Ante la situación de violencia e inseguridad que se vive en el TNCA, los Estados tienen la obligación de garantizar protección a sus ciudadanos. Sin embargo, muchos se sienten desprotegidos y se ven obligados a salir de sus países. La Conferencia de Obispos de Estados Unidos en una visita que realizó a los países del TNCA constató que, en Guatemala, Honduras y El Salvador, carecen de la capacidad para proteger a la población infantil, en cambio, las pandillas y otros elementos criminales se hallan activos en muchas comunidades y escuelas, y el Gobierno parece incapaz de frenar la influencia de estos grupos, debido a la corrupción, falta de voluntad política o de recursos (United States Conference of Catholic Bishops 2013, 8).

Frente a una situación de desprotección, la persona tiene el derecho a ser protegida primeramente por su Estado de origen, pero dado el caso si esta se encuentra fuera de su país, también tiene el derecho a recibir protección por parte del Estado que le recibe.

Cuando los estados no pueden proteger a sus ciudadanos contra abusos o situaciones que afectan sus derechos humanos básicos, éstas personas se ven forzadas a huir en busca de protección internacional en otros países. La protección internacional es importante, ya que puede garantizar los derechos que les fueron negados a una persona en sus lugares de origen y que le obligaron a salir. Según la ACNUR (2014) es una obligación del Estado receptor, estudiar cada caso y si procede a la protección, iniciar el proceso que reconozca que la persona necesita ser considerada refugiada, por tanto, tal como lo señala la Conferencia Episcopal de Estados Unidos, debido a la falta de protección que pueden vivir los adolescentes y jóvenes en sus países

de origen, éstas, son causas suficientes para que puedan solicitar asilo (United States Conference of Catholic Bishops 2013).

La Declaración de Cartagena de 1984 amplía el concepto de refugiado<sup>4</sup> a toda persona que huye por la violencia, por la agresión extranjera, que huye cuando se dan en su país conflictos internos, o que huye cuando se violan o ultrajan los derechos humanos de la misma.

La Resolución de San José sobre refugiados y personas desplazadas adoptada por el «Coloquio Internacional: 10 Años de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados», celebrado en San José, Costa Rica, del 5 al 7 de diciembre de 1994, sigue reconociendo el problema de los refugiados, ante los retos, que plantean las nuevas situaciones de desarraigo humano en Latinoamérica y el Caribe (OEA 1994).

En esta resolución, se reconoce que una de las causas del desplazamiento es la reiterada violación de los derechos humanos y, en consecuencia, invitan a los Estados a garantizarlos ya que al salvaguardarlos se protege a los desplazados, a la vez que, se buscan soluciones duraderas. De igual manera, se insta a los gobiernos a encontrar salidas a los problemas generados por el desplazamiento forzado e invitan a los Estados al fomento y observancia plena de los derechos económicos, políticos y sociales que están contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>5</sup>.

Por medio de esta resolución se recomienda a los Estados tener en cuenta las conclusiones del encuentro para responder a las nuevas situaciones que tendrán como gobiernos, las cuales no se limitan únicamente a los problemas derivados de los refugiados, de los repatriados o de los desplazados. Al respecto, Correa (2009, 161) señala que las víctimas del desplazamiento forzado merecen, por tanto, una atención especial por parte de los gobiernos porque «[...] se les oye poco y hasta parecen invisibles ante los ojos de la sociedad, desde las mismas cifras que pretenden evidenciar su existencia».

---

<sup>4</sup> La definición o concepto de refugiado recomendable para su utilización en la región es aquella que además de contener los elementos de la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967, considere también como refugiados a las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público (OEA 1984, 3).

<sup>5</sup> Tanto los refugiados como las personas que migran por otras razones, incluyendo causas económicas, son titulares de derechos humanos que deben ser respetados en todo momento, circunstancia y lugar. Estos derechos inalienables deben respetarse antes, durante y después de su éxodo o del retorno a sus hogares, debiéndose proveerles además lo necesario para organizar su bienestar y dignidad humana (OEA 1994, 3).



Es importante determinar las causas del desplazamiento, pues de acuerdo con Gómez (2019) las razones por las cuales se da el desplazamiento forzado son, por un lado, las relacionadas con la violencia generada por el crimen organizado, y por otro lado, la violencia generada por presión gubernamental y de otros actores, como forma de presión para obtener tierras para cultivos, ganadería o para recibir agua, o bien, para que la población abandone zonas ricas en minerales o en recursos naturales.

Dicho de otra manera, es necesario comprender los motivos que originaron la violencia en el país de origen, para de esta misma manera, dar respuestas efectivas a las víctimas de desplazamiento forzado.

### 2.1. *La salud mental desde un enfoque de derechos humanos*

Según ACNUR, desde el año 2009 se evidencian nuevas formas de desplazamiento de la población del TNCA las cuales lo están haciendo debido al accionar del crimen organizado transnacional y de otras situaciones de violencia, como los traficantes de droga, las maras o pandillas o al propio Estado (ACNUR 2014).

Según Códigos Internacionales de Ética (1990, 645): «las constituciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (...), y otras declaraciones internacionales<sup>6</sup> de derechos humanos reconocen (...) que la salud es un derecho humano que genera determinadas responsabilidades».

En el principio número 9, de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se dicta que «los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas» (Códigos Internacionales de Ética 1990, 246).

En el artículo 25, inciso 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se dispone que: «Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita gozar de salud y bienestar (...)» (ONU 1948, 7). Por otro lado, el artículo 12, inciso 1, del Pacto Internacional

---

<sup>6</sup> Las declaraciones internacionales que contemplan el derecho a la salud son: La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos «Pacto de San José Costa Rica» (Códigos Internacionales de Ética 1990, 645).

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establece que: «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (ONU 1966, 5).

La Convención Americana sobre derechos humanos «Pacto de San José de Costa Rica» en los artículos 4, 5, 17, 19, 24, 32 «reconoce implícitamente que la salud es un derecho humano» (OEA, 1978).

Tomando como referencia lo planteado en los párrafos anteriores, se hará eco de las declaraciones del Dr. Theodor Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien refirió que «el derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras» (OMS 2017, párr. 4).

Continúa señalando este alto funcionario que el derecho a la salud «se ve condicionado por otros derechos humanos fundamentales como el acceso a agua potable y saneamiento, a alimentos nutritivos, a una vivienda digna, a la educación y a condiciones de trabajo seguras» (OMS 2017, párr. 5). De igual manera, continúa señalando que: «la marginalización, la estigmatización y la discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo» (OMS 2017, párr. 10).

