

MANUAL DE

# SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

para la atención de la población migrante  
y refugiada en la República Argentina



Las opiniones expresadas en las publicaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en este informe y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OIM, juicio alguno sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona citados, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para: ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

---

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de la “Iniciativa para Reasentamiento y Vías Complementarias Sostenibles” (CRISP).

Ello no obstante, las opiniones expresadas en la misma no reflejan necesariamente las políticas oficiales de la Organización Internacional para las Migraciones.

Publicado por: Organización Internacional para las Migraciones

Av. Callao 1046 2°

C1023AAQ Buenos Aires

Argentina

Tel: +54 11 4813 9940

Fax: +54 11 4813 2548

Correo electrónico: [iombuenosaires@iom.int](mailto:iombuenosaires@iom.int)

Internet: [www.argentina.iom.int](http://www.argentina.iom.int)

Esta publicación no ha sido editada oficialmente por la OIM.

Esta publicación fue emitida sin la aprobación de la Unidad de Publicaciones de la OIM (PUB)

Cita obligatoria: Gorlero C. et al, 2021. *Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

© 2021 Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



Reservados todos los derechos. La presente publicación está disponible en virtud de la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO (CC BY-NC-ND 3.0 IGO)\*.

Si desea más información, consulte los derechos de autor y las condiciones de utilización. La presente publicación no podrá ser utilizada, publicada o redistribuida con fines comerciales o para la obtención de beneficios económicos, ni de manera que los propicie, con la excepción de los fines educativos, por ejemplo, para su inclusión en libros de texto.

Autorizaciones: Las solicitudes para la utilización comercial u otros derechos y autorizaciones deberán enviarse a [publications@iom.int](mailto:publications@iom.int)

\* <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>

MANUAL DE

# **SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL**

para la atención de la población migrante  
y refugiada en la República Argentina

# CRÉDITOS

## **Autoría:**

Carolina Gorlero  
Laura Finkelstein  
Gimena Pérez Caraballo  
Luciano Durruty

## **Coordinación y edición:**

Karen Carpio  
Mercedes López  
Lorena Haupt  
Gimena Pérez Caraballo  
Agustina Galantini

## **Revisión de contenidos:**

Karen Carpio, Gimena Pérez Caraballo, Agustina Galantini, Carla Gerber, Lucila Serafini

## **Agradecimientos:**

Se agradece la colaboración de todas las personas que ofrecieron insumos y su apoyo para la elaboración de este manual: Comisión para la Asistencia Integral y Protección al Refugiado y Peticionante de Refugio, Defensoría General de la Nación: Coord. Analía Cascone y Lic. Adriano Peruglia; Servicio Social de la CONARE, Lic. Griselda Diaz Marchi; CAREF, Coord. Lic. Gabriela Liguori y Lic. Fernanda Vicario Caram; Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Area Migrantes, Dra. Camila Carril; Ministerio de Salud de la Nación, Andrea Demassi, y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

Este estudio se realizó gracias a los fondos del Mecanismo de Apoyo Conjunto para Países de Reasentamiento Emergentes (ERCM, por sus siglas en inglés), y de la "Iniciativa para Reasentamiento y Vías Complementarias Sostenibles" (CRISP), implementados en forma conjunta por la OIM y el ACNUR.

## **Diseño y diagramación:**

Silvia Troian

# CONTENIDO

Introducción	7
<b>CAPÍTULO 1:</b>	
<b>La salud mental comunitaria: un abordaje clave para la ampliación de derechos</b>	8
A modo de reflexión inicial	10
1. Primeros acercamientos a la Salud Mental Comunitaria	11
2. El padecimiento mental como reflejo de la concepción social sobre el estigma y la locura	16
3. La salud mental en el marco normativo actual argentino y los desafíos para su implementación	23
4. El pasaje hacia la salud mental comunitaria	29
5. “No hay salud sin salud mental”	37
6. La subjetividad como cultura singularizada	43
Actividades del módulo 1	46
Respuestas	49
<b>CAPÍTULO 2:</b>	
<b>Migración, asilo, integración: contexto internacional y particularidades desde el ámbito regional y argentino</b>	50
A modo de reflexión inicial	52
1. Primeros acercamientos a los fenómenos de migración y asilo en el mundo	53
2. Migración, asilo e integración desde el contexto regional y argentino	65
3. Integración y acceso a derechos de personas migrantes y refugiadas	73
Actividades del módulo 2	78
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>El acceso a la salud para las personas migrantes y refugiadas desde un enfoque intercultural e interseccional</b>	80
A modo de reflexión inicial	82
1. El derecho a la salud de personas migrantes y refugiadas en Argentina: Normativas vigentes. Ley Nacional de Migraciones N° 25.871	83
2. Algunas concepciones acerca de la salud y sus abordajes desde una perspectiva integral	85
3. Modelos de atención en salud: biomedicina, medicinas tradicionales y autoatención	87
4. Interculturalidad, interseccionalidad y acceso a la salud	91
5. Las representaciones sociales: el mundo como una construcción de sentido	95
6. Miradas, percepciones y representaciones sobre personas migrantes y refugiadas en distintos ámbitos	98
7. Representaciones estereotipadas como barrera al acceso de la atención en salud y salud mental	107
Actividades del módulo 3	111
<b>CAPÍTULO 4:</b>	
<b>Salud mental y apoyo psicosocial en procesos de integración de personas migrantes y refugiadas</b>	116
A modo de reflexión inicial: sobre un caso clínico en un centro de salud	118
1. El acompañamiento en la comunidad de destino: la retroalimentación entre los procesos de integración y el bienestar psicosocial	120
2. La noción de trauma y la importancia de no patologizar la migración y el refugio	130
3. Los procesos de integración en la comunidad de destino	138
4. Algunas herramientas para la práctica cotidiana en salud mental con personas migrantes y refugiadas	145
5. Salud mental y acompañamiento a víctimas de violaciones a los derechos humanos en la República Argentina	152

6. Abordajes actuales en salud mental en la República Argentina.	155
Actividades del módulo 4	157

## **CAPÍTULO 5:**

### **El impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población migrante** 160

1. Introducción	162
2. COVID-19 y salud mental en la población en general	163
3. Impactos de la pandemia en la salud mental de la población migrante	165
4. Herramientas terapéuticas y preventivas disponibles para la atención de la salud mental de personas migrantes	169

### **Conclusión** 172

### **Glosario de conceptos** 173

### **Bibliografía** 177

## INTRODUCCIÓN

---

Cuando hablamos de la salud mental es importante considerar que ésta va más allá de la mera ausencia de trastornos mentales y que debe ser comprendida 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” (OMS, 2001). Asimismo, la salud mental, además de estar determinada por factores biológicos e individuales, también se encuentra influenciada por las dimensiones sociales, relacionales, económicas y ambientales presentes en una determinada época.

Para las personas que se encuentran en situación de movilidad, el migrar puede resultar un proceso estresante a causa de haber dejado atrás su país de origen o de residencia habitual y de llegar a un nuevo entorno que demandará cierta adaptación a una idiosincrasia, estilo de vida, costumbres y demás aspectos que resultarán novedosos. Si bien es importante considerar que el hecho de migrar no implica necesariamente un aumento del riesgo para la salud mental, cuando el proceso migratorio se da en condiciones adversas, el bienestar físico y mental de las personas puede verse comprometido.

Cabe destacar que la pandemia desatada por COVID-19 ha generado un aumento en los niveles de estrés y de ansiedad, suponiendo además una serie de desafíos y riesgos adicionales para las personas migrantes, quienes muchas veces enfrentan las consecuencias de la pandemia sin los recursos necesarios o las condiciones adecuadas para poder protegerse. Además, las personas migrantes se han visto afectadas durante la pandemia, principalmente, a causa de las medidas restrictivas adoptadas por los diferentes países, la pérdida o debilitamiento del empleo y medios de subsistencia, el acceso desigual a servicios de salud y otros servicios básicos y el limitado acceso a información sobre sus derechos, entre otras. Por esa razón, es necesario que la atención en salud mental y apoyo psicosocial que se brinde a la población migrante en las sociedades de destino adopte una perspectiva de derechos, interseccional, intercultural, comunitaria y sensible a todas estas cuestiones.

En ese sentido, la Oficina País para Argentina de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en su calidad de organismo de las Naciones Unidas, líder en materia migratoria, ha desarrollado el “Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina” con el objetivo de fortalecer las capacidades de los actores involucrados en la provisión de servicios de esta índole a estas poblaciones, promoviendo el acceso al derecho a la salud mental y favoreciendo los procesos de integración en la sociedad de acogida. Este material se ha realizado en el marco del proyecto “Iniciativa para Reasentamiento y Vías Complementarias Sostenibles” (CRISP, por sus siglas en inglés), liderado en forma conjunta por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Además de profundizar en las diferentes perspectivas que han de considerarse al momento de brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a las personas en situación de movilidad, el Manual pretende ser una herramienta que permita, a quienes acompañan a estos colectivos, comprender más ampliamente los padecimientos mentales (cuyas determinaciones son múltiples) desde una postura crítica y no patologizante. A su vez, el material se propone como insumo fundamental para el dictado de talleres y capacitaciones a actores de diversos sectores, trabajadores/as, gestores/as y autoridades para que, a su vez, puedan replicar la información, promoviendo y mejorando el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo que residen en la República Argentina.

# 1

**La salud mental comunitaria:  
un abordaje clave para  
la ampliación de derechos**





**En el siguiente capítulo se propone:**

- » Conocer algunos datos respecto de las problemáticas prevalentes de salud mental en la República Argentina y en la región de las Américas.
- » Diferenciar los modelos de atención en salud mental y dar cuenta de su proceso histórico.
- » Conocer la normativa nacional e internacional en materia de salud mental.
- » Incorporar conocimientos profundos sobre el campo de la salud mental comunitaria.
- » Reconocer la tensión que aún coexiste con el paradigma asilar.
- » Puntualizar sobre nociones fundamentales como interdisciplina, intersectorialidad, participación comunitaria, promoción de la salud mental, empoderamiento y sufrimiento psíquico.
- » Definir la subjetividad en torno a la cultura y el lazo social.



## A modo de reflexión inicial

Antes de comenzar la lectura del capítulo, se proponen algunas preguntas disparadoras a fin de reflexionar acerca de qué se entiende por salud mental:

- » ¿Qué es la salud mental? Arme una breve definición lo más completa posible.
- » ¿La salud mental es un derecho humano?

Piense si en su respuesta incluyó otras dimensiones además de la psicológica/individual.

- » ¿Qué sector/es se ocupan de la salud mental de la población?
- » ¿Cuáles de las siguientes palabras le parecen más apropiadas a la hora de referirse a los padecimientos mentales o a las personas que los padecen?: Trastorno, locura, normalidad, sufrimiento psíquico, padecimiento mental, peligrosidad, esquizofrenia, enfermo mental, psicótico, paciente, usuario, delirio, insanía.
- » ¿Qué diferencias encuentra entre estas palabras? ¿Qué prejuicios evidencian algunas de ellas?

Reconocer y entender los padecimientos mentales resulta vital para romper con estereotipos y falsas creencias, y permite superar los prejuicios y la estigmatización que suelen sufrir las personas con padecimientos mentales.

- » En su práctica cotidiana, ¿ha escuchado alguna de las siguientes frases al tratar con personas con sufrimiento mental?:
  - › “Los padecimientos mentales son irreversibles”.
  - › “Una persona con trastorno mental debe ser internada, separada de su comunidad”.
  - › “La locura y la peligrosidad siempre van de la mano”.
  - › “Las problemáticas de salud mental requieren de una atención especializada y requieren siempre de medicación”.
- » ¿Qué piensa de estas frases? ¿Con qué argumentos podría rebatirlas?

# 1. PRIMEROS ACERCAMIENTOS A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

## Introducción

El presente capítulo se inscribe dentro del marco normativo actual argentino y está dirigido a actores de diversos sectores, trabajadores, gestores y autoridades, que a su vez puedan replicar la información para proteger y mejorar la salud mental y el apoyo psicosocial de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo a lo largo del país.

Su objetivo más importante es profundizar el abordaje de las problemáticas de salud mental en el marco de la salud integral y desde una perspectiva comunitaria.

A tal fin, se brindarán herramientas teóricas que apunten a generar una vasta comprensión de los conceptos fundamentales de este paradigma. Su objetivo es que funcionen como marco de referencia para los distintos actores con el objetivo de focalizarse en las personas migrantes y refugiadas, y crear conciencia para brindarles la posibilidad de mejorar su calidad de vida y ampliar los derechos de las personas con padecimiento o sufrimiento psíquico.

## Hacia una definición de salud mental

Según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Según el Comité Permanente entre Organismos (IASC), la salud mental y el apoyo psicosocial se definen como “todo tipo de apoyo local o externo cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales” (IASC, 2007); es decir que es 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.

**La salud mental es concebida como un proceso social complejo que implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y la detección y abordaje de los determinantes sociales de la salud.**

En la vida y en la trayectoria de las personas migrantes es fundamental mantener vínculos con personas de sus lugares de origen y de la sociedad de acogida. Estos procesos de construcción, manutención y desarrollo de vínculos y de pertenencia comunitaria promueven la prevención, cura y bienestar emocional en las personas migrantes, pudiendo ayudar a evitar o a mitigar el sufrimiento, generando sensaciones de bienestar.

Tal como se irá desarrollando a lo largo del capítulo, la ley N° 26.657 propone transformaciones no sólo en el modelo de atención sino también en los modos de organización de los servicios de salud y la necesaria constitución de equipos interdisciplinarios de abordaje del padecimiento mental.

La ley define a la salud mental como comunitaria, asumiendo que los procesos de determinación del proceso *salud – enfermedad – atención – cuidado* (PSEAC) se producen



en el ámbito de lo social y sólo son comprensibles si se los contextualiza. Estas ideas serán también desarrolladas en torno a la población migrante y refugiada en el [Capítulo 3](#).

## Algunos datos epidemiológicos de la República Argentina, de Latinoamérica y el Caribe

En el campo de la salud mental, existen condiciones que justifican un inmediato llamado a la acción (Organización Panamericana de la Salud, 2015): los padecimientos mentales son uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura. Los resultados del estudio “Carga global de enfermedad y el impacto de los trastornos mentales y adictivos” (Rehm y Shield, 2019) incluye a los trastornos mentales entre las primeras causas de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) a nivel global. Esto reconfirma la idea de que las relaciones interpersonales pueden ser previsoras de trastornos en salud mental.