El 26 de septiembre del 2017 el Consejo de Derechos Humanos de la ONU aprobó la Resolución «Salud Mental y Derechos Humanos» donde reafirmó al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental (Confederación Salud Mental España 2017).

Cabe señalar que los países del TNCA, cuentan con leyes específicas que hacen referencia al tema de salud mental, Honduras, Código de la Salud, artículo 1, El Salvador, Capítulo VIII, sección 1, Artículo 33 y título II, capítulo II, sección uno, artículo 43 del Código de Salud, Guatemala, capítulo 1, artículo 1 del Código de Salud Nuevo del año 1997.

Ahora bien, según la Ley General de Salud de México, en el artículo 2, numeral I, la finalidad del derecho a la protección de la salud es «el bienestar físico y mental del hombre [y la mujer] para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades».

En este sentido, en el artículo 25, título tercero, capítulo único, de la Ley General de Salud de México se señala que «conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables».

Según el Instituto Nacional de Migración de México (INM s/f., 3), «los migrantes que transitan por el territorio nacional tienen los

derechos que les reconocen la Constitución General de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales firmados por México, sin importar su nacionalidad ni situación migratoria».

De acuerdo al INM, se deberá dar atención especial «a grupos vulnerables [entre los que figuran] víctimas de delitos». A nivel general se establece que «los migrantes tienen derecho a recibir atención médica y los medicamentos adecuados para tratar su enfermedad, si padecen alguna» (INM s/f., 6).

En el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, se reafirma «la obligación de los Estados de proteger, promover y respetar todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y de velar por que las políticas y los servicios relacionados con la salud mental se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos» (Consejo de Derechos Humanos 2017, 4).

En relación al sistema de salud de los Estados Unidos, Wolf (2018) refiere que, la naturaleza complicada del sistema de salud en los Estados Unidos enmascara un solo problema básico: los costos. Lamentablemente el sistema de salud de los Estados Unidos es un sistema que excluye a personas en procesos migratorios irregulares<sup>7</sup>. Por consiguiente, según Cabieses *et al.* (2018, 287), «la salud de migrantes irregulares es la más perjudicada porque al eludir mecanismos formales de atención por el temor a ser deportados, terminan colocando en riesgo su propia vida».

Respecto al sistema de salud de los Estados Unidos, Ganduglia (2010) señala que, el 23 de marzo del 2010, el entonces presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, firmó y convirtió en ley el acta llamada Patient Protection and Affordable Care (Protección del Paciente y Cuidado Accesible), que aunque, no se reduce a cero la inaccesibilidad al sistema de salud, muchos consideraron este hecho como un importante gran paso.

## 2.2. La salud mental como un elemento de desprotección

De acuerdo a la OMS (2018, párr. 2) la salud mental «es un estado de bienestar, en el que la persona..., es capaz, de hacer frente al estrés

---

<sup>7</sup> La ley busca expandir el nivel de cobertura y el acceso a la salud conservando su actual sistema mixto, público, privado, caracterizado por seguros individuales basados en el empleo, Medicare y Medicaid. A tal fin, implementará lo que se conoce como «mandato individual», por el cual se requiere que todos los ciudadanos de los Estados Unidos, y residentes legales tengan un seguro médico. Aquellos que no lo tengan, con algunas excepciones, deberán pagar una penalidad que irá en incremento a partir del año 2014 en adelante, hasta alcanzar un máximo del 2.5% del ingreso anual de una familia (Ganduglia 2010, 382).

normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad»; sin embargo, aunque el derecho a la salud mental se ha contemplado recientemente como parte del derecho humano a la salud integral, tal como lo señala la ACNUR (2018) «a pesar de que es evidente que no puede haber salud sin salud mental, en ningún lugar del mundo, la salud mental se encuentra en plano de igualdad con la salud física, en términos de presupuesto, educación y prácticas médicas».

Ahora bien, la realidad que viven las personas desplazadas es muy diferente a lo que se señala en los marcos normativos internacionales y nacionales, pues tal como señalan Cabieses *et al.* (2018, 286) «los altos niveles de vulnerabilidad en el estado de salud y calidad de vida de las personas que residen en situación irregular o en procesos de migración circular [cuentan] con niveles mínimos de protección y seguridad».

Según lo planteado por Cabieses *et al.* (2018, 286) las personas «que sufrieron migración forzada experimentaron daños en su salud mental, producto de la persecución [experimentada] en su propio país».

La vulneración a los derechos humanos de las personas desplazadas, no concluye al salir del país de origen; Cabieses *et al.* (2018, 287) continúan señalando cómo varios estudios han argumentado que «quienes han transitado de manera irregular por México, suelen presentar [problemas de salud como] cuadros de deshidratación, hipotermia, asfixia, estrés, angustia y ansiedad».

Según la OMS (2018, párr. 3), «la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida»; sobre este cimiento, la promoción, protección y restablecimiento de la salud mental, deberían estar en la agenda de las políticas públicas de los Estados. Durante el desarrollo de la investigación se conocieron historias de vida marcadas por la violencia. Algunas víctimas han experimentado diferentes tipos de violencia desde la niñez, desde violencia intrafamiliar, abuso sexual, violencia por parte de la pareja y violencia por el sistema, experimentando a lo largo de sus vidas sentimientos de tristeza y minusvalía.

### 2.3. La salud mental en otros procesos migratorios

Para hablar del problema de la salud mental y la desprotección de las personas desplazadas, se señala que, desde hace varios años, ya se había mencionado la relación existente entre migración y salud mental. Tal como lo refiere Alvarado (2008, 37), desde «la década de los 30,

Odegaards señaló que el proceso de migración era un factor de riesgo para la salud mental». Continúa señalando el autor que los primeros estudios realizados en el Reino Unido «mostraban en forma muy consistente que [la] población de inmigrantes tenía una mayor tasa de esquizofrenia, de hasta 14 veces, respecto de la población británica» (Alvarado 2008, 37).

Otros estudios que se realizaron en otros países de Europa, Estados Unidos y Australia, evidenciaron que «el mayor riesgo de padecer esquizofrenia se da en algunos grupos de inmigrantes... y que es mayor cuando la migración se produce por situaciones de guerra, persecuciones políticas o de otro tipo» (Alvarado 2008, 38), en este último aspecto, cabe señalar la persecución del crimen organizado.