- » Una de cada tres personas argentinas mayores de 18 años presentó un trastorno de salud mental en algún momento de su vida. Los más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor (8,7%), seguido por el abuso de sustancias (8,1%) y las fobias específicas (6,8%) (Stagnaro et al., 2018).
- » La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1% (Stagnaro et al., 2018).
- » En 2017, en Argentina, el suicidio fue la segunda causa de muerte más frecuente entre las personas de 15 a 24 años, y la tercera causa en el grupo etario de 25 a 34 años (DEIS, 2017).
- » En la Argentina existe una importante brecha de tratamiento, es decir, hay una alta proporción de personas con padecimientos mentales que no reciben ningún tipo de atención en los servicios de salud (Stagnaro et al., 2018). Hay distintas barreras que dificultan la accesibilidad al sistema sanitario, muchas de las cuales tienen que ver con la distribución desigual de profesionales de la salud dentro del vasto territorio del país, pero también están asociadas a las enormes distancias que deben recorrer las personas para ser atendidas, la escasa adherencia al tratamiento que es propia de estos padecimientos, la poca capacidad de los servicios de brindar una atención en y para la comunidad, la estigmatización que sufren las personas con padecimientos mentales, entre otras múltiples causas que se irán analizando a lo largo de este capítulo. En América del Sur, esta brecha alcanza el 73% (Kohn, 2018).
- » En este mismo sentido, la evaluación de los programas y servicios de salud mental realizada en un gran número de países, incluida la República Argentina, evidencia las numerosas debilidades de respuesta que los servicios de salud mental ofrecen.
- » Las obligaciones asumidas por los países en el ámbito internacional en materia de derechos humanos fortalecen la voluntad política de las autoridades nacionales y las comprometen a actuar con firmeza en este campo.

- » Los padecimientos mentales son problemas de alta prevalencia en América Latina. Representan el 10,5% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe (Kohn et al., 2018).
- » “Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas” (OPS, 2018: X).
- » En todo el continente americano, más del 40% de las personas que tuvieron una estadía en un hospital mental permanecieron internadas por períodos mayores a un año (OMS, 2015).
- » Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres (OMS, 2013). En América Latina, la depresión es la primera causa de discapacidad, alcanzando en promedio al 7,8% de la población. Más de la mitad de quienes la padecen son personas entre los 18 y 50 años (OPS, 2018).
- » Otro estudio, realizado por “Global Health Metrics”, encuentra que el daño no mortal en la salud sigue aumentando a pesar de las pequeñas mejoras en las tasas por edad. La lumbalgia, los dolores de cabeza y los trastornos depresivos han prevalecido como causas principales de la pérdida de salud no mortal durante casi tres décadas, mientras que la diabetes se ha convertido en la cuarta causa principal de discapacidad a nivel mundial (GBD, 2018).
- » Desde el año 1990 a 2007, para las mujeres, el número de años perdidos por discapacidad (APD) atribuibles a trastornos de depresión aumentó un 32,2%, haciendo de la depresión la tercera causa más importante de APD en 2007. El número de años perdidos por discapacidad siguió aumentando a menor ritmo desde 2007 hasta 2017. La lumbalgia creció un 17,3%, los dolores de cabeza un 15,3% y los trastornos depresivos un 14,1% (GBD, 2018).
- » A nivel mundial, durante el período de 28 años revisado por el mismo estudio, tres enfermedades crónicas (lumbalgia, dolores de cabeza y trastornos depresivos) han prevalecido como tres de las cuatro principales causas de años perdidos por discapacidad. Esta porción de la población podría ser susceptible de tratamiento y acceso a la atención, porque los trastornos por dolor de cabeza y los trastornos depresivos pueden tratarse con terapias de bajo costo. La persistencia de los trastornos depresivos y el dolor lumbar también es preocupante dada la relación de los primeros con la autolesión y la relación de los segundos con la posible pérdida del estado funcional en la fuerza laboral.

---

1. La misma publicación indica: “los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) proporcionan una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. Los años de vida perdidos (AVP) ofrecen una medida de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte” (OPS, 2018: 4).

- » Las necesidades de salud mental de las poblaciones se tornan crecientes, en especial para los grupos más vulnerables y en condiciones especiales.
- » Se evidencia que no hay poblaciones inmunes al sufrimiento mental, si bien se ven más afectadas las personas que tienen menos recursos.

Resulta evidente que, cuando no reciben tratamiento, los padecimientos mentales generan consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y de las comunidades, generando obstáculos en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (OMS, 2017a).

El análisis de la situación de la salud mental en la región de las Américas, y en particular en Argentina, da cuenta no sólo de la necesidad de reformar los sistemas de atención hacia redes integrales de salud mental con base comunitaria, sino también de generar procesos de formación en los trabajadores/as de campo (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones<sup>2</sup>, 2018b).

La evidencia demuestra la factibilidad de ofrecer abordajes de salud mental en el primer nivel de atención, desde una mirada compleja y con capacidad resolutive, mediante estrategias integrales, llevadas a cabo lo más cerca posible de donde las personas residen, trabajan o estudian (DNSMyA, 2018a).

Tal como se detallará a lo largo del capítulo, es importante formular políticas de formación de recursos humanos que tengan como objetivo la mejora de la calidad de atención en salud mental. Por lo tanto, es fundamental fomentar y cooperar en la construcción de políticas de salud mental que promuevan espacios de formación de trabajadores y equipos que:

- » asuman sus prácticas en el contexto de equipos interdisciplinarios e intersectoriales, que implementen abordajes comunitarios y sociales;
- » ofrezcan una variedad de dispositivos promocionales, preventivos, terapéuticos y rehabilitadores con un fuerte sesgo territorial;
- » asuman y contengan la complejidad necesaria para generar abordajes efectivos en salud mental para los sujetos y los colectivos sociales que, a su vez, promuevan y promocionen los derechos humanos (DNSMyA, 2018 a y b).

En este sentido, el presente Manual se propone como una herramienta que permita a quienes acompañan a personas migrantes o refugiadas comprender que los padecimientos mentales tienen múltiples determinaciones.

Diversas teorías dentro del ámbito de las ciencias sociales han caracterizado esas determinaciones, enfatizando en el rol esencial que tiene el ambiente en el desarrollo de los seres humanos. A los efectos prácticos, y no siendo posible una revisión exhaustiva de la integralidad de dichas teorías, este material hará alusión a una de ellas: el modelo ecológico desarrollado por Urie Bronfenbrenner (1987).

Dicho modelo hace hincapié en la importancia y en la influencia que tiene el contexto social sobre la conducta y en el cómo se da el desarrollo humano dentro del ambiente que rodea al individuo. El ambiente no se limitaría a un único entorno inmediato, sino que implica las interconexiones entre los entornos y las influencias externas oriundas de entornos más amplios. Se sostiene además que la interacción que se establece entre

---

2. De aquí en adelante, se nombrará a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones como DNSMyA.

el sujeto y el ambiente es bidireccional o recíproca, es decir que las personas en cuanto seres dinámicos y en desarrollo repercuten en el ambiente reestructurándolo y, a su vez, el ambiente influye sobre el individuo, generando un proceso de acomodación mutua.

En ese sentido, “el ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente” (Bronfenbrenner, 1987: 23). Encontramos así 4 sistemas:

- » **Microsistema:** es el entorno inmediato al sujeto (casa, aula, trabajo). Comprende los roles y las relaciones que el sujeto experimenta en un entorno específico.
- » **Mesosistema:** son las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa de manera activa (por ejemplo, la relación entre la escuela y la familia o entre la familia, el trabajo y la vida social).
- » **Exosistema:** comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona como participante activa; sin embargo, los hechos que allí se producen afectan el entorno en el que se encuentra la persona (por ejemplo, en el caso de un menor puede ser el lugar de trabajo o el círculo de amistades de padres y madres).
- » **Macrosistema:** son las correspondencias de los sistemas anteriores que existan en la cultura, incluyendo los sistemas de creencias que sustenten dichas correspondencias. Se resaltan los marcos culturales, históricos e ideológicos que pueden afectar a los demás sistemas.

Por otro lado, y continuando con la caracterización de algunas determinaciones y factores que entran en juego en el desarrollo del ser humano y de su salud, resulta importante mencionar el concepto de determinantes sociales de la salud, que según la OMS (2017b: 8) designa “las condiciones del ambiente físico, social y económico en que los individuos nacen, viven y se desarrollan, incluidas tanto las que tienen una connotación material como las que tienen connotaciones físicas y sociales”. Es de destacar que dichas condiciones pueden ser diferentes para varios grupos dentro de una población, por lo que éstas se constituyen como desigualdades. Asimismo, si esas condiciones fueran innecesarias y evitables, se considerarían como inequidades (OMS, 2017b). De ahí que sea necesario aspirar a la equidad en salud, ampliando el acceso equitativo a los servicios de salud integrales que se focalicen en las personas y en las comunidades y fortaleciendo la coordinación intersectorial (OMS, 2017b).

Resulta menester resaltar que diversas situaciones de crisis a lo largo del mundo inciden en algunas manifestaciones psíquicas que pueden o no devenir en un padecimiento mental (por ejemplo, peste, fiebre amarilla, Covid-19). La patologización de las problemáticas culturales, tan habitual en estas poblaciones, lejos de contribuir a generar salud y mejorar las condiciones de vida, muchas veces estigmatiza y vulnera derechos, tal como se profundizará en los [Capítulos 3 y 4](#).

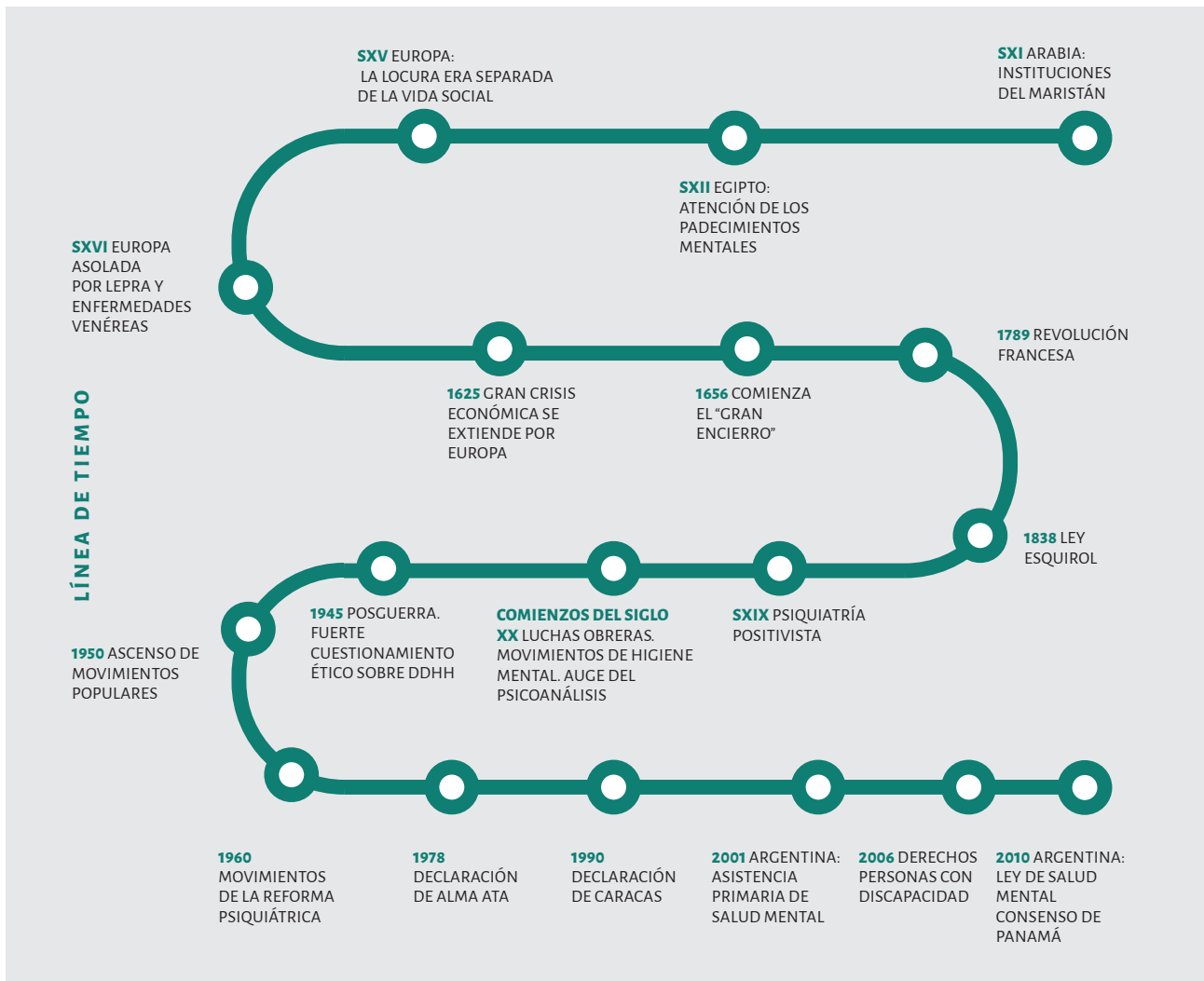


**El recorrido aquí propuesto apunta a generar la comprensión de que la salud mental debe ser abordada desde múltiples disciplinas y por múltiples sectores, con la mirada puesta siempre en ampliar los derechos, en fomentar la participación de las comunidades y en reforzar, restituir o promover los lazos sociales en pos de mejorar la calidad de vida de las personas.**

## 2. EL PADECIMIENTO MENTAL COMO REFLEJO DE LA CONCEPCIÓN SOCIAL SOBRE EL ESTIGMA Y LA LOCURA

### Breve recorrido histórico: de la psiquiatría positivista a las políticas de salud mental

FIGURA 1. HITOS FUNDAMENTALES DE LA HISTORIA DE LA SALUD MENTAL



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Se intentará aquí hacer un breve recorrido por los hitos fundamentales de la historia de la salud mental, para entender que se trata de un campo joven, aún en construcción y en tensión con otros modelos vigentes. La salud mental no ha logrado constituir un campo teórico sistematizado, sino que aún coexisten en su interior teorías y prácticas antagónicas (Galende, 2008).