Según señalan Echenique *et al.* (2008, 130-131) «ante los múltiples eventos traumáticos que acompañan el proceso migratorio, el desplazamiento forzado originado por la violencia es un factor de gran impacto para la salud mental de la población».

Otros autores señalan que «cuando los eventos traumáticos sobrevienen y atacan... ocasionan desde crisis psicológicas hasta la desintegración total del sentido de la realidad» (Abello *et al.* 2009, 457); esta afirmación es muy importante, porque evidencia el riesgo en el que se encuentra la población desplazada de desarrollar trastornos mentales.

Por otro lado, según señala Cabieses *et al.* (2018, 287) «en Estados Unidos la salud mental de muchas personas migrantes latinas, sufre grandes secuelas debido a que experimentan sentimientos de rechazo, conflictos de identidad, enfermedades psicósomáticas y/o depresión».

Lamentablemente la población desplazada, es altamente vulnerada y es una población en riesgo de desmejorar su salud mental, por ende, es importante insistir en la necesidad de atención psicológica y psicosocial que tiene esta población en particular.

En la sección II del documento sobre los Principios Rectores de los desplazamientos internos, se enfatiza en las medidas de protección que debe brindar el Estado a las personas con tal de que se evite a toda costa su desplazamiento, basados en el derecho internacional, sobre todo, basados en los derechos humanos y en el derecho humanitario que se les ha de brindar a la población civil. Pero, en el caso de que ocurra el desplazamiento, se ha de observar el derecho a la vida consagrado en el principio 10 de la Sección III, el cual establece que «es inherente al ser humano y estará protegido por ley» (ONU 1998, «Sección III», principio 10).

En el caso del TNCA se manifiesta una desprotección por parte del Estado en los actos concretos de violencia que se mantienen

actualmente en la región. Pero, de acuerdo al principio 11, numeral 2, inciso a, los Estados han de proteger a la población frente a «la violación, la mutilación, la tortura, las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y otros ultrajes a su dignidad personal» (ONU 1998, Sección III, Principio 11).

Sin embargo, si la persona se ve desprotegida por su Estado goza del derecho a «abandonar su país; solicitar asilo en otro país; y recibir protección contra el regreso forzado o el reasentamiento en cualquier lugar donde su vida, seguridad, libertad y salud se encuentren en peligro» (ONU 1998, «Principio 15» incisos a-d). Al respecto, mientras que los Estados de Guatemala y El Salvador cuentan con leyes especiales para los refugiados<sup>8</sup>, Honduras, contempla solo un artículo dedicado al tema de refugiados<sup>9</sup> dentro de la Ley de Migración y Extranjería; sin embargo, con el fin de visibilizar la problemática del desplazamiento forzado, el día 5 de noviembre de 2013 se publicó en Honduras el decreto por el cual se creó la «Comisión Interinstitucional para la Protección de las Personas Desplazadas por la Violencia». Con la creación de esta Comisión, el Estado de Honduras, reconoce, que, la gran intensidad del desplazamiento forzado interno y externo entre países, se debe a la violencia y en particular al accionar de la criminalidad organizada.

---

<sup>8</sup> El Estado Guatemala reconoce el derecho al asilo de acuerdo a las normas, tratados y convenios internacionales, y de acuerdo a las leyes de la República de Guatemala. Es así que en el año 2001 el Gobierno de Guatemala a través del acuerdo de Gobierno 383-2001, Art. 11 incorpora la definición de refugiado a su legislación teniendo derecho la persona desplazada de forma forzada a que se le proporcione el Estatuto de Refugiado.

El gobierno de El Salvador considerando que ratificó «la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, y el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967» decretó oficialmente el 14 de agosto del año 2012 por medio de la publicación en el Diario Oficial No 148 la «Ley para la determinación de la condición de persona refugiada». El objeto de dicha ley fue «normar la determinación de la condición de la persona refugiada, y garantizar el derecho de toda persona natural de origen extranjero a buscar y recibir refugio en el territorio nacional, para salvaguardar su vida, integridad personal, libertad, seguridad y dignidad» (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador 2002, 2).

Esta ley se rige bajo «los principios de no discriminación, no devolución, reunión familiar, repatriación voluntaria, y en la forma que mejor garantice la eficacia de los derechos humanos y garantías fundamentales [establecidos] en la Constitución de la República, y en los tratados internacionales» (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador 2002, 2-3).

<sup>9</sup> Esta ley fue promulgada en la Gaceta, el diario oficial de la República de Honduras, el día 3 de marzo de 2004. Los diputados para la redacción y promulgación de la ley consideraron que, «los extranjeros, gozan de los mismos derechos que los hondureños y hondureñas, por tanto, tienen la obligación de respetar las autoridades y cumplir con las leyes» (Congreso Nacional de Honduras 2004, 1).

Para la creación de la comisión, se consideró que: «la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado [y que por tanto] tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral» (La Gaceta 2013, 1); y entre sus objetivos se destacan: «reducir a la criminalidad organizada las oportunidades de continuar generando desprotección de manera impune... e igualmente, procura(r) que el Estado responda adecuadamente a las necesidades humanitarias de quienes son víctimas de dicho desplazamiento» (La Gaceta 2013, 2).

### 3. Estudio de casos en el Triángulo Norte de Centroamérica

Según la OMS (2018, párr. 5), la mala salud mental se asocia a «cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia, mala salud física y violaciones de los derechos humanos». Por consiguiente, retomando lo dicho, y a la luz de los resultados de esta investigación, se puede evidenciar, que, en definitiva, los desplazados forzados por causas relacionadas con la violencia, tanto en los países de origen, como de tránsito y destino, al ser víctimas de constantes violaciones a sus derechos humanos, son propensos a desmejorar su estado de salud mental.

Las nuevas tendencias del desplazamiento forzado hacen necesario definir mecanismos de respuesta ante los nuevos escenarios de violencia; de acuerdo a Medrano (2016) los organismos internacionales, denominan a los migrantes forzados por violencia «refugiados de facto». Esta autor refiere que «el desplazamiento forzado y la migración forzada constituyen procesos que de forma traumática dañan el tejido social de los sujetos, familias y colectivos que deben migrar» (Medrano 2016, 86)

Según las organizaciones que conforman la Mesa de la Sociedad Civil en El Salvador, «el 62% de las personas víctimas de la violencia no dan información por su temor a perder la vida» (Mesa de la Sociedad Civil 2017, 36), siendo esto uno de los efectos que el desplazamiento forzado causa en las víctimas.