El objetivo fundamental del recorrido es comprender que la concepción acerca de los padecimientos mentales fue cambiando a lo largo de la historia, a la par con los modos de abordarlos y las instituciones que se ocuparon de ellos. Estos cambios no fueron lineales ni simples. Se dieron siempre en tensión y con grandes idas y vueltas en las distintas partes del mundo.



Resulta vital entender que los padecimientos mentales fueron siempre conceptualizados, entendidos y abordados en función de la representación social<sup>3</sup> que las distintas épocas fueron construyendo acerca de la locura. Así, la locura estuvo asociada a la divinidad, a la posesión demoníaca, al exceso de pasión, al desvío moral, a la vagancia o inutilidad productiva y a la enfermedad, según la época o la cultura. Pasaron siglos hasta que se logró una comprensión más amplia, actual, del padecimiento mental como un entramado de determinantes culturales, sociales, psicológicos y biológicos que requiere de un abordaje complejo y cuyos síntomas, además de reflejar el sufrimiento psíquico de una persona o grupo, reflejan también el malestar en la cultura.

En este apartado se propone un recorrido que permite observar que la psiquiatría nació como una especialidad de la medicina, a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los Estados modernos. Esto es lo que Michel Foucault (Foucault, 1967) conceptualizó como su nacimiento político, en el contexto de la Revolución Francesa (1789). La psiquiatría surgió teniendo ya el mandato de ocuparse de una población que estaba encerrada en los Hospitales Generales, lo cual condicionó las prácticas que durante años rigieron esta especialidad (Galende, 2008).

Si bien desde el siglo **XIII** existía en Egipto una atención médica de los padecimientos mentales, ésta aún no estaba constituida en Occidente. Incluso antes de esa época, en Arabia, existían instituciones que alojaban y brindaban protección a las personas que no eran capaces de incorporarse por sí mismas a la vida social. Estas se conocieron como *instituciones del Maristán*, y brindaban albergue, comida y trato especial a las personas que llegaban a ellas. Entre los árabes, los padecimientos mentales eran por entonces entendidos como fenómenos sobrenaturales, ligados al genio o a la iluminación divina, y en ningún modo a enfermedades (Galende, 1990).

Hasta el siglo **XVI**, en Europa, la locura no estuvo asociada al encierro, pero sí se la diferenciaba y se la separaba de la vida social (Galende, 1990). Foucault señala cómo en ese momento fueron las enfermedades venéreas y la lepra, que asolaron a Europa, las que generaron una conciencia social de exclusión y de encierro, que luego se extendió hacia las personas con padecimientos mentales, los pobres y todos aquellos considerados “excluíbles” por la sociedad de la época.

En 1625 hubo una gran crisis económica que se inició en España y que luego se propagó por toda Europa. Como resultado, miles de personas en situación de pobreza migraron de las campiñas a la ciudad con la esperanza de mejorar su situación económica, buscando trabajo en las industrias. Se produjo una gran hambruna.

La Iglesia tomó como misión la asistencia a las personas pobres, quienes recibían desesperadamente limosnas (ropa, comida, hospicio), pero se veían despojadas de sus derechos y bienes. Foucault señala que se hizo de la miseria y de la pobreza una relación de asistencia, que iba del Estado/Iglesia al pobre, de manera lineal y vertical (Foucault, 2012). Se puede pensar también cómo estos movimientos poblacionales fueron el germen de una mirada cargada de negatividad que actualmente asocia la idea de migración con la de la pobreza, y refuerza la exclusión de las personas migrantes.

En 1656, por decreto real, se crearon en Francia un conjunto de instituciones bajo el nombre de “hospitales generales” (Salpêtrière y Bicêtre, antiguos cuarteles militares y varias casas aportadas por la Iglesia). A partir de este hecho y hasta el último tercio del siglo **XVIII**, se sucede lo que se denominó “El Gran Encierro” (Foucault, 1967). En dichas instituciones se encerró en poco tiempo a una multitud de vagabundos y pobres, pero también a todos aquellos que quedaban por fuera de los parámetros de lo que

---

3. Para ampliar el concepto de representación social, consultar el Capítulo 3.

la sociedad de la época consideraba “normal”, y entonces también fueron encerradas personas con padecimientos mentales, prostitutas y homosexuales. El hospital general no era una institución médica, sino un establecimiento en el que se ejercían funciones policiales y de caridad. Es importante comprender que el decreto real iba dirigido a todas aquellas personas que se negaban a trabajar, o que no tenían bienes ni trabajo, lo que era considerado responsabilidad individual y causa de internación.

En la actualidad, las personas migrantes pueden sufrir inconvenientes a la hora de encontrar vivienda, trabajo y seguridad social, lo cual puede implicar sufrimiento y desesperación.

La migración de por sí no implica una patología mental, lo que patologiza a las personas son las situaciones que viven, particularmente si sufren maltrato, discriminación y si atraviesan dificultades a la hora de adaptarse a las sociedades de acogida. Las violaciones y vulneraciones a los derechos humanos que pueden sufrir algunas de las personas migrantes les provocan estados contrarios al bienestar, entendido como el balance entre el área social, el área biológica y el área psicológica o afectiva.

Los ideales de la Revolución francesa (1789) hicieron eco en las prácticas sociales y en la manera de pensar la locura y el encierro. La locura como alienación comenzó a ser leída como un desorden mental y de a poco pasó a ser responsabilidad de la figura del médico.

Hubo incluso una asignación legal al médico del problema de la locura y una misión, la de generar condiciones más humanas para las personas con estos padecimientos. Los exponentes de esta época fueron Phillipe Pinel y Jean Étienne Esquirol (Foucault, 2012).

Para la sociedad feudal la locura era percibida como una quimera del mundo. Solo se la separaba en sus formas extremas. Su lugar era la naturaleza: se recomendaba el viaje, el reposo, el alejamiento de la ciudad. Para el capitalismo naciente, que imponía a los individuos sus propias condiciones de normalidad y error, la locura se encerraba y excluía junto con todo lo que, estando en los márgenes de las nuevas relaciones sociales, se transformaba en desecho inútil, por improductivo (Galende, 1990).



### PHILLIPE PINEL (1745-1826)

*Fue un prestigioso médico revolucionario parisino, quien emprendió una reforma de las condiciones de internación. Liberó internados y fue reconocido por eliminar las cadenas con las que se los sujetaba a un muro, apelando al chaleco de fuerza: esto fue un hito en el abordaje de la salud mental. Reformó también las celdas y propuso el llamado “tratamiento moral” de los enfermos, que fue su aporte más valioso a la psiquiatría. Pinel pensaba que la locura estaba causada por un exceso de pasiones y que la cura vendría acotándolas y reencausándolas.*

En 1838, se sancionó en Francia la “Ley Esquirol”, que durante más de cien años reglamentó los dispositivos psiquiátricos de ese país y además propuso un ordenamiento jurídico de la locura, dejando en manos del psiquiatra, por ejemplo, la declaratoria de incapacidad de las personas con padecimiento mental. Esta ley organizó a la psiquiatría como disciplina de lo mental. Tuvo enorme incidencia en toda Europa e incluso, mucho tiempo después, fue tomada como modelo en algunos países de América Latina, incluyendo a la República Argentina, e influyó con fuerza en la regulación de las prácticas clínicas y jurídicas.

El período que va desde finales del siglo XVIII hasta la sanción de la ley de 1838 es considerado como el momento de constitución de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina: la psiquiatría. La locura, a partir de ese momento, pasó a tener estatuto de enfermedad, y quedaron relegadas las causas sociales y religiosas. El médico era el responsable final de sus pacientes. Se medicalizó la relación de asistencia y se pasó de un encierro compulsivo y policial a un tratamiento obligatorio de las personas enfermas (Galende, 1990). Desde entonces, puede verse que el hospital psiquiátrico es el lugar de realización de las relaciones de saber-poder instituidas por el discurso médico (Foucault, 1967).

Es importante destacar que, al comenzar a medicalizar a la psiquiatría, se ponía el foco en los **componentes biológicos de la enfermedad mental**, dejándose de lado los

determinantes sociales y culturales que causaban la enfermedad. Se buscó alejarse lo más posible del abordaje *no científico*, pero eso perjudicó la comprensión de los elementos sociorelacionales y estructurales de las enfermedades mentales. Hoy quedan muchos vestigios del modelo asilar médico-centrista, como por ejemplo el hecho de que las personas son internadas casi de por vida, sin perspectivas de rehabilitación o reinserción social. El asilo se convierte en su hogar (Galende, 1990).

Se ve como desde esta época el encierro pasa, sin cuestionamiento, al campo médico, que pensará a la internación como una medida de tratamiento y cuidado, y a la persona internada como objeto de la ciencia. Pasarán muchos años hasta que ese modo de tratamiento y ese modelo que se puede denominar “asilar” sea cuestionado.

Los primeros intentos de desinstitucionalización vendrán recién en los años ‘60. De todos modos, este modelo aún tiene enorme fuerza y vigencia en la actualidad, y coexiste en tensión con el paradigma de la salud mental comunitaria.

Continuando con el recorrido histórico, la llamada psiquiatría positivista tomó forma en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX con el llamado “modelo anatomo-clínico”. Su principal exponente fue Jean-Martin Charcot (1825-1893). Fue la etapa de las disecciones anatómicas y de las diferenciaciones nosográficas, que se apoyaba en la esperanza de hallar una causa orgánica al padecimiento mental, ya que la causa orgánica haría del diagnóstico de los padecimientos un acto de verdad objetiva (Galende, 1990).

A comienzos del siglo XX tuvieron lugar las luchas obreras en Europa y Estados Unidos, en las que se reclamó fuertemente por el acceso a una salud de calidad. A nivel mundial, comenzaron las primeras organizaciones sindicales, que exigieron derechos para trabajadores y a la vez denunciaban la situación de las personas internadas en los asilos.

En 1908, en los Estados Unidos de América, se inició el movimiento de la Higiene Mental, que llevó adelante una cruzada contra los asilos psiquiátricos bajo la consigna *Open doors* (Puertas abiertas). Lentamente se abandonaron los modelos asilares vigentes y, por influencia de los tratamientos que priorizaron el valor de la palabra, surgió el interés por las llamadas neurosis (Galende, 1990).

Galende (1990) ubica tres hechos claves que se producen luego del año 1945 y que abrieron el camino de la reforma psiquiátrica:

- » 1. Una de las secuelas de la Segunda Guerra Mundial fue el fuerte incremento del sufrimiento psíquico de la población. Muchas personas necesitaban ser atendidas y esto llevó a una reorganización del sistema sanitario en Europa.
- » 2. El horror de la guerra trajo aparejado un cuestionamiento ético profundo a nivel mundial sobre los límites de la cordura. Los asilos psiquiátricos fueron comparados con los campos de concentración debido a las vejaciones a los derechos humanos que ocurrían en ellos. Asimismo, un gran número de intelectuales, entre ellos muchos psiquiatras, se volcaron hacia el psicoanálisis.
- » 3. En toda Europa se produjo un ascenso de los movimientos populares que llevó a la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas, más sensibles a los Derechos Humanos y a la reforma en salud pública.

En la década del ‘50, con la reestructuración global de la atención psiquiátrica, comenzó a hablarse de *salud mental*, como contraposición a la denominación anterior de



### JEAN ÉTIENNE ESQUIROL (1782-1840)

*Desarrolló los fundamentos médicos de la psiquiatría, ya que fue el primero en suponer las causas orgánicas de la locura. Aunque fue discípulo de Pinel, dejó atrás el tratamiento moral para dedicarse a tratamientos menos paternalistas. Con Esquirol, la institución que prevaleció para el tratamiento de los padecimientos mentales fue el hospital psiquiátrico. El aislamiento se legitimó, a partir de entonces, ya no como un modo de segregación y vigilancia sino como un tratamiento médico. Los alienistas pasaron a ser médicos y a usar guardapolvo blanco.*

*A comienzos del siglo XX se produce el auge del psicoanálisis, cuyo fundador fue Sigmund Freud. Además, comenzó a tener importancia la psicogénesis y la historia biográfica del sujeto. Karl Jaspers, filósofo existencialista, fue el creador de la psicopatología fenomenológica. En 1913 publicó en Heidelberg, Alemania, su tratado de “Psicopatología General”. Sin embargo, debieron pasar varios años para que la influencia de esta obra fuera percibida como un cambio radical en la concepción médico-psiquiátrica.*

“enfermedad mental”. Desde entonces, el desarrollo de este campo se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental en su complejidad y vislumbra como un pilar fundamental su participación activa en los procesos de atención en salud.

Durante la década del ‘60 surgieron los movimientos de reforma psiquiátrica en distintos países de Europa y también en Estados Unidos: las “políticas del sector” en la República Francesa, las “comunidades terapéuticas” en Inglaterra, la “psiquiatría comunitaria” en Estados Unidos y la “psiquiatría democrática” en la República Italiana<sup>4</sup>.

**A partir de entonces se asiste a una recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental que no busca exclusivamente respaldo en la ciencia médica, sino que se propone como una conjunción de múltiples saberes y prácticas sociales diversas, con inclusión de nuevos profesionales y prácticas terapéuticas, ya no únicamente ligadas a la enfermedad mental, sino a la realización de ideales de bienestar psíquico (Galende, 1990).**

Se comprendía que las políticas sanitarias debían ir en la dirección no solo de aplicar medidas técnicas a las enfermedades, sino de incluir las condiciones más generales del bienestar de las personas. Los problemas no estaban aislados de la realidad, sino que se planteaban en su complejidad real: el contexto social, las condiciones económicas, la incidencia de las políticas públicas, la organización del trabajo y del tiempo libre, el nivel de ingresos o la vivienda formaban parte esencial de las condiciones de la salud y de la salud mental.

Este pasaje del nivel de padecimiento individual y respuesta médica a una comprensión del bienestar social y una respuesta política abarcativa caracterizó lo que se llamó la “medicina social” y que encuentra en la salud mental centrada en lo comunitario un pasaje del mismo tipo.

## **Acuerdos y conferencias internacionales sobre salud mental y derechos humanos**

En este breve apartado se hará referencia a los convenios internacionales más importantes en materia de salud y salud mental. Es un recorte que intenta resaltar ideas fundamentales<sup>5</sup>.