Este estudio realizó un análisis de cómo mujeres y hombres ya sean jóvenes o adultos, viven el desplazamiento forzado, su nivel de escolaridad y las causas de migración. En el estudio se comprobó que, el 24.2% de personas desplazadas eran niños entre 0 y 12 años, en tanto, el 21.7% era población adolescente de entre 13 y 17 años y el 25% de adultos jóvenes de entre 18 y 29 y adultos mayores de entre 30 y 60 años respectivamente, únicamente, el 4.2% de era población mayor de 60 años.

Al analizar el sexo de las personas desplazadas que fueron evaluadas mediante los instrumentos diseñados para tal fin, se encontró mayor frecuencia de mujeres (56.7%), en relación a los hombres (43.3%); esto contrasta con el informe de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2017, 17) que reportó el paso de 28,288 personas migrantes por los albergues, comedores y organizaciones integrantes de la red en el año 2017 de los cuales 92.27% fueron hombres y 7.49% mujeres.

Esta divergencia en cuanto al sexo puede explicarse a las características propias del albergue en donde se realizó la investigación que atiende a mujeres y familias migrantes. La misma situación ocurre en lo referente a los rangos de edades que en nuestro estudio 29 (24.2%) tienen menos de 18 años y en el mencionado informe (Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes 2017, 29) representa solo el 8,12% de la población registrada<sup>10</sup>.

Respecto a la nacionalidad, se encontró el 65,8% de migrantes de nacionalidad hondureña seguida del 25,8% de salvadoreños y 8,3% de guatemaltecos; este orden coincide con las estadísticas de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2017, 24) que documentó que el país de origen de personas migrantes que pasaron en el 2017 por albergues, comedores y organizaciones integrantes de la red fue de Honduras 19,534 personas (69%), seguido por el Salvador 2,919 personas (10,3%) y Guatemala con 2,818 personas (9,9%).

En cuanto a la escolaridad, el 10% de personas desplazadas refirieron no tener ningún nivel de escolaridad, en tanto, el 42,5% refirió tener educación primaria, el 40% educación secundaria y únicamente el 4,2% refirió tener un nivel superior o superior incompleto. Hay una gran correlación entre niveles bajos de escolaridad y tasas elevadas de enfermedades no transmisibles.

La OMS (2017, 1) define los determinantes sociales de la salud como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen». Referente a las causas de migración, las más frecuentes fueron las relacionadas con la violencia (44,4%), seguido de causas familiares (32,2%), causas económicas (30%) y violencia intrafamiliar (17,5%) que la sufren principalmente las mujeres.

Esto contrasta de forma notoria con el informe Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2017, 62) en donde se reporta en primer lugar las causas económicas (68,8%), en segundo lugar

---

<sup>10</sup> Información obtenida del gráfico 12 del informe de Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2017). Rangos de edades 0-10 años: 2.26% más 11-17 años: 5.86%.



causas relacionadas con la violencia (11,1%) y en tercer lugar, factores familiares (2,8%), esto podría deberse a que en el albergue en que se aplicaron las entrevistas se atiende a personas solicitantes de refugio al Estado de México por lo que no es de extrañar que la violencia haya sido la causa más frecuente referida por las personas entrevistadas.

### 3.1. *Migración y sentimientos de las personas desplazadas*

Los sentimientos se definen según Pérez y Gardey (2021, párr. 1) como: «un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes». Ahora bien, según Jaramillo (2004) el acompañamiento social, se relaciona con la apertura de espacios de expresión y reconocimiento del impacto emocional que los hechos violentos ocasionan en las personas, apuntando al desarrollo de las potencialidades individuales y de las capacidades locales, que permitan el restablecimiento de sus derechos y el desarrollo de un proyecto de vida sostenible y con estabilidad económica.

En el estudio realizado, se encontró que, el 40% de las personas desplazadas, tenían temor de regresar a su país de origen. En cuanto a sus sentimientos, el 30,8% refirió sentirse deprimido y el 9,2% se sentían preocupados. Por otro lado, el 27,5% refirió haber tenido ideas de hacerse daño a sí mismo, en tanto el 18,6% refirió haberse hecho daño a sí mismo alguna vez con la intención de morir.

El recibir amenazas de muerte representa un trauma de magnitud suficiente para ser factor desencadenante de psicopatología como Trastorno de estrés postraumático o trastornos afectivos, de igual manera, la exposición a eventos traumáticos y la migración forzada en sí misma refleja un alto porcentaje de entrevistados que refirieron sentirse deprimidos (30,8%), preocupados (9,2%), con temor de regresar a su país (40%) y haber tenido ideas suicidas durante el trayecto a partir de haber salido del país (27,5%). Llama la atención que (18,6%) refirieron haber cometido intento suicida alguna vez en su vida, lo que por sí mismo es un indicador de psicopatología y factor de riesgo para intentos suicida posteriores o de suicidio.

Para la OMS (2014, parr. 1) «los trastornos psiquiátricos, principalmente la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio», y se constata que estos factores están presentes en la población migrante.

De igual manera la OMS (2014, b, párr. 1) señala que:

Cada año más de 800,000 personas mueren por suicidio, lo que representa la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Se estima que por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

La elevada tasa de intento de suicidio en la población estudiada revela la compleja interacción de factores sociales y personales.

En la región del centroamericana, particularmente del TNCA (región de procedencia de la mayoría de personas migrantes en tránsito por México) el impacto de los determinantes sociales en la salud cobra un interés particular dada la situación de inequidad y desigualdad en que viven en su país de origen (OMS 2017). A estos factores hay que agregar la violencia causante de migración forzada.

Entre los factores de riesgo de suicidio identificados en esta investigación están: el bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo. La población migrante además experimenta dificultades en la adaptación al nuevo contexto cultural, falta de redes sociales y de acceso a los servicios de salud y educación, y también en muchos casos se ven sumergidos en el impacto psicológico del secuestro, tortura, violación, heridas o amputaciones por accidentes y aislamiento.

En definitiva, se puede concluir que existe una relación directa entre los determinantes sociales de la salud y la situación de desigualdad social existente en los países del TNCA. Esto lleva a plantear que para que se gane la lucha contra las fuentes que generan el desplazamiento forzado, es necesario atacar las causas estructurales que la originan.