Convocada por la OMS y OPS, en 1978 se llevó a cabo la “Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud”, donde se adoptó la “Declaración de Alma Ata”. Se trató de una conferencia internacional que tuvo por objetivo proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. Uno de sus puntos centrales fue la afirmación de que los y las ciudadanas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

En 1990, convocada por la OPS y OMS, se adoptó la “Declaración de Caracas”, en la que se abordó la necesidad de una reestructuración de la atención psiquiátrica y se hizo énfasis en el modelo ambulatorio/comunitario de atención. Se trató de una declaración histórica en la que se concluyó que la atención psiquiátrica convencional no permite

4. Cada uno de esos movimientos tuvo sus particularidades y referentes. Por razones de extensión no se abarcarán aquí, pero fueron un antecedente fundamental en las políticas desinstitucionalizantes que se sucedieron a partir de allí a lo largo del mundo.

5. Muchos convenios quedarán sin mención, por razones de extensión y porque exceden el objetivo del presente manual. La idea central es comprender cómo se fueron dando las condiciones para que las políticas sanitarias de la Argentina fueran también virando en torno a la agenda internacional.

alcanzar objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de dichos objetivos<sup>6</sup>.

En Caracas se declaró que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud (APS) y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales. Entre otros objetivos, se instó a los países a asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de las personas con padecimiento mental y a promover la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.

En concordancia con estos convenios internacionales, en 2001 se sancionó en Argentina la ley N° 25.421/01 y se creó el “Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental”. A los efectos de dicha ley, se entiende por **atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental** a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que se enferman y procurar la rehabilitación y la inclusión laboral, cultural y social de las personas con padecimientos graves, luego de superada la crisis.

En el año 2006 se adoptó, durante la 65° sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas, la “Declaración Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad” (ratificada por la República Argentina en 2008 y con jerarquía constitucional desde 2014). Se trató de una convención internacional que tuvo el objetivo de promover y garantizar el cumplimiento de los derechos humanos para las personas con discapacidad, reconociendo que la actitud y el entorno pueden ser barreras de acceso para su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

En octubre del 2010, con el coauspicio del Gobierno de Panamá, la OPS y la OMS convocaron a la “Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá”, donde se arribó al “Consenso de Panamá”. En ella participaron trabajadores de salud mental de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares. A 20 años de la “Declaración de Caracas” observaron que, si bien muchos fueron los avances logrados por los países, aún persistían serias limitaciones en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de salud mental, así como de legislaciones que sean consistentes con los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Se propuso entonces fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial, bajo el lema “por un continente sin manicomios en el 2020”.

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el “Plan de acción sobre salud mental 2013-2020” (OMS, 2012a). Dicho plan hace hincapié en la necesidad de contar con servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las

---

6. Esta declaración ofrece el puntapié inicial para que en documentos posteriores se plantee concretamente el cierre y la sustitución del hospital psiquiátrico por la red de servicios comunitarios.

Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”.

La finalidad del plan de acción es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

Es importante mencionar que el plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales, muchos de los cuales se desarrollarán en profundidad en los apartados siguientes (OMS, 2012a):

- » **1. Cobertura sanitaria universal:** independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- » **2. Derechos humanos:** las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- » **3. Práctica basada en evidencias:** las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- » **4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital:** las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
- » **5. Enfoque multisectorial:** la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
- » **6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales:** las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tienen derecho a emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

### 3. LA SALUD MENTAL EN EL MARCO NORMATIVO ACTUAL ARGENTINO Y LOS DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

---

#### La Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina

Distintos documentos internacionales coinciden en que, entre los trastornos mentales más comunes y con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las distintas formas de violencias (OMS, 2017a).

Sin embargo, el acceso a la atención de las personas con padecimiento mental dista aún de ser equitativo. En la mayor parte de las provincias de Argentina la atención se brinda de modo centralizado, con fuerte predominio de los hospitales monovalentes, que suelen estar alejados del lugar de residencia de quienes requieren de estos cuidados (DNSMyA, 2018b).

Asimismo, habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental (OMS, 2013).

Con el objeto de mejorar la calidad de atención de las problemáticas de salud mental en Argentina, en 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, que, entre otras pautas:

- » estableció los derechos de las personas con padecimiento mental;
- » estableció la modalidad de atención en el marco de la red de servicios con base en la comunidad, y reguló la internación por motivos de salud mental tanto voluntaria como involuntaria;
- » señaló la forma en que el Estado debe controlar su cumplimiento.

La ley fue reglamentada en el año 2013 y, tal como se vio en el apartado anterior, sigue los lineamientos marcados por las diferentes resoluciones y declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas, la OMS y la OPS a partir de 1990 con la “Declaración de Caracas” y que refieren a la salud mental y a la protección de las personas con padecimiento mental.

La ley N° 26.657 centra su contenido en:

- » establecer las internaciones como último recurso, lo más breves posibles y en hospitales generales;
- » priorizar la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y en dispositivos cercanos a sus usuarios;
- » sustituir de manera progresiva las instituciones monovalentes por la red de servicios de base comunitaria;
- » determinar que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con problemáticas de adicciones están alcanzadas por todos los derechos reconocidos en esta ley.

Se incluyen, en este sentido, algunos artículos que dan cuenta del espíritu de la ley<sup>7</sup>:

**Artículo 8°**- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

**Artículo 9°**- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el abordaje de un marco interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud (APS). Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

**Artículo 11°**- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria<sup>8</sup>.

**Artículo 14°**- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social [...].

**Artículo 15°**- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios [...]. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda [...].

**Artículo 27°**- Queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados [...].

**Artículo 28°**- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto, los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios [...].

Como se puede observar, la ley recoge e intenta modificar, en su espíritu comunitario, aquellas problemáticas que, como se vio en el apartado anterior, durante tantos años habían quedado relegadas:

- » Establece la defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental, modificando el Código Civil.

Se ha visto cómo, a lo largo de la historia, las personas con padecimientos mentales se vieron despojadas de todos sus derechos no sólo por las condiciones inhumanas de las internaciones, que se prolongaban por muchísimos años y sin el control necesario por parte de los organismos del Estado, sino también porque a base de un único diagnóstico psiquiátrico se podía presumir de ellas la incapacidad. Asimismo, por la falta de acceso a la atención, la proliferación de padecimientos mentales sin tratamiento reforzaba la segregación y el estigma, además del sufrimiento de la persona y sus allegados. En este sentido, la ley reivindica los derechos de estas personas, partiendo de la presunción de capacidad de todos los seres humanos.

Galende (2008) recuerda que el modelo de atención asilar contaba con un ordenamiento jurídico preciso: en el Código Civil estaban incorporados (en parte copiados de la Ley Esquirol de 1838) los criterios para la declaratoria de incapacidad y las atribuciones del psiquiatra para la internación a través de su certificación de alienación

---

7. Se recomienda también la lectura del art. 7, que por razones de extensión no fue incluido en este recorte, pero que establece los derechos de las personas con padecimiento mental.

8. Se detallan más adelante.



y el argumento de la peligrosidad del sujeto (argumento que aún hoy persiste en el imaginario social).

**Actualmente, como se ha mencionado, la ley parte de la presunción de capacidad de todas las personas y garantiza el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable y, por lo tanto, garantiza el derecho a recibir tratamiento. El diagnóstico ya no es causa suficiente para una internación, sino que ésta solo puede llevarse a cabo cuando existe riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y siempre y cuando un equipo interdisciplinario la considere necesaria en ausencia de otra alternativa eficaz.**

Asimismo, el artículo 5° especifica que la existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

La Ley introduce la figura del representante legal como un derecho de todas las personas internadas de manera involuntaria por problemáticas de salud mental. Esto resalta la necesidad de garantizar que en ningún momento se avasallen los derechos humanos de una persona internada, habida cuenta de diversos informes respecto a situaciones de vulneración de derechos.

- » Promueve la atención en salud mental en el marco de una atención interdisciplinaria e intersectorial y un proceso de atención a realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario.

Las personas con padecimientos mentales tienen derecho a ser tratadas con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades. Debe facilitarse la integración familiar, laboral y comunitaria. Para esto, se debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria.

La ley supone la creación de dispositivos tales como:

- › consultas ambulatorias;
- › servicios de inclusión social y laboral;
- › atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios;
- › servicios para la promoción y prevención en salud mental;
- › casas de convivencia;
- › hospitales de día;
- › cooperativas de trabajo;
- › centros de capacitación sociolaboral;
- › emprendimientos sociales;
- › hogares y familias sustitutas.

Este punto necesita aún de mucho fortalecimiento, en especial del recurso económico necesario y de la capacitación de trabajadores y profesionales en formación para poder dar un salto cualitativo en la dirección de la atención en la comunidad.

- » Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.

Se encuentra ampliamente probado que el abordaje de la salud mental dentro del ámbito de atención en un hospital general disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de sus usuarios, lo cual ocurre con mayor frecuencia en las instituciones monovalentes (DNSMyA, 2018b).

## La reglamentación de la Ley

El decreto reglamentario N° 206/2013 de la Ley Nacional pone una fecha límite al cierre y sustitución de los hospitales monovalentes. En su artículo 27° dirá:

La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar, para cada uno de ellos, proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al Consenso de Panamá.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para su desarrollo e inclusión social.

La reglamentación incluye varias definiciones que son muy importantes y que profundizan el espíritu de la ley. Por ejemplo, define el riesgo cierto e inminente como aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Es muy importante también la inclusión que el decreto reglamentario hace de dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños para las adicciones. Estos dispositivos, si bien ya existían en algunas instituciones de Argentina, no estaban contemplados ni regulados por ninguna normativa.

Se destaca la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, incorporando recursos humanos de salud mental a los centros de atención primaria de la salud, así como capacitando en servicio a las personas integrantes del equipo de salud en la atención de la salud mental. Se apunta a reducir las brechas de atención, siendo que en muchos lugares de la Argentina no se dispone de profesionales específicos de salud mental, ni de medicamentos específicos para estos padecimientos, lo cual muchas veces conlleva a que la persona tenga que ser trasladada lejos de su comunidad para recibir tratamiento, y queda por fuera de sus lazos sociales y de la posibilidad de reintegrarse rápidamente a su vida.

Asimismo, ante una crisis y necesidad de atención urgente, han existido y existen dificultades para garantizar la accesibilidad en las guardias de los hospitales generales (DNSMyA, 2019a), lo cual habla de la dificultad existente aún en pensar las problemáticas de salud mental como parte de los servicios sanitarios.

## Desafíos para la plena implementación de la Ley

A pesar de haber sido sancionada hace diez años y de contar con el apoyo y la participación de organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, trabajadores del campo y organismos de Derechos Humanos, la Ley, con su fuerte espíritu desmanicomializador, aún es motivo de tensión y resistencia por parte de algunos actores públicos y privados dentro del ámbito de la salud.

Llevar adelante un trabajo de concientización en la población general respecto de la importancia de la vida en la comunidad de las personas con padecimientos mentales es aún una tarea que debe profundizarse. Los medios de comunicación y las redes sociales son una herramienta fundamental para esta tarea.

La formación de profesionales de la salud podría contemplar en sus currículos de grado un abordaje que priorice la atención primaria de la salud y la salud mental comunitaria, ya que estos conocimientos muchas veces se imparten solamente en cursos de posgrado y quedan a merced del interés particular de cada profesional.

Por otro lado, para pensar los desafíos para una implementación plena de la Ley, es indispensable contar con números que reflejen la situación actual de las personas en situación de internación. Para eso, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones realizó el 1° Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM), publicado en agosto de 2019. El CNSM es un relevamiento realizado para caracterizar la población internada por motivos de salud mental en establecimientos de internación monovalente en salud mental de la República Argentina.

Algunos datos generales que surgen del informe:

- » Se censaron 162 instituciones, de las cuales 41 fueron instituciones públicas.
- » Se relevaron 21 jurisdicciones de la República Argentina.
- » Se censaron 12.035 personas.

Respecto de las internaciones:

- » El promedio de internación fue de 8,2 años: 12,5 años en el sector público y 4,2 en el sector privado.
- » El 30% de la población estuvo internada 8 años o más.

Respecto de la comunicación y las salidas:

- » El 40,4% de las personas refirió no hacer salidas en el último mes (solo o acompañado).
- » El 41,6% de las personas refirió poder realizar llamadas telefónicas.

Una primera evaluación de estos datos permite observar algunas limitaciones para la plena implementación de la Ley nacional. El cierre de los hospitales monovalentes implica planes de externación sustentable de las personas allí internadas, que articulen políticas de inclusión laboral, educación y acceso a la vivienda (CELS, 2015). Por supuesto que avanzar con esta reforma conlleva una gran dificultad, porque implica, entre otras cuestiones:

- » modificar las representaciones sociales de la locura, aún asociadas a la idea de peligrosidad;
- » profundizar las transformaciones dentro del sistema de salud en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria;
- » promover la atención en los servicios de salud mental de los hospitales generales;
- » repensar y modificar los currículos universitarios para que la formación de los profesionales esté enmarcada dentro de estas estrategias;
- » pasar de la lógica de atención *hospitalocéntrica* hacia una lógica de atención ambulatoria y en la comunidad;
- » sustituir los hospitales monovalentes por la red integrada de salud mental con base en la comunidad, que incluye dispositivos intermedios de tipo habitacional y sociolaboral;
- » trabajar con las resistencias propias de las personas trabajadoras de la salud, que hasta hace muy poco tiempo venían ejerciendo su práctica dentro de paradigmas institucionalizantes: deconstruir la propia tarea es también un trabajo que requiere de apoyo y formación y la garantía del Estado en sostener la continuidad del empleo en los procesos de reforma.

**En este contexto, la salud mental debe comprenderse como un proceso social y complejo que implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.**

## 4. EL PASAJE HACIA LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

### Introducción

Tal como se fue observando con el desarrollo histórico de la línea de tiempo, se pueden encontrar desde las primeras décadas del siglo ~~XX~~ una serie de cambios en lo referido al tratamiento de las problemáticas mentales, como fueron:

- » la incorporación de profesionales de otras disciplinas, como trabajadores o trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, enfermeros/as, entre otros;
- » el énfasis en aspectos preventivos ligados al movimiento de higiene mental y posteriormente una apertura hacia otras disciplinas;
- » cambios en las prácticas y dispositivos, que comenzaron a pensarse por fuera de los hospitales monovalentes (Ardila, Stolkiner, 2012).