### 3.2. *Evaluación de la salud física mediante pruebas MiniKid y MiniPlus*

En la tabla 1 se presentan las enfermedades médicas (no psiquiátricas) encontradas. Se encontró en cuanto a enfermedades infectocontagiosas que 14 (13,5%) presentaron infecciones respiratorias agudas, 8 (6,6%) enfermedad diarreica aguda, 9 (7,5%) Varicela Zoster, 10 (8,3%) Escabiasis, 11 (9,1%) Tiña Corporis, 4 (3,3%) Condiloma acuminado, 4 (3,3%) Cervicovaginitis. Referente a enfermedades crónicas no transmisibles 6 (5%) presentaron Hipertensión arterial, 2 (1,6%) Diabetes tipo 1, y 2 (1,6%) diabetes tipo 2.

Tabla 1  
**Migración y enfermedades médicas (no psiquiátricas)**

Diagnóstico	N	Porcentaje
Infección respiratoria aguda	14	13,5
Varicela Zoster	9	7,5
Hipertensión arterial sistémica	6	5,0
Escabiasis	10	8,3
Tiña Corporis	11	9,1
Diabetes tipo 1	2	1,6
Diabetes tipo 2	2	1,6
Epilepsia	2	1,6
Condiloma acuminado	4	3,3
Cervicovaginitis	4	3,3
Infección de vías urinarias	5	4,1
Enfermedad diarreica aguda	8	6,6
Otras enfermedades	43	34,5
	120	100,0

*Fuente:* construcción propia, base de datos MINIKID, MINIPLUS.

Referente a enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas no transmisibles se encontró que el 5% de la población estudiada presentó hipertensión arterial sistémica lo que representa el 9% de la población estudiada; esta prevalencia es menor a la documentada por datos de la OMS que refieren que 1 de cada 5 adultos presentan hipertensión arterial elevada, enfermedad que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones a nivel mundial por accidente cerebrovascular o cardiopatía (OMS 2015, «pregunta 4», párr. 2) cuanto a enfermedades infectocontagiosas 9 (7,5%) presentó Varicela. Otro dato importante es el hecho que 4 (6,7%) de la población en estudio estaban embarazadas, lo que indica la importancia de las medidas de prevención y atención de la varicela en albergues, dado que el embarazo es un factor de riesgo de varicela complicada en la mujer y a la vez representa un factor de riesgo para el producto.

En cuanto a las infecciones respiratorias agudas se encontró que se presentaron en el 13,5% de la población estudiada. Según la Guía de práctica clínica para diagnóstico y manejos de infecciones de vías aéreas superiores, publicado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México, estas infecciones representan la

primera causa de enfermedad en México y el primer motivo por el cual se busca atención médica. Se presentan en todos los grupos etarios; sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos y una tercera parte ocurren en menores a 4 años de edad (CENETEC 2016, 8).

La misma guía refiere que las investigaciones han encontrado que estas infecciones se propagan más por las manos y el contacto estrecho con las personas enfermas, que por gotas minúsculas de secreciones respiratorias suspendidas en el aire y que el lavado de manos es la maniobra más efectiva para prevenir el contagio, por lo que es fundamental por parte del personal de salud de los albergues educar a la familia sobre la técnica adecuada (CENETEC 2016, 13).

### 3.3. *Evaluación de la salud mental mediante pruebas MiniKid y MiniPlus*

En la declaración de Lyon la salud mental «toma en cuenta los efectos psicosociales de la mundialización sobre el conjunto de los ciudadanos del mundo en los diferentes aspectos de sus vidas» (9.647), en tanto el sufrimiento, «puede aparecer sobre la escena social o quedarse en la interioridad» (Centro de Estudios Avanzados e Niñez y Juventud 2012, 648).

En un artículo del periódico *La Prensa* de Honduras, se señala lo siguiente: «Los trastornos de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas son los más frecuentes entre los hondureños» (EFE 2019, párr. 5); ahora bien, tal como lo mencionan Gutiérrez y Portillo (2015, 1195): «la mayoría de los problemas mentales no se desarrollan en el vacío sino en un contexto socioeconómico, ambiental, político y cultural, que afecta el bienestar individual y social».

Como parte de los resultados de esta investigación, y tomando en consideración las palabras de Gutiérrez y Portillo (2015, 1195), se puede decir que los ciudadanos de los tres países del TNCA «no han tenido, ni poseen a la mano las herramientas y oportunidades para alcanzar el bienestar personal y familiar, por tanto, presentan un riesgo considerablemente alto de presentar problemas de salud mental».

En la recomendación 3-1, de la Declaración de Lyon<sup>11</sup>, el congreso de los 5 continentes, solicita que se reconozcan los efectos psicosociales

---

<sup>11</sup> En el principio 2-6 de la Declaración de Lyon (2012, 648) se señala que, «los contextos sociales, económicos y políticos son susceptibles de volcar masivamente los vínculos humanos hacia la desconfianza, acarreado entonces una precariedad negativa, con efectos nocivos para la salud mental. Estos efectos aparecen en la relación consigo

asociados al contexto social, económico y político, en el marco de prácticas de salud mental concretas y solidarias, dentro del respeto de la dignidad de las personas.

Con este estudio se ha comprobado, la grave situación humanitaria que viven las personas desplazadas, en este caso, las provenientes del TNCA, porque sufren violencia en su país de origen por diferentes actores, entre ellos, maras y pandillas, narcotráfico, crimen organizado, agentes de seguridad del estado y el mismo Estado, por omisión o negación de los derechos fundamentales de las personas, además, se suma, la violencia, que viven en los países de tránsito y destino, por tanto, son propensas a desarrollar psicopatologías.

En la tabla 2, puede observarse en cuanto a la psicopatología identificada que 33 (27,5%) presentaban Trastorno Depresivo Mayor, 13 (10,8%) Trastorno Depresivo Recurrente, 7 (5,8%) Riesgo de suicidio en el último mes, 16 (13,3%) Fobia social, 4 (3,3%) Estrés postraumático, 11 (9,2%) Abuso de alcohol, 9 (7,5%) dependencia de sustancia, 10 (8,3%) ansiedad generalizada, 8 (6,7%) Trastorno antisocial de la personalidad, 29 (24,2%) Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y, 12 (10%) Trastorno adaptativo.