Emiliano Galende (2008) postula que la Salud Mental Comunitaria no ha logrado aún constituir un campo teórico ni un cuerpo de prácticas sistematizado, aun cuando ha ido cobrando gran relevancia social y tenido un fuerte desarrollo epistemológico. Por eso se intentará, a lo largo de este apartado, brindar una pequeña síntesis de los lineamientos principales que permiten abordar los conceptos más importantes de lo que se llama la Salud Mental Comunitaria.

A fin de sintetizar este proceso –y a decir de Emiliano Galende (2008)– se puede decir que la configuración que ha adquirido el campo de la salud mental comunitaria es el resultado del pasaje de la psiquiatría a la salud mental, es decir, el abandono de una concepción biologicista centrada en trastornos individuales con una terapéutica asilar, por una conceptualización en la que entran en consideración las condiciones de vida de los sujetos y de los colectivos sociales.

Esto conlleva a una reformulación de las teorías, tanto de las disciplinas intervinientes como de las incumbencias profesionales, y a una ampliación de los ámbitos y de las modalidades de intervención (Lodieu, Longo, et al., 2012).

Es decir que se ha producido una reconfiguración del campo, que ha implicado una serie de transformaciones a nivel de las disciplinas, de los saberes y teorías, de las prácticas terapéuticas, de las instituciones, e incluso de la definición misma de su objeto (Galende, 1990; Ardila, 2012).

Es importante recordar que este pasaje de la psiquiatría a la salud mental no se dio de una manera lineal o evolutiva, sino con grandes tensiones y contradicciones internas que aún se encuentran en juego en la actualidad, y ha implicado también una reestructuración de la psiquiatría en su saber y en sus prácticas.

Se ha observado que este cambio se llevó adelante a través de diversos movimientos y experiencias de reforma de la atención de las personas con padecimientos mentales, los cuales, pese a sus diferencias, han tenido como eje común el plantear que la atención debe brindarse en el medio comunitario y no en el hospital psiquiátrico tradicional. Esto constituía y constituye un elemento a la vez teórico-ideológico y técnico, lo cual significa que resulta necesario transformar las ideas acerca del padecimiento mental y su atención, así como hacerlas efectivas en la realidad con propuestas concretas de provisión de servicios.

## Paradigma de la complejidad

Para comprender la dimensión de este pasaje, se tomará el concepto de complejidad como el paradigma bajo el cual se puede englobar al modelo comunitario, a diferencia del paradigma positivista que es, justamente, aquel que se ha puesto en cuestión en un intento superador.

Para Almeida-Filho (2006), la investigación científica dentro de este paradigma surge en la pretensión de respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia, al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad.

La característica más visible del llamado paradigma de la complejidad tal vez sea el rechazo de la doctrina del causalismo como principio. Así, se abre a la consideración de otros principios estructurantes, más allá del orden causal predominante en la epistemología convencional, tales como las discontinuidades, el caos, las bifurcaciones, las contradicciones y las paradojas (Almeida-Filho, 2006).

Al decir de Eva Giberti (1981), la prevención no puede confundirse con la predicción. En prevención no puede utilizarse una explicación causal, sino que es necesario considerar explicaciones probabilísticas que incluyan el azar y el indeterminismo. Por supuesto que no desconoce que existen leyes y estructuras que rigen a los seres humanos, pero esto no implica un determinismo a ultranza. Giberti, en este sentido, coloca a la prevención en el ámbito de la mayor científicidad posible que tenga el carácter hermenéutico interpretando los sistemas psicosociales no explícitos, no manifiestos o inconscientes que regulan los fenómenos y los procesos de la vida humana.

De aquí que, ubicándose desde el paradigma de la complejidad, ya no se puede pensar en causas-efectos lineales respecto de los padecimientos de salud mental. Se habla entonces de múltiples determinantes no lineales. Asimismo, esto implica correr el eje desde la prevención de la enfermedad mental hacia la promoción de la salud mental. Justamente porque no hay causas únicas ni lineales es que no se puede pensar en prevenir los padecimientos a la manera positivista. El enfoque, entonces, está en generar acciones para promover la salud mental en las comunidades.

## Breve esquema: modelos de atención en salud mental

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se esquematizará de manera muy sucinta y breve las ideas centrales de estos dos modelos, con el fin de comprender sus diferencias más importantes.

Se podría pensar que el pasaje a este modelo comunitario supone tres grandes desplazamientos, del que surgen todos los otros: 1) del individuo a la comunidad; 2) del hospital psiquiátrico a la red de servicios en la comunidad; 3) del psiquiatra al equipo.

**TABLA 1. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

	<b>Modelo Manicomial</b>	<b>Modelo Comunitario</b>
<b>Disciplina/s</b>	Psiquiatría.	Equipos de salud en el marco de la interdisciplinariedad. La salud mental como campo en construcción. Se contempla el saber de usuarios y familiares.
<b>Paradigma</b>	Positivismo científico. Biomédico.	Complejidad. Biopsicosocial.
<b>Clasificaciones</b>	Epidemiología clásica.	Epidemiología crítica.
<b>Objeto</b>	Trastornos mentales.	Padecimientos mentales. Sufrimiento psíquico.
<b>Fuente del padecimiento</b>	Causa orgánica. Herencia.	Determinantes biológicos, psicológicos, sociales.
<b>Dispositivos</b>	Modelo hospitalocéntrico. Predominio de instituciones monovalentes.	Hospitales generales, centros de salud en el primer nivel (CESACs, CICs, CAPs, etc), hospitales de día comunitarios y centros de día comunitarios, tratamientos ambulatorios, dispositivos de inclusión sociolaboral y habitacional, acciones comunitarias fuera de dispositivos sanitarios.
<b>Recursos y abordajes</b>	Internación prolongada. Medicación psicofarmacológica como eje del tratamiento. Psicoterapias restrictivas de la autonomía de la persona.	Atención en la comunidad. Internación como último recurso. No medicalización de la vida cotidiana. Promotores de salud. Acompañantes comunitarios. Redes formales e informales para garantizar la continuidad de cuidados.
<b>Destinatario</b>	Paciente pasivo, mero receptor de indicaciones. Abordaje centrado en las obligaciones del paciente.	Usuario activo, protagonista en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Abordaje centrado en los derechos.
<b>Estrategias</b>	Prevención de la enfermedad.	Promoción de la salud mental.
<b>Planificación</b>	Planificación normativa. Definiciones técnicas sin participación de usuarios/ comunidad.	Planificación estratégica. Participación comunitaria. Potencia de la organización colectiva.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Siguiendo los desarrollos de Manuel Desviat (2007), este pasaje de un modelo de atención a otro supone:

- » **1. La estrategia de intervención se traslada del sujeto enfermo a toda la población**, incorporándose nuevos instrumentos, diagnóstico comunitario, estudios de la demanda y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervención en crisis.
- » **2. En la ordenación de los servicios se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental.** Significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biopsicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos, desplazamiento que lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no sólo como usuaria sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos.
- » **3. El reconocimiento de los derechos de las personas, de su autonomía y su necesaria participación** en el proceso de atención, su necesaria contribución para garantizar la adecuación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación.
- » **4.** Supone la necesidad de **crear redes complejas con recursos formales e informales**, que garanticen la continuidad de los cuidados.
- » **5.** Supone la necesidad de una **programación flexible y pertinente**. Las personas cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los padecimientos mentales, mientras los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables. Esto exige un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido.
- » **6.** Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en un lugar, en un contexto, en un determinado grupo de personas, y hasta en un momento del padecimiento de estas personas. Esto demuestra que hace falta una **adecuación** que suele suponer un cambio de orientación de los servicios y, siempre, la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario, de los distintos poderes y espacios: del planificador, del gestor, de la comunidad donde se desarrolla el programa, y del propio usuario.
- » **7.** Supone **pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación**, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía para los pacientes con padecimientos graves. Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*)<sup>9</sup>.

## El concepto de lo comunitario

Al decir de Sara Ardila (2012), y a modo sintético, los fundamentos para la creación de Servicios de Salud Mental Comunitaria se encuentran en la crisis misma de la institución psiquiátrica:

---

9. Consultar glosario.



- » en aras del “tratamiento” de la enfermedad mental se despojaba al sujeto de su condición misma de humanidad.
- » el costo-efectividad de dichas instituciones tampoco era sostenible: los pacientes pasaban años internados (a veces toda la vida), implicando un alto uso de recursos financieros y humanos, la mayor parte de las veces sin mejoría o incluso con el empeoramiento del cuadro que implica la cronicidad.
- » la aparición de la psicofarmacología contribuyó a cuestionar la vigencia del encierro y el aislamiento.

A partir de lo anterior, se inicia el desarrollo de servicios de atención alternativos a la institución psiquiátrica, los cuales, pese a la heterogeneidad que presentaron desde sus orígenes, fueron englobados bajo el título de *comunitarios*.

Se desarrollará el concepto de “comunitario”, según Sara Ardila (2012). Una primera acepción de los servicios de Salud Mental Comunitaria es que se encuentran distribuidos en los diversos territorios, a fin de facilitar el acceso de las personas. Comunitario significa entonces **cerca de la gente**.

Por otro lado, el hecho de plantearse la atención de las personas en la comunidad y, más allá de esto, la vida en la comunidad, puso de manifiesto un aspecto característico de la institución psiquiátrica, pero en términos generales de toda institución total, y es la homologación en la atención, no sólo entre las personas, sino en el caso de una misma persona (por ejemplo, una historia clínica sin modificaciones o revisiones en el tratamiento, por décadas). La salida de la institución hizo que la diversidad y heterogeneidad de diagnósticos, niveles funcionales, sintomatologías, sistemas de apoyo disponibles y necesidades de tratamiento fuesen difíciles de ignorar. Comunitario significa entonces **sensible y responsivo frente a las particularidades**.

A su vez, la vida en comunidad de las personas con padecimientos mentales visibilizó una serie de necesidades que, o bien eran resueltas de algún modo en la institución psiquiátrica (por ejemplo, alojamiento o comida) o bien surgían en el momento de volver a habitar la vida cotidiana (por ejemplo, transporte). Esta situación llevó a que los servicios debiesen desarrollar estrategias para poder atender dichas necesidades, ya fuese en su interior o, preferentemente, estableciendo vínculos con otros servicios y sectores. Comunitario significa entonces **orientado a la vida cotidiana**.

Asimismo, esta circulación en la vida cotidiana cuestionó algunas de sus limitaciones, derivadas del hecho de portar la identidad de “paciente psiquiátrico” y “enfermo mental”, con las consecuencias jurídicas que ello acarrea. Pasar a vivir en la comunidad implicaba una serie de interrogantes y cuestionamientos frente a la limitación en el ejercicio de derechos, por lo cual traía presente la cuestión de la ciudadanía, la autonomía y la autodeterminación y, de modo simultáneo, el necesario interjuego que ello produce entre derechos y responsabilidades. Comunitario significa entonces **con énfasis en los derechos**.

## Modelo de salud mental comunitaria

Como se puede ver, el modelo de salud mental comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenamiento de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el “enfermo” como eje individual de patología, para

proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen al padecimiento y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Conlleva la priorización de los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente crónico, sin descuidar por ello al resto de poblaciones que no presentan padecimientos mentales diagnosticados, pero que pueden requerir apoyos para atender necesidades específicas para su bienestar psicosocial. Se incluye la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación (DNSMyA, 2018b).

**Se podría decir que la forma en que una sociedad afronta los padecimientos mentales define sus valores cívicos. Y la forma de atender a la población vulnerable es un indicador que mide la equidad de los sistemas sanitarios, según se desarrollará en mayor profundidad en el Capítulo 3.**



Estos son algunos de los principios fundamentales que han inspirado la atención comunitaria desde sus orígenes y que fueron configurando el modelo de atención comunitario: una estrategia que supone una nueva forma de organizar los servicios, un modelo asistencial y un nuevo paradigma teórico que promueve una clínica integradora, pública, donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico.

## **Servicios de salud mental comunitaria. Comunidad. Territorio. Redes**

En un sentido amplio, “comunidad” se refiere a un grupo de personas cuyos miembros tienen algunas características en común, tales como la ubicación geográfica o el lugar de nacimiento, el idioma, intereses, creencias, valores, afiliación política, identidad cultural o étnica, la historia, el territorio, sentidos de pertenencia, entre otros; y además puede variar de tamaño, referirse a un grupo muy pequeño, como la familia nuclear, o a uno extremadamente grande, como los habitantes de un continente entero. Más precisamente, las comunidades son sistemas humanos que se caracterizan por la interrelación y las interacciones de sus miembros en un determinado contexto (OIM, 2019a).

Las comunidades, ya sean migrantes o que comparten algún objetivo en común, son fundamentales en la prevención de la salud mental. Los lazos afectivos, el compartir la información y el cuidarse mutuamente genera defensas y mecanismos de resiliencia que acompañan a las personas migrantes en el devenir de su migración. Como tal, la comunidad es una amalgama de grupos de:

- › Individuos
- › Familia nuclear y extendida
- › Tribus y/o clanes
- › Partidos políticos
- › Congregaciones
- › Asociaciones
- › Grupos artísticos
- › Equipos deportivos
- › Grupos de interés (como aquellos que comparten un gusto musical o el mismo equipo de fútbol o los grupos de fans)
- › Muchos otros

Las interrelaciones e interacciones entre estos grupos están también conformadas por elementos más antiguos y abstractos, tales como:

- › Culturas
- › Sistemas de creencias
- › Epistemologías
- › Ideologías
- › Historias y percepciones biográficas
- › Intereses sociopolíticos
- › Visiones de futuro
- › Discursos y narrativas sociales
- › Identidades

Finalmente, las comunidades incluyen instituciones tales como escuelas, centros de salud, instituciones religiosas, políticas y organizaciones civiles.

Las comunidades son dinámicas y cambiantes, no solo en términos de sus miembros actuales, sino en función de sus características y preocupaciones. Las comunidades, como todos los sistemas, necesitan de cierto grado de estabilidad y cierto grado de cambio para poder sobrevivir y prosperar. Si hay demasiada estabilidad, el sistema se estanca; si hay demasiado cambio, entra en caos.

**Las comunidades siempre necesitan mantenerse en contacto con sus raíces y tradiciones, así como también necesitan adaptarse a nuevas circunstancias y desafíos, especialmente cuando se encuentran en momentos de adversidad.**

Las interacciones entre individuos, entre los sistemas humanos resultantes, y entre estos sistemas y otros elementos más trascendentes como la cultura, las creencias y los sistemas epistemológicos, crean un sentimiento de pertenencia y seguridad que es central a la hora de definir la identidad. La identidad tiene sus bases en el sentido de pertenencia a una comunidad y en el bienestar psicosocial. Asimismo, en el último apartado de este capítulo se retomará el hecho de que la subjetividad está atravesada por la cultura y por los vínculos con los otros representativos. De aquí que el concepto de bienestar psicosocial sea clave a la hora de pensar la salud mental. En el **Capítulo 4** se retomarán estos conceptos en relación con la situación específica de personas migrantes y refugiadas.



## La dinámica del poder en las comunidades

**Las relaciones jerárquicas y no jerárquicas entre individuos, grupos y sistemas caracterizan a cada comunidad. El poder es un elemento importante que debe ser considerado cuando nos relacionamos con una comunidad, especialmente luego de desastres y en referencia a situaciones de migración (OIM, 2019d).**

Uno de los componentes de la propuesta de provisión de la atención ha sido la de los servicios de Salud Mental Comunitaria. Ahora bien, ¿qué son los servicios de Salud Mental Comunitaria y cuáles son sus fundamentos?

**Se entiende que la atención comunitaria da un vuelco a la razón de los alienistas y considera la comunidad como el espacio propicio para la rehabilitación de las personas,**

**mientras el manicomio perpetúa y agrava con la cronicidad institucional la patología de los pacientes mentales.**

Es muy común observar “ausencia de la comunidad” en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista “comunidad”, entendida como un territorio, con su población, recursos y demandas, **es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. Es preciso que la comunidad se convierta en un sujeto sociológico que gestiona o participa activamente en la administración de las necesidades colectivas, atento a la potenciación de su capacidad, de su empoderamiento.** Esto necesariamente viene de la mano de los movimientos de usuarios y familiares, verdaderos protagonistas en todo este proceso (Desviat, 2007).

Es importante para el bienestar psicosocial de la población migrante mantener vínculos con sus propias comunidades que ya se han insertado en la sociedad de acogida. De esta manera, se arman redes de contención y apoyo de las mismas comunidades. La salud mental de las personas se beneficia del amplio intercambio comunicacional y social.

Así, el desarrollo de un modelo comunitario de atención conlleva la implementación de una red de salud mental con base en la comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red:

- › equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención;
- › servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24hs, interconsulta e internación);
- › centros de día comunitarios;
- › hospitales de día y de noche;
- › diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral;
- › diferentes dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos;
- › dispositivos de arte y salud mental;
- › asociaciones de vecinos u ONGs, escuelas, iglesias, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados, integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, tienen un rol central. Por ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: trabajadores de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando necesariamente una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la red de salud mental integrada y basada en la comunidad. Este último es tal vez el punto más importante para poder profundizar los cambios que se vienen llevando adelante en la República Argentina en cuanto a la creación de nuevos servicios y a la readecuación de los que ya existen, y sin embargo es aún una deuda pendiente.

La implementación de la red tiene como objetivo fundamental brindar respuestas de salud a los usuarios y a sus referentes vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes y no es en ningún caso complementaria de ellas. Apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, atendiendo a que toda persona es sujeto de derechos y valorando la diversidad.

## 5. “NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL”

Retomando lo desarrollado hasta aquí, se puede resumir, al decir de la OMS (2018):

- » La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- » La salud mental es parte integral de la salud, tanto es así que no hay salud sin salud mental.
- » La salud mental está determinada por múltiples factores psicológicos, socioeconómicos, biológicos y medioambientales.
- » Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, asistencia, protección y restablecimiento de la salud mental.
- » El bienestar psicosocial de las personas migrantes está determinado por diferentes factores, entre los que entran en juego las redes familiares que han quedado en el país de origen, las expectativas al arribar a la sociedad de acogida, el trato que reciban por parte de la comunidad, entre otras cuestiones.

### Determinantes de la salud mental. Salud mental y apoyo psicosocial como conceptos complementarios

Como se ha desarrollado, los determinantes de la salud mental y de los padecimientos mentales incluyen no solo características individuales, tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (OMS, 2013).

Entre los factores de riesgo asociados a sufrir padecimientos mentales se encuentra, por ejemplo, la exposición a las adversidades en edades tempranas de la vida. Asimismo, en cada comunidad es posible detectar grupos en situación de vulnerabilidad que pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental. Estos grupos están generalmente conformados por personas que no encuentran en sus pares y en la sociedad representaciones comunes o grupos de pertenencia y que muchas veces encuentran grandes barreras en el acceso a los sistemas de salud y vulneración de sus derechos.

Entre estos grupos se suelen encontrar familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, niños, niñas y adolescentes expuestos al maltrato o al abandono, adolescentes expuestos al abuso de sustancias, grupos minoritarios, poblaciones originarias, personas refugiadas y migrantes, personas de edad avanzada, personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, homosexuales, bisexuales y transexuales, personas privadas de su libertad, o personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

Los padecimientos mentales se asocian asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación por género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los Derechos Humanos.

Por supuesto, también hay factores de la personalidad, singulares y específicos, que pueden hacer que una persona sea más vulnerable al sufrimiento psíquico y a no encontrar herramientas o recursos para poder sobrellevar su vida cotidiana. Estos no pueden soslayarse y son los que habitualmente llegan a las consultas, y pueden ser tratados por los equipos de salud ya desde el primer nivel de atención. En este sentido, es importante que la formación de las personas profesionales del primer nivel de atención se focalice en que la salud mental es parte fundamental de la salud. Muchas veces, bajo una problemática cardiológica, respiratoria u hormonal, subyacen problemáticas de alcoholismo, sedentarismo, consumo de tabaco, depresión o malestares difusos que a veces la persona pasa por alto pero que hacen a su bienestar psíquico y que pueden surgir en una entrevista cuando encuentran a una persona profesional abierta a preguntar por los sentimientos o sensaciones. Aún hoy, muchas veces las personas consultan por un fuerte desgano, que les impide levantarse de la cama, que las lleva a faltar al trabajo, a ausentarse de reuniones sociales, y recibe como toda respuesta un psicofármaco (benzodiacepinas, generalmente) que no resuelve el problema de fondo.

Por último, los padecimientos mentales también pueden tener causas de carácter biológico que pueden depender, en parte, de factores genéticos, de desequilibrios bioquímicos cerebrales o de desequilibrios orgánicos (metabólicos, hormonales, entre otros) que siempre hay que atender y gestionar.

Es importante recalcar que una buena asistencia de los padecimientos mentales no puede nunca soslayar esta multideterminación. Sería un error abordar las problemáticas enfocándose de manera exclusiva en una sola de estas determinaciones, ya que el ser humano como sujeto integral, y su modo de vivir y padecer, es efecto de las interacciones entre todas ellas. De aquí que cualquier consulta que resuelva, por ejemplo, una depresión solo por la vía de la medicación resulta inapropiada e incompleta.

**Vale la pena detenerse en el concepto de “apoyo psicosocial”, muy utilizado a la hora de referirse a la salud mental, pues son términos que van de la mano. En el lenguaje de la vida cotidiana, suele entenderse que el apoyo psicosocial está asociado exclusivamente a las actividades preventivas, educativas, protectivas y recreacionales en entornos no especializados, mientras que el término “salud mental” suele reservarse para la atención clínica que se ofrece desde el sector salud. Es importante saber que esta diferenciación suele hacerse de manera cotidiana. Sin embargo, es una distinción errónea, contraria a los principios de trabajo que este manual propone. Apoyo psicosocial y salud mental son parte de un continuum y la salud mental no puede nunca pensarse ni limitarse exclusivamente a intervenciones clínicas (OIM, 2019d), así como tampoco puede pensarse que es un campo cuyo único responsable es el sector salud, sino que se requiere de múltiples sectores para un abordaje integral, como se verá a continuación.**

En las acciones humanitarias, el término “salud mental y apoyo psicosocial” se ha utilizado desde 2007 para definir “cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga el objetivo de proteger o promover el bienestar psicosocial y/o promover y tratar los padecimientos mentales” (IASC, 2007).

## Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental consiste en desarrollar acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables (OMS, 2018).

Generar ambientes en los que predomine el respeto y en los que se tengan en cuenta estrategias de protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

## Promoción de la salud mental e intersectorialidad

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente del aspecto singular o subjetivo de los padecimientos mentales, sino reconocer y abordar la salud mental desde una perspectiva más amplia, incorporando la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores públicos y privados. Por lo tanto, la salud mental no puede ser considerada y planificada únicamente desde el sector salud, es esencial la participación activa y conjunta con otros sectores: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente y desarrollo social.

Es decir que la promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales y de la posibilidad de fomentar y desarrollar la participación comunitaria.

La intersectorialidad designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúan, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social (DNSMyA, 2019b).

## Promoción de la salud mental y participación comunitaria

Uno de los grandes ejes de la promoción de la salud mental es la participación de la comunidad.

La participación comunitaria ha tomado un lugar central en las políticas públicas desde Alma Ata (1978), en la que se la definió como el proceso en virtud del cual individuos y sus familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes.

Alma Ata se centra en la atención en la comunidad, y su participación es una estrategia central para lograr el acceso universal a la Atención Primaria de la Salud.

Las intervenciones comunitarias que se orienten por la estrategia de Promoción de la Salud Mental Comunitaria tienen como objetivo específico y fundamental generar una participación activa de la comunidad, entendiendo que **una comunidad que participa activamente de los procesos colectivos de salud-enfermedad-atención-cuidados es una comunidad más saludable** (Bang, 2010).

Desde esta perspectiva, la participación en sí es un factor protector de la salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva (Bang, 2010).

Según la OMS (1986) la participación social se realizaría a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud.

**Asumir un enfoque comunitario en salud mental supone considerar que las acciones participativas e intersectoriales constituyen un recurso fundamental para la solución de los problemas de salud mental y para el apoyo psicosocial de la comunidad.**

En este sentido, la comunidad pasa a ser parte activa en el diseño y elaboración de las políticas públicas de salud a través del trabajo en conjunto con los gobiernos locales.

¿Para qué deben participar las comunidades?

- » Es un requisito esencial para el ejercicio de la ciudadanía y la democratización.
- » Permite una mejor planificación y una mayor aceptación de las propuestas diseñadas y decididas desde el nivel central y desde una perspectiva tecnocrática que poco conoce de los intereses y de las necesidades de la comunidad.
- » Permite evaluar los servicios locales.

## Participación y empoderamiento comunitario

Profundizando un poco más la definición, se puede pensar que la participación es genuina cuando la comunidad participa de la toma de decisiones, incrementando el acceso al poder decisorio de los y las ciudadanas, lo cual produce un verdadero empoderamiento de la comunidad. La participación comunitaria bien establecida es un derecho que facilita el ejercicio pleno de la ciudadanía.

Una dificultad o reto para la participación de las poblaciones migrantes en sus comunidades de acogida es que se tienen que incorporar a una nueva comunidad. Es menester demostrar a la sociedad que son personas que migraron para tener mejores condiciones de vida. Se puede decir que hay ciertos colectivos que por compartir la lengua y por organizarse fuertemente una vez que han arribado al país de destino, pueden presentar una mayor adaptabilidad a las sociedades de acogida. Sin embargo, es de destacar que la subjetividad, trayectoria, historia de vida, redes y recursos propios de cada individuo hacen que no se puedan generalizar esta clase de afirmaciones.

## Limitaciones de la participación

Por supuesto que la participación tiene sus limitaciones. Las divisiones sociales, económicas y políticas limitan la capacidad de lograr la cohesión social necesaria para alcanzar una participación que represente de manera ampliada los intereses comunes. Mucho más cuando se trata de pensar las minorías nacionales, étnicas o de género. No siempre existe una predisposición positiva hacia las personas migrantes. Aun con políticas, concientización y comunicación bien direccionada, se dan situaciones de discriminación y exclusión. La discriminación es infundada y parte de prejuicios de las sociedades acerca de las nacionalidades de quienes migran y de la otredad en sí misma. Por esta razón puede inferirse que la exclusión y la discriminación se ejercen, en parte, por miedo a lo diferente.



Dicho esto, es preciso señalar que éstas no ocurren únicamente por las diferencias que caracterizan a determinadas poblaciones, ni por sus condiciones físicas, sociales o culturales. Se trata más bien de una construcción social que se basa en prejuicios e ideas de una cultura dominante donde se jerarquizan e inferiorizan ciertas poblaciones o grupos sociales (OIM, 2020f). Cabe destacar además que prejuicios y discriminaciones se nutren entre sí, utilizando la permanente diferenciación del Otro para desplegarse (Segato, 2006). De este modo, estereotipos, prejuicios y discriminación reproducen y alimentan las desigualdades que afectan la existencia de diferentes grupos poblacionales. La distinción de las personas y de los grupos sociales opera según una supuesta 'naturalización' de criterios dominantes, que refleja un posicionamiento jerarquizado y estratificado entre grupos sociales. Así, un grupo social se asume con más legitimidad o poder que el resto, produciendo con ello desigualdades, que se expresan en la inferiorización de otros grupos sociales (OIM, 2020f).

Uno de los mayores desafíos actuales en la concepción de la movilidad humana es luchar contra la imagen negativa que se presenta de las personas migrantes en algunos medios de comunicación y otras instancias. Existen diversas expresiones que fomentan la intolerancia, la discriminación, el racismo y la xenofobia hacia quienes buscan nuevas oportunidades fuera de su país de origen. Además, con el surgimiento de la pandemia por COVID-19 se observa un aumento de la estigmatización y de la discriminación hacia las personas migrantes, lo que perjudica no solo a estos colectivos sino también a las sociedades de acogida. El estigma puede llevar a las personas a ocultar una enfermedad, a prescindir de una atención médica oportuna ante algún malestar que apareciera en su estado de salud y por supuesto al impacto que esto puede generar en la salud mental. Asimismo, esto perjudica el aporte laboral y cultural de las comunidades migrantes, afectando los potenciales beneficios para las comunidades de acogida.