Tabla 2  
**Migración y psicopatología**

Diagnóstico	N	Porcentaje
Trastorno Depresivo Mayor	33	27,5
Trastorno Depresivo Recurrente	13	10,8
Riesgo de suicidio	7	5,8
Fobia social	16	13,3
Estrés postraumático	4	3,3
Abuso de alcohol	11	9,2
Dependencia de sustancia	9	7,5
Ansiedad generalizada	10	8,3
Trastorno Antisocial de la personalidad	8	6,7
Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad	29	24,2
Trastorno Adaptativo	12	10,0

Fuente: construcción propia, base de datos MINIKID, MINIPLUS.

mismo, con la familia, con los grupos humanos y en la relación crucial con el porvenir. Estos efectos pueden ser descritos de diferentes maneras, particularmente calificados como depresión, repliegue sobre sí mismo, atomización de los individuos, paranoia social, desaparición de todo proyecto de futuro que no sea catastrófico».

En cuanto a la psicopatología identificada se encontró una incidencia alta de trastornos del estado de ánimo. El 27,1% integró el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. Este explicaría la incidencia tan elevada de depresión en la población en estudio; a esto se le añaden diversas situaciones traumáticas vividas en el tránsito o haber sido testigos de la mismas. Esto concuerda con que el hecho que el (27,8%) reportó haber tenido Ideas Suicidas durante el tránsito migratorio.

Referente a los trastornos relacionados a traumas y factores de estrés se identificó que (13,5%) presentaba Trastorno por Estrés Postraumático (TEP). Según la American Psychiatric Asociación (2014, 105) el TEP es una enfermedad caracterizada por la aparición de síntomas tras la exposición a eventos vitales traumáticos. En las personas entrevistadas la incidencia encontrada fue alta en relación a la población general. Por ejemplo, en México la prevalencia es de 1,45 %, siendo mayor en mujeres 2,3% y de 0.49% en hombres (Medina *et al.* 2005, 16-17). En la población adolescente mexicana de 12 a 17 años la prevalencia<sup>12</sup> es de 1,7% en mujeres y de 0.3% en hombres (Benjet *et al.* 2009, 159). En nuestro estudio, el 13,5% presentaba Trastorno de Estrés Postraumático y esto coincide con lo descrito en la literatura científica de que este trastorno es más frecuente en personas expuestas a situaciones de violencia y desastre (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 2011, 7).

También, se encontró Dependencia de sustancias en 6,8% y Abuso de alcohol en 5,1% de las personas entrevistadas siendo estas cifras relativamente altas. Según la OMS (2017, 4), «varios estudios han mostrado que los principales determinantes sociales de la salud asociados con los trastornos de salud mental son los ingresos, el nivel de escolaridad, el sexo, la edad, la etnicidad y la zona geográfica de residencia».

En el estudio realizado la prevalencia del Trastorno Antisocial de la Personalidad fue muy alta (22%); esto coincide con el hecho de que este trastorno es más frecuente en zonas urbanas muy pobres y en «población flotante», por ejemplo, personas sin hogar y migrantes. Aunque en la población penitenciaria la prevalencia del trastorno antisocial es del 75%, en la población migrante fue mucho menor, lo que contraviene el mito de que los migrantes son delincuentes a

---

<sup>12</sup> Cuadro n.º 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año por sexo.

como lo ha afirmado en reiteradas ocasiones el presidente de Estados Unidos Donald Trump desde el anuncio de su candidatura presidencial (Ximenez 2015, párr. 1).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) fue de 8,5%. Un meta análisis de más de 100 investigaciones realizado por Polanczyk *et al.* (2007, 946) estimó una prevalencia mundial de 5,3%. Por lo que nuestro hallazgo está ligeramente más alto que lo descrito en la literatura.

En conclusión, en este estudio, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es alta, esto coincide con lo afirmado por la OMS (2017) al referirse a los determinantes sociales de la salud<sup>13</sup>, lamentablemente los trastornos de salud mental a menudo pasan desapercibidos y no reciben tratamiento en la población general con situación migratoria regular, empleo y acceso a los servicios de salud de su país. En el caso de la población migrante del TNCA que salen de sus países amenazados de muerte o expulsados por la pobreza, continúan su tránsito con la vida amenazada y con patologías que, al no ser diagnosticadas, tampoco son tratadas de manera adecuada.

Diversos autores han afirmado que: «education on anxiety and coping skills appears most effective in relieving symptoms, and group therapy approach appears to be most acceptable and cost-effective» [la educación sobre la ansiedad y las habilidades para enfrentarlas parecen ser las más efectivas para aliviar los síntomas, y el enfoque grupal rápido parece ser el más aceptable y rentable] (Cantor *et al.* 2021, 5).

Por otro lado, señalaron que, «if depression and anxiety symptoms are highly prevalent when IDPs arrive at a new location then mental health and psychosocial support (MHPSS) may be most effective over the longer-term» [si los síntomas de depresión y ansiedad son muy frecuentes cuando los desplazados internos llegan a un nuevo lugar, entonces el apoyo psicosocial y de salud mental (MHPSS) puede ser más eficaz a largo plazo] (Cantor *et al.* 2021, 5).

Por consiguiente, este estudio ha develado una problemática de salud pública que, a largo plazo, tendrá un impacto tanto económico como social en los países aquejados por el fenómeno si no se le da la importancia necesaria y se atiende la salud mental de las personas víctimas de desplazamiento forzado.

---

<sup>13</sup> Los pobres y los desfavorecidos sufren de manera desproporcionada trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad, suicidio, etc.) y sus consecuencias adversas [...]. Los bajos ingresos familiares, el nivel bajo de instrucción, las desventajas materiales y el desempleo son otros factores que traen aparejados trastornos mentales comunes (OMS 2017, 4).

## Conclusiones

La Resolución de la ONU del 26 de septiembre del 2017, reafirma el derecho de los refugiados y migrantes al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y recalca las situaciones de vulnerabilidad que pueden tener repercusiones negativas en la salud mental de las personas en tránsito. Ante ello, la ONU, insta a los Estados a adoptar de manera activa medidas que permitan incorporar plenamente una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud mental y sociales, y que (...) refuercen todas las leyes, políticas y prácticas existentes a fin de erradicar todas las formas de discriminación, estigma, prejuicios, violencias, abusos, exclusión social y segregación, en poblaciones vulnerables, en este caso víctimas de desplazamiento forzado, y que se ocupen, de los factores determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y que aborden desafíos originados por las desigualdades y discriminación que impiden el pleno disfrute de los derechos humanos en el contexto de la salud mental.