Es preciso recordar y destacar las contribuciones directas e indirectas a las comunidades de acogida, las cuales muchas veces no son debidamente valoradas o son simplemente ignoradas. Así, en el contexto de la pandemia, las personas migrantes juegan un rol esencial. En América del Sur, por ejemplo, es evidente la contribución positiva que realizan las personas migrantes a los sistemas de salud de los países de la región en la lucha contra el Coronavirus (OIM, 2019c, 2020g).

## Ejemplos de prácticas en promoción de la salud mental comunitaria

Entre otras formas concretas de fomentar la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (2018) recomienda:

- » las intervenciones en la infancia precoz (la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño o niña, le proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo);
- » el apoyo a los niños, niñas y adolescentes (programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil, como programas de inclusión de niños y niñas con discapacidad en la escuela común);
- » la independencia socioeconómica de la mujer (mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);



- » el apoyo social a las poblaciones geriátricas (iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- » los programas dirigidos a grupos en situación de vulnerabilidad y, en particular, a las minorías, los pueblos originarios, personas refugiadas, migrantes y/o afectadas por conflictos y desastres naturales (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres), como se desarrollará en el [Capítulo 4](#);
- » las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños y niñas);
- » las intervenciones de salud mental en el trabajo (programas de prevención del estrés);
- » las políticas de vivienda (mejora de las viviendas, acceso a agua potable, pavimentación de calles);
- » los programas de prevención de la violencia (reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- » los programas de desarrollo comunitario (iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- » la reducción de la pobreza y la protección social para las personas en situación de pobreza;
- » legislación y campañas contra la discriminación;
- » promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Precisamente, cuando no se tienen en cuenta la mayoría de estos factores, es posible que surjan en las personas deseos de migrar en búsqueda de nuevas oportunidades. Es entonces que emprenden su proyecto migratorio y para algunas de ellas puede comenzar un proceso en el que requieran de apoyo psicosocial para adaptarse, si bien esto no puede generalizarse. Este apoyo podría ser generar el vínculo con las personas que forman parte de la sociedad de acogida y garantizar los derechos humanos para vivir y desarrollarse satisfactoriamente.

## 6. LA SUBJETIVIDAD COMO CULTURA SINGULARIZADA

### Subjetividad y lazo social. La categoría de sufrimiento psíquico

Sigmund Freud da comienzo a su obra “El malestar en la cultura” (2009) enumerando las tres fuentes del sufrimiento del ser humano.

En primer lugar, describe el enorme poder de la naturaleza, frente a la cual muchas veces no hay defensas. Se refiere, por ejemplo, a las catástrofes naturales, que pueden arrasarse con la vida y ponen en primer plano la fragilidad de la especie humana. En segundo lugar, hace referencia a la caducidad del cuerpo. Apunta, en pocas palabras, a la enfermedad y a la muerte, a sus representaciones sociales y a las crisis vitales en torno a éstas. En este punto se podría ubicar desde el vínculo subjetivo, singular, de cada uno con su propio cuerpo hasta el modo en que una sociedad o un sujeto vivencia la llegada a la vejez, o la muerte prematura de alguien joven, por dar algunos ejemplos ilustrativos. En último lugar, ubica la dificultad en las relaciones sociales. Dirá que esta última es la fuente de mayor sufrimiento humano y aclara que, aunque depara un gran malestar, el lazo con el otro es buscado y sostenido por todas las personas, ya que el ser humano es el único ser de la naturaleza que demora años en valerse por sí mismo y no puede sobrevivir sin la ayuda y el sostén de otros.

Resulta pertinente abrir este apartado con la obra de Freud, pues comprender que la subjetividad se constituye en el lazo con otra persona y está siempre atravesada por estos lazos (o por la falta de lazos) permite dimensionar el fuerte componente psicosocial y afectivo del padecimiento mental.

Se retomarán aquí los desarrollos conceptuales de Ana Ausburger en torno a la categoría de “sufrimiento psíquico” (2002), que ponen de manifiesto el problema de la clasificación de los padecimientos mentales, temática que hasta aquí no se había desarrollado.

Se comprende que las categorías con las que se construyen y analizan los objetos de las ciencias son construcciones parciales que siempre están atravesadas por teorías, hipótesis, preconcepciones y relaciones de poder.

Las categorías son componentes imprescindibles de la investigación epidemiológica. Sin categorías no sería posible hacer registros sistemáticos, analizar, interpretar y comparar datos dentro de un país, en diferentes regiones o incluso en distintos momentos históricos. En otro nivel, lo mismo ocurre con las representaciones sociales, según se verá en el **Capítulo 3**.

El problema de las categorías en salud mental es que suelen organizarse sobre una descripción taxonómica de las enfermedades mentales, con base en la nosografía psiquiátrica (Ausburger, 2002). Esto pone de manifiesto que hace falta construir categorías que describan adecuadamente los problemas actuales en salud mental, sin considerarlos necesariamente en términos de patologías.

Hasta ahora se ha desarrollado a lo largo de este capítulo que los padecimientos mentales no son entidades estancas que configuran diagnósticos fijos, sino que muchas veces ocurren frente a transformaciones y crisis de la vida en sociedad. Dichas crisis pueden tener que ver con momentos vitales de las personas, con situaciones vinculares, laborales, escolares o sociales, económicas y políticas, o bien con razones externas a ellas, como ocurre en procesos migratorios, catástrofes o en situaciones extremas. En el **Capítulo 4** se abordará cómo las crisis globales, las guerras, las hambrunas y las

3

4

violaciones a los derechos humanos de las personas generan sufrimiento psíquico. Se hará referencia puntual a lo que ocurre en el caso de personas migrantes y refugiadas sabiendo que la experiencia migratoria puede ser compleja y estresante, en relación con lo que pueda ocurrir antes de partir, durante el viaje, y luego de la llegada al país de acogida.

Por lo pronto, es importante detenerse a reflexionar en que pensar exclusivamente en términos de patologías médicas las respuestas de un ser humano a las crisis implica **patologizar una respuesta esperable** frente a una situación de dolor, malestar o angustia.

En este sentido, para pensar las problemáticas de salud mental se puede retomar la distinción que Giovanni Berlinguer (1994) hace entre el término del inglés *illness*, que refiere a la vivencia subjetiva de la enfermedad, y *disease*, que refiere a la conceptualización médica del padecimiento.

Según Ausburger (2002), la distinción entre sufrimiento y patología permite, desde la epidemiología:

- » otorgarle visibilidad y reconocimiento a situaciones de salud mental que permanecen opacadas;
- » evitar considerar en términos de patologías los conflictos que devienen de la vida cotidiana y de las relaciones sociales;
- » incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento, que puede o no estar acompañada de signos o síntomas discernibles por otros.

Pero, además, se torna imprescindible reflexionar también sobre el discurso de la época, entendiendo el enorme efecto que tiene sobre la subjetividad y el cuerpo de los sujetos sociales. Desde comienzos del siglo **XXI** el discurso imperante, cuyo espacio de poder más visible se da en internet y las redes sociales, pareciera fomentar el ideal de que es posible habitar un cuerpo sin dolor, sin padecimientos y sin marcas. Se trata de un discurso que uniforma y niega o expulsa aquello que pone en cuestión este ideal.

Una de las formas de negación del sufrimiento subjetivo se ejerce en la medicalización de la vida cotidiana y en la patologización del sufrimiento psíquico. De aquí la importancia de poder reflexionar cómo estar en la cultura implica siempre un malestar y cómo el malestar puede devenir o no en una patología. Poder abordar el caso por caso, teniendo en cuenta siempre cómo se entrelazan las variables biopsicosociales en la persona, dentro de su comunidad y en determinado contexto, es imprescindible a la hora de pensar los padecimientos mentales.

La categoría de sufrimiento psíquico, diferenciada de la patología, hace visibles las relaciones con las condiciones de vida y las vicisitudes de la vida cotidiana de las personas. Incorpora la dimensión subjetiva del sufriente e incluye también las dimensiones sociales, culturales e institucionales del malestar<sup>10</sup>.

Como conclusión, es esperable que la comunidad científica, los organismos de derechos humanos, las fundaciones que trabajan con migrantes y todos aquellos actores involucrados en la temática puedan trabajar mancomunadamente para que las

---

10. En el presente manual se han utilizado padecimiento mental y sufrimiento psíquico como sinónimos. Podrían puntualizarse diferencias entre ambos conceptos pero, a fines de la extensión, se ha hecho hincapié en que ambos conceptos se ubican en la vereda de enfrente de categorías como trastorno y enfermedad, visibilizando la dimensión subjetiva y social de las personas.

personas migrantes accedan a información confiable y necesaria a fin de que conozcan sus derechos, deberes y obligaciones en la sociedad acogida. En el proceso de integración de las personas migrantes es fundamental que haya y circule información clara sobre, entre otros temas, los derechos de las personas migrantes, los recursos disponibles a nivel nacional para la atención de la salud o para el acompañamiento en la escolarización de menores, así como fortalecer redes y garantizar el acceso a derechos de la colectividad LGBTQ+ contribuiría a prevenir algunos trastornos en salud mental y fortalecería el bienestar psicosocial de las personas migrantes.

## Actividades del módulo 1

### ACTIVIDAD N° 1

**Objetivo:** Comprender las diferentes concepciones sobre los padecimientos mentales en función de las épocas y los lugares.

**Consigna:** Lea el siguiente párrafo que describe, según Benedetto Saraceno, al hospital psiquiátrico.

*Si comparamos una sala de emergencias de un país rico con una de un país pobre, nos percataremos de inmediato de las enormes diferencias que existen entre ambos países; pero si comparamos un manicomio europeo con uno centroamericano, encontraremos muchos menos indicios de las diferencias. Es cierto que notaremos algunas diferencias macroscópicas que pondrán en evidencia que el ingreso per cápita de Europa Occidental es muchas veces mayor que el centroamericano, pero sobre todo veremos constantes comunes a ambos lugares: paseantes ausentes y abandonados que recorren incansablemente los pasillos del hospital; fumadores obstinados que cada vez que aspiran una bocanada de humo parecen querer consumir el cigarro entero de un solo golpe (y que luego nos pedirán otro cigarro); consultorios helados, húmedos y malolientes; pacientes atados a las camas o aislados en cuartuchos vacíos; salas de estar llenas de humo y cruzadas por fantasmas que no se comunican entre sí; cafeterías escuálidas donde se apiñan consumidores de café, etcétera. Veremos un trazo muy similar, como lo que nos sucede cuando entramos a los hoteles de las cadenas internacionales: que son idénticos en todos lados (es decir, variables independientes) reunidos en una instalación que prescinde de la cultura local, de la historia del país y su población. Esta instalación “superior” es el manicomio. El asunto, sin embargo, no es escandalizarse ni atribuir una improbable malevolencia a quienes concibieron y practicaron, conciben y practican, el orden manicomial. Esta maquinaria simplemente tiene la función de ordenar el desorden de los locos, pero también el de los vagabundos, de los presos. Este orden se legitima y se autorreproduce: la psiquiatría institucional es este orden, esta legitimación y esta reproducción. La institución manicomial no es más que el espacio, el tiempo, el conjunto de normas y ritos que contienen naturalmente este orden. Del texto “La liberación de los pacientes psiquiátricos”, de Benedetto Saraceno. Editorial Pax, México, 2003: p. 33.*

A partir de la lectura del párrafo y del material de consulta del módulo, ubique a lo largo de la historia al menos dos definiciones sobre la locura o padecimiento mental y relacione qué instituciones se ocuparon de ella y de qué manera.

### ACTIVIDAD N° 2

**Objetivo:** Profundizar el conocimiento sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

**Consigna:** Lea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657<sup>11</sup> y su reglamentación. Luego determine si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas y justifique su respuesta citando algún/os artículo/s que fundamente/n su respuesta<sup>12</sup>.

11. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

12. Las respuestas se encuentran en el final del capítulo.

- » **2.1** Una persona internada por propia voluntad puede decidir abandonar la internación en cualquier momento.
- » **2.2** Solamente se debe informar al juez y al Órgano de Revisión las internaciones involuntarias.
- » **2.3** Una de las funciones más importantes del Órgano de Revisión es el control periódico de las internaciones voluntarias e involuntarias.
- » **2.4** La existencia de un diagnóstico grave autoriza a presumir riesgo de daño y por lo tanto a indicar una internación involuntaria.
- » **2.5** Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales a excepción de las problemáticas de adicciones, que pueden demandar internación en comunidades terapéuticas.
- » **2.6** Los integrantes del equipo de salud son responsables de informar al Órgano de Revisión y al juez competente sobre cualquier sospecha de trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento.
- » **2.7** Las políticas de reducción de daños, en lo que respecta al tratamiento de las adicciones, no están incluidas en la presente ley ni en su reglamentación.
- » **2.8** El único que puede determinar una internación involuntaria de una persona con padecimiento mental es el juez.
- » **2.9** Un juez puede denegar una internación involuntaria de una persona si considera que la medida es inapropiada y, en esos casos, debe garantizar la externación inmediata del mismo.
- » **2.10** La atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- » **2.11** Cualquier familiar directo de una persona con padecimiento mental que se encuentra en tratamiento tiene derecho a solicitar la historia clínica del paciente.
- » **2.12** La ley promueve políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.
- » **2.13** Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

- » **2.14** El riesgo cierto e inminente es el único criterio que habilita una internación involuntaria y deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario.
- » **2.15** El Órgano de Revisión es el encargado de controlar el cumplimiento de la ley, en particular en lo que respecta al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.
- » **2.16** La ley supone la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes por dispositivos comunitarios para el 2020.

---

### ACTIVIDAD N° 3

**Objetivo:** Identificar la importancia de la comunidad y de los vínculos sociales en la atención de los padecimientos mentales.

**Consigna:** Para llevar adelante esta actividad, se propone mirar la película “Elling mi amigo y yo<sup>13</sup>” (Noruega, 2001), del director Petter Naes, y analizar:

- » dispositivos con los que cuentan los protagonistas para su externación,
- » lazos sociales disponibles y construidos a partir de la externación,
- » vínculo con la comunidad,
- » salud mental y trabajo.

Para eso, utilice las siguientes preguntas como disparadoras:

Según se desprende de la película, ¿existe una red de apoyo con la que cuentan los protagonistas al momento de la externación? ¿Cómo está constituida? ¿Qué pasa con esta red a lo largo del tiempo?