El estudio de casos en población desplazada del TNCA, muestra cómo, los trastornos de salud mental, no son tratados, por tanto, aquellas víctimas de desplazamiento que migran por causas relacionadas con la violencia, continúan su tránsito con la vida amenazada y con patologías que no son diagnosticadas ni tratadas, lo cual se convierte en una problemática de salud pública, que a largo plazo tendrá un impacto negativo en la economía y sociedad de aquellos países afectados por el fenómeno, por tanto, retomando las recomendaciones de la ONU a los Estados, se debe fomentar la formulación de políticas públicas, con el fin de integrar los servicios de salud mental en la atención primaria y la atención general de la salud.

Finalmente, la investigación ha puesto en evidencia el estado de desprotección de las víctimas de desplazamiento forzado, la cual queda plasmada en una total vulneración a sus derechos humanos, lo cual repercute en un desmejoramiento de su salud mental. En este estudio se constató que la prevalencia de psicopatologías de la población migrante es alta, siendo los trastornos psiquiátricos más frecuentes el Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Recurrente, Riego de Suicidio, Estrés Postraumático, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Por consiguiente, el impacto que la migración forzada tiene en la salud mental, deja al descubierto, la necesidad de apoyo de la comunidad internacional para atender los problemas de salud física y mental de las víctimas. Este estudio, se considera de gran relevancia, porque pretende constituirse, en un documento de consulta para organizaciones que trabajan con población desplazada,



así como un referente en investigación de la salud mental, dado que los instrumentos utilizados en esta investigación, son herramientas, que han sido probadas y validadas científicamente por expertos.

## Bibliografía

- Abello Raymundo, María Amaris, Amalio Blanco, Camilo Madariaga, Kissy Manrique, Marina Martínez, Yamile Turizo, Darío Díaz. 2009. «Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por violencia política.» *Universitas Psychologica* 8, n.º 2: 455-470.
- Abraira, Víctor. 2001. «El índice Kappa.» *Notas estadísticas, Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal, SEMERGEN.*
- ACNUR. 2014. *Desplazamiento forzado en el triángulo norte de América Central: respuestas y desafíos de protección.* ACNUR.
- ACNUR. 2018. *La Salud mental es un derecho.* Acceso el 30 de mayo 2022. <https://www.un.org/es/sections/what-we-do/uphold-international-law/index.html>. Esta referencia no está citada en el texto.
- Alvarado, Rubén. 2008. «Salud mental en inmigrantes». *Rev Chile Salud Pública* 12, n.º 1, 37-41.
- American Psychiatric Association. 2014. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5.* Barcelona: Masson.
- Asamblea Legislativa-República de El Salvador. 2002. *Decreto n.º 955, Código de Salud.* San Salvador: Asamblea Legislativa-República de El Salvador.
- Benjet, Corina, Guilherme Borjes, María Elena Medina-Mora, Enrique Méndez, Clara Fleiz, Estela Roja y Carlos Cruz. 2009. «Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México». *Salud Mental* 3, n.º 2: 155-163.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. 2020. *Medline Plus.* Acceso el 21 del octubre 2021. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>.
- Cabieses Báltica, Piedad Gálvez y Nassin Ajraz. 2018. «Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública». *Medicina Experimental y Salud Pública* 35, n.º 2: 285-291.
- Cantor, David, Jina Swartz, Bayard Roberts, Aula Abbara, Alastair Ager, Zulfiqar A. Bhutta, Karl Blanchet, Derebe Madoro Bunte, JohnBosco Chika Chukwuorji, Nihaya Daoud, Winifred Ekezie, Cecilia Jimenez-Damary, Kiran Jobanputra, Nino Makhashvili, Diana Rayes, Maria Helena Restrepo-Espinosa, Alfonso J. Rodriguez-Morales, Bukola Salami y James Smith. 2021. «Understanding the health need of internally displaced person: A scoping review». *Journal of Migration an Health* 4: 1-8.
- Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. 2012. «Declaración de Lyon cuando la mundialización nos vuelve locos. Hacia una ecología del vínculo social». *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud* 10, n.º 1: 647-655.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC. 2011. *Diagnóstico y Manejo del estrés postraumático*. Ciudad de México: CENETEC.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México CENETEC. 2016. *Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes de 3 meses hasta 18 a*. México: CENETEC. Acceso el 21 de octubre 2021. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062\\_GPC\\_\\_InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION\\_VIAS\\_AEREAS\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf).
- Códigos Internacionales de Ética. 1990. «La salud, como derecho humano en el derecho internacional». *Bol of Sanit Panam* 108, n.º 5-6: 645-650.
- Confederación Salud Mental España. 2017. *La ONU aprueba una resolución específica sobre salud mental y derechos humanos*. Acceso el 27 de abril de 2022, de <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/onu-aprueba-resolucion-especifica-salud-mental-derechos-humanos/#:~:text=17%2F10%2F2017-,El%20Consejo%20de%20Derechos%20Humanos%20de%20la%20ONU%20aprueba%20la,parte%20esencial%20de%20ese%20derecho>.
- Congreso Nacional de Honduras. 2004. *Decreto N° 208-2003*. Acceso el 23 de octubre 2021. [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Migraciones\\_y\\_extranjeria\\_Honduras.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Migraciones_y_extranjeria_Honduras.pdf)
- Consejo de Derechos Humanos. 2017. *Promoción y Protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales*. Ginebra: Asamblea General Naciones Unidas.
- Correa, Mary. 2009. «Las víctimas de desplazamiento forzado toman la palabra». *Investigación*, 160-171.
- Cristosal. 2017. *Visibilizar lo invisible. Huellas ocultas de la violencia. Informe de desplazamiento interno forzado por violencia en El Salvador en 2017*. San Salvador: Cristosal.
- «Declaración de Lyon cuando la mundialización nos vuelve locos. Hacia una ecología del vínculo social.» *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 10, n.º 1 (2012): 647-655.
- Echenique, Carolina., Lina María Medina, Adria Rosa Medina y Andrés Ramírez. 2008. «Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo». *Psicología desde el Caribe* 21: 122-135. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1644/5330>. Obtenido de Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo
- EFE. 2019. Organismos Humanitarios indican violencia afecta salud mental de los hondureños. *La prensa-Honduras*.
- Ganduglia, Cecilia. 2010. «La reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América». *Medicia* 70, n.º 4: 381-85.
- Gómez, Cristina. 2019. «Huir para no morir: movilidad humana en contexto de violencia sostenida. El caso mexicano». *Historia y Grafía* 22: 57-95.

- Gutiérrez, José Ricardo y Cecilia Portillo. 2015. «Prevalencia de trastornos mentales y recursos humanos en salud mental en El Salvador». *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 18, n.º 3: 1193-1222.
- Instituto Nacional de Migración. s.f.. *Derechos Humanos de las personas migrantes que transitan por México*. México: Secretaría de Gobernación. Acceso el 23 octubre 2021. [https://www.inm.gob.mx/static/pdf/DH\\_PERSONAS\\_MIGRANTES\\_TRANSITAN\\_MEXICO.pdf](https://www.inm.gob.mx/static/pdf/DH_PERSONAS_MIGRANTES_TRANSITAN_MEXICO.pdf)
- Jaramillo, M<sup>a</sup> Isabel. 2004. *La importancia del acompañamiento psicosocial para la recuperación de las personas en situaciones de desplazamiento*. Colombia: CHF Interntational.
- La Gaceta. 2013. Sección A. *Decreto Ejecutivo número PCM-053-2013*. Acceso el 23 de octubre 2021. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/hon132079.pdf>
- Medina-Mora, María Elena, Guilherme Borges, Carmen Lara, Luciana Ramos-Lira, Joaquin Zambrano y Clara Fleiz. 2005. «Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana». *Salud Pública de México* 47, n.º 1: 8-22.
- Medrano, Celia. 2016. «Viejos y nuevos conflictos en Centroamérica: el diario drama humano de las víctimas de violencia». *Encuentro* 103: 79-90.
- Mesa de Sociedad Civil. 2017. *Desplazamiento interno por violencia y crimen organizado en El Salvador*. San Salvador: Mesa de Sociedad Civil.
- Nájar, Alberto. 2019. «Caravanas de migrantes: la «histórica» oleada de indocumentados de todo el mundo que está llegando a México. *BBC News Mundo*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48033101>
- OEA. 1984. *Declaración de Cartagena sobre Refugiados*. Acceso el 29 de mayo 2022. HYPERLINK «[http://www.oas.org/dil/esp/1984\\_Declaración\\_de\\_Cartagena\\_sobre\\_Refugiados.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/1984_Declaración_de_Cartagena_sobre_Refugiados.pdf)» [http://www.oas.org/dil/esp/1984\\_Declaración\\_de\\_Cartagena\\_sobre\\_Refugiados.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/1984_Declaración_de_Cartagena_sobre_Refugiados.pdf) .
- OEA. 1994. *Declaración de San José sobre refugiados y personas desplazadas*. Acceso el 29 de mayo 2022. HYPERLINK «[http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_San\\_Jose\\_1994.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_San_Jose_1994.pdf)» [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_San\\_Jose\\_1994.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_San_Jose_1994.pdf) .
- ONU. 1966. *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales*. Acceso 29 de mayo 2022. HYPERLINK «<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>» <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> .
- ONU. 1998. *Anexo Principios rectores de los desplazamientos internos: alcance y finalidad*. Informe del Representante del Secretario General, ONU.
- ONU. 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Acceso 28 mayo 2022. HYPERLINK «[https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)» [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- OMS. 2017. *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas*. Washington, D.C: OMS.
- OMS. 2015. *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Acceso el 29 mayo 2022. HYPERLINK «<https://www.who.int/features/qa/82/es/>» <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

- OMS. 2014. *Prevención del suicidio un imperativo global*. Acceso el 29 mayo 2022. HYPERLINK «[https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)» [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)
- OMS. 2018. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Acceso el 29 mayo 2022. HYPERLINK «<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>» <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. 2014. *Suicidio*. Acceso el 29 mayo 2022. HYPERLINK «[https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)» [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)
- Pérez, Julián y Ana Gardey. 2021. *Definición de sentimientos*. Acceso el 30 mayo 2022. <https://definicion.de/sentimiento/>
- Polanczyk, Guilherme, Mauricio Silva de Lima, Bernardo Lessa, Joseph Biederman, y Luis Augusto Rohde. 2007. «The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis.» *Am J Psiquiatria* 164, n.º 6: 942-948
- Red de documentación de las organizaciones defensoras de migrantes. (2013). *Narrativas de la transmigración centroamericana en su paso por México. Informe estadístico sobre las características de los trasmigrantes centroamericanos*. Ciudad de México: Red de documentación de las organizaciones defensoras de migrantes.
- Red de documentación de las organizaciones defensoras de migrantes. 2017. *El estado indolente: recuento de la violencia en las rutas migratorias y perfiles de movilidad en México*. Ciudad de México: Red de documentación de las organizaciones defensoras de migrantes.
- REDLAC. 2020. *El Impacto de la Violencia en el Acceso y la Garantía del Derecho a la Salud de las Personas Desplazadas en el Norte de Centroamérica y México*. México D.F: REDLAC.
- Sheehan, David, Yves Lecrubier, Harnet Sheehan, Patricia Amorim, Juris Janavs, Enmanuelle Weiler, Thierry Hergueta, Roxy Baker y Geoffrey Dunbar. 1998. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): «The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM:iv and ICD-10». *J Clin Psychiatry* 59, n.º 20: 22-33.
- UNHCR. 2021. *relief web*. Obtenido de ACNUR: Cifras de desplazamiento aumentaron en la primera mitad de 2021 por conflictos, violencia y cambio climático. Acceso el 30 mayo 2022. <https://reliefweb.int/report/world/acnur-cifras-de-desplazamiento-aumentaron-en-la-primera-mitad-de-2021-por-conflictos>
- United States Conference of Catholic Bishops. 2013. *Misión a Centroamérica: viajes a Estados Unidos de menores no acompañados*. Washington, D.C: United States Conference of Catholic Bishops.
- Wolf, J. 2018. *Sistema de Salud de los Estados Unidos*. Acceso el 31 mayo 2022 [https://www.ehowenespanol.com/sistema-de-salud-en-los-estados-unidos\\_13169939/](https://www.ehowenespanol.com/sistema-de-salud-en-los-estados-unidos_13169939/).