¿Cómo se teje el lazo con la comunidad? ¿Qué actividades cotidianas favorecen la re-inserción en la comunidad? ¿Cómo diría que los personajes resuelven los conflictos que van surgiendo en la convivencia? ¿Podría cada uno de ellos valerse sin la ayuda del otro?

¿Cómo desarrollan los personajes su identidad? ¿La identidad está asociada a las tareas que llevan adelante?

---

13. Se puede ver en: [www.youtube.com/watch?v=YTQUGBghV3U](http://www.youtube.com/watch?v=YTQUGBghV3U) (consultado el 10 de agosto de 2021).



## ACTIVIDAD N° 4

**Objetivo:** Reflexionar sobre la implementación o mejora de la interdisciplinariedad e intersectorialidad de las intervenciones

**Consigna:** A partir de las siguientes preguntas, reflexione respecto de las posibilidades de un trabajo interdisciplinario e intersectorial en su ámbito laboral.

¿Tiene contacto con otras disciplinas? ¿Cuáles son?

¿Se contemplan reuniones periódicas en las que pueda intercambiar información sobre su práctica con personas con padecimientos mentales?

En la institución en la que trabaja, ¿se puede ejercer la conducción/coordinación desde cualquiera de las disciplinas? ¿Existe igualdad jerárquica entre las personas integrantes del equipo?

¿Existe en su trabajo un protocolo o recursoro (aunque sea informal) de instituciones con las que pueda contar a la hora de requerir apoyo o derivación de la persona?

En caso de respuesta afirmativa: ¿podría compartir el listado? ¿Todos en su institución conocen esta información?

En caso de respuesta negativa: elabore un listado. Intente poner allí la mayor cantidad de datos sobre la institución, el nombre de la persona a contactar, la dirección y el horario. Intente hacer circular esta información entre pares para completarla.

## RESPUESTAS

### ACTIVIDAD N° 2: Sobre la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación

- 2.1 Verdadero, Artículo 18, Ley.
- 2.2 Falso, Artículo 18, Ley.
- 2.3 Verdadero, Artículo 7 h, Ley.
- 2.4 Falso, Artículo 5, Ley y Artículo 20, Reglamentación.
- 2.5 Falso, Artículo 28, Ley.
- 2.6 Verdadero, Artículo 29, Ley.
- 2.7 Falso, Artículos 4 y 11, Reglamentación.
- 2.8 Falso, Artículos 20 y 21, Ley.
- 2.9 Verdadero, Artículo 21 c, Ley.
- 2.10 Verdadero, Artículos 8 y 9, Ley.
- 2.11 Falso, Artículo 71, Reglamentación.
- 2.12 Verdadero, Artículo 9, Reglamentación.
- 2.13 Verdadero, Artículo 9, Reglamentación.
- 2.14 Verdadero, Artículo 20, Reglamentación.
- 2.15 Verdadero, Artículo 40, Ley.
- 2.16 Verdadero, Artículo 27, Reglamentación.

# 2

**Migración, asilo, integración:  
contexto internacional y  
particularidades desde el ámbito  
regional y argentino**



### En el siguiente capítulo se propone:

- » Conocer la complejidad y multidimensionalidad del proceso migratorio a partir de información actualizada.
- » Introducir aspectos cuantitativos contemporáneos sobre migraciones y asilo en el plano internacional: demografía, dinámicas poblacionales y tendencias.
- » Presentar particularidades sobre migración, asilo e integración en el contexto regional y argentino.
- » Identificar las corrientes migratorias principales en la República Argentina y sus dinámicas.
- » Conocer la normativa nacional sobre migraciones y asilo; sus efectos sobre el acceso a derechos y la integración de las personas migrantes.
- » Introducir algunos modos de nombrar, definiciones, caracterizaciones y representaciones acerca de personas migrantes y refugiadas desde distintas perspectivas.



## A modo de reflexión inicial

Antes de comenzar el capítulo, se proponen algunos disparadores a fin de reflexionar acerca de lo que se conoce y desconoce de las poblaciones migrantes y refugiadas.

- » ¿Qué se sabe sobre las personas migrantes y refugiadas en el mundo? ¿Qué particularidades tienen las personas migrantes y refugiadas que residen en la República Argentina?
- » ¿Las migraciones y los desplazamientos forzados constituyen una novedad o son procesos históricos?
- » ¿Qué porcentaje de la población mundial nació en un país distinto del que reside?
- » ¿De dónde provienen y dónde residen quienes se desplazan? ¿Las personas de todos los géneros migran por igual? ¿Las personas suelen migrar solas o en grupos familiares?
- » ¿Qué se sabe respecto a otros países y/o sociedades de origen, idioma, cultura, religión y modos de concebir y atender su salud?
- » ¿Se conocen las diferencias situacionales de personas migrantes internas, inmigrantes, emigrantes, desplazadas internas, desplazadas forzosas, solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas?

# 1. PRIMEROS ACERCAMIENTOS A LOS FENÓMENOS DE MIGRACIÓN Y ASILO EN EL MUNDO

## ¿Qué se sabe y qué se desconoce sobre las poblaciones migrantes y refugiadas?

Generar y transmitir información confiable y realista que visibilice las múltiples dimensiones involucradas en la vida cotidiana de las personas migrantes y refugiadas contribuye a ampliar miradas y a favorecer la realización del proyecto migratorio en la comunidad de destino.

Suele ocurrir que las personas que interactúan con personas migrantes y refugiadas carecen de información respecto de los fenómenos migratorios y esto puede dificultar las posibilidades reales de inserción de dicha población. Asimismo, comprender las necesidades cubiertas, parcialmente cubiertas, o no cubiertas de este colectivo poblacional en las comunidades de destino puede facilitar la tarea de quienes trabajan colaborando con ellas.

En este sentido, el mayor desconocimiento de aquellas personas que se desempeñan en dispositivos de ayuda y centros de atención se asocia a construcciones estereotipadas de sentido o prejuicios que obstaculizan las posibilidades de encuentro y el establecimiento de vínculos de confianza (Finkelstein, 2017). El presente capítulo se propone brindar datos e información para comprender la realidad de las personas migrantes y refugiadas, a la vez que dimensionar cómo la conformación de estereotipos puede devenir en prejuicios que obstaculicen el acceso a derechos. Este tema será luego profundizado en el **Capítulo 3**, con relación al acceso a la salud y la salud mental.

Se propone entonces brindar información clara y concisa respecto de las migraciones y desplazamientos forzados como procesos históricos, determinados por ciertas particularidades que se intentarán reflejar en datos, definiciones y marcos contextuales.



## Migración y asilo en el mundo: aproximación a los números y a las palabras

Comprender el fenómeno migratorio internacional y la protección internacional de las personas refugiadas implica abordar, entre otras dimensiones, las cambiantes dinámicas migratorias y las formas de respuesta a las diversas necesidades de las personas y familias que migran en el mundo.

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) elabora estimaciones del número de migrantes internacionales en todo el planeta. Los párrafos siguientes se basan en estas estimaciones, para las cuales se utilizan datos proporcionados por los distintos Estados miembros.

La OIM usa para referirse a las personas migrantes un término general, no definido por el derecho internacional,

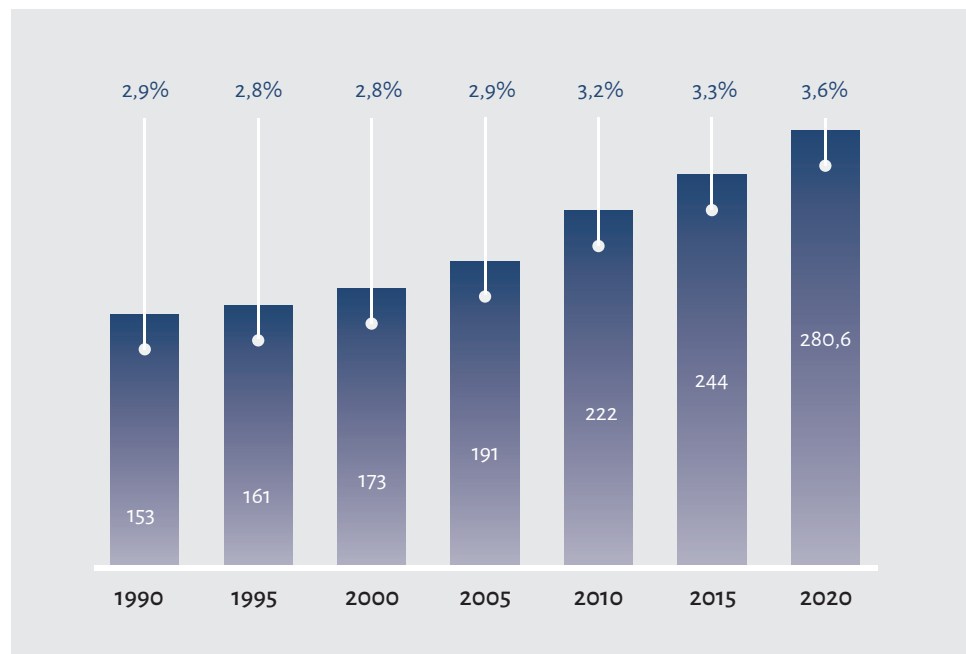
que refleja la comprensión común de una persona que se muda de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, temporal o permanentemente, y por una variedad de razones. El término incluye una serie de categorías legales bien definidas, como los trabajadores migrantes; personas cuyos tipos particulares de movimientos están legalmente definidos, como los migrantes de contrabando; así como aquellos cuyo estado o medios de movimiento no

están específicamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales<sup>14</sup> (OIM, 2019a: 30).

El término incluye a quienes tienen la intención de trasladarse de forma permanente o temporal, o se trasladan de forma regular o con la documentación requerida, y a quienes se encuentran en situación irregular (OIM, 2019a). Existen diferentes definiciones y caracterizaciones en torno al proceso migratorio, como será desarrollado más adelante.

**Se estima que el número de migrantes internacionales en el mundo documentado en 2020 es de 280,6 millones de personas, reflejando un aumento de 59,6 millones de personas desde 2010. En el año 2000 las personas migrantes internacionales representaban un 2,8% de la población mundial y actualmente esa proporción llega al 3,6%.**

**FIGURA 2. MIGRANTES INTERNACIONALES EN EL MUNDO**



FUENTE: EL GRÁFICO MUESTRA LA EVOLUCIÓN TOTAL Y PORCENTUAL DE MILLONES DE MIGRANTES INTERNACIONALES ENTRE 1990 Y 2020. ELABORACIÓN PROPIA CON BASE AL PORTAL DE DATOS MUNDIALES SOBRE LA MIGRACIÓN (OIM – GMDAC, 2021).

En cuanto a la edad, una de cada siete personas migrantes internacionales tiene menos de 20 años, lo cual equivale al 14% de la población migrante mundial. La región que cuenta con mayor proporción de jóvenes entre todas las personas migrantes internacionales es la de África subsahariana (27%), seguida de América Latina y el Caribe, África del Norte y Asia Occidental (con alrededor del 22% cada una). Por otro lado, tres de cada cuatro migrantes se encuentran en edad de trabajar (de 20 a 64 años). Esto equivale al 74% de la población migrante mundial. Más de las tres cuartas partes de migrantes internacionales se encuentran en Asia Oriental y Sudoriental, Europa y América del Norte.

Con respecto a los datos de género, las mujeres representaron un poco menos de la mitad de todas las personas migrantes en 2020. Hubo una leve disminución de la

14. A nivel internacional, no existe una definición universalmente aceptada para "migrante". La definición actual fue desarrollada por la OIM para sus propios fines y no pretende implicar o crear ninguna nueva categoría legal.

proporción de mujeres y niñas en el número global de migrantes internacionales: del 49% en 2000 al 48% en 2020. La proporción de mujeres migrantes fue más alta en América del Norte (52%) y Europa (51%), y más baja en África subsahariana (47%) y el norte de África y Asia occidental (36%).

En muchas partes del mundo, la migración se produce principalmente entre países de la misma región. Esta situación tiene lugar especialmente en África subsahariana (88,9%), Asia oriental y sudoriental (83,1%) **y en América Latina y el Caribe, donde el 72,5% de migrantes proviene de países de la misma región.** En contraste, la mayoría de las personas migrantes internacionales que viven en América del Norte, Oceanía y el norte de África y Asia occidental nacieron en una región distinta de la que residen. **Actualmente, dos tercios de la población migrante total vive en solo 20 países.**

Cada vez más migrantes internacionales del sur residen en el sur. Desde 2005, la migración sur-sur ha crecido más rápidamente que la migración sur-norte. Alrededor de dos quintos de las personas migrantes internacionales se mudó desde un país en desarrollo a otro. En 2019, el 39% de estas personas había nacido en algún país de las regiones menos desarrolladas y migraron hacia otro país en desarrollo, mientras que el 35% nació en el sur, pero reside en el norte.

La capacidad de las personas de ingresar a un país se encuentra en varios aspectos determinada por su nacionalidad, ya que el acceso a visados y las opciones de migrar de manera regular dependen de la denominada “lotería del nacimiento”. Esto también refleja la posición y las relaciones de un país y su grado de estabilidad, seguridad y prosperidad dentro de la comunidad internacional (OIM, 2018b).

Estos datos transmiten información sobre dos aspectos:

- » las diferencias significativas entre los países con un alto índice de desarrollo humano y el resto,
- » y una cuestión que reviste interés en la región del Cono Sur: la posibilidad de que países con un índice de desarrollo humano medio puedan ser importantes estados de origen, tránsito y destino de manera simultánea<sup>15</sup> (OIM, 2018b).

## Muertes y desapariciones de personas migrantes

Desde el año 2014 la OIM recopila información sobre migrantes que pierden la vida o desaparecen en las rutas migratorias, bajo el proyecto llamado “Migrantes Desaparecidos”<sup>16</sup>.

Según la información obtenida hasta julio de 2021, se registran los siguientes números totales de personas muertas o desaparecidas: 2.023 (2021), 3.894 (2020), 5.364 (2019), 4.951 (2018), 6.287 (2017), 8.074 (2016), 6.708 (2015) y 5.354 (2014). Resulta pertinente notar que en el año 2016 se registró un aumento en las muertes y desapariciones y que la gran mayoría de estas personas provenía de África.

---

15. Los países con altos índices de desarrollo permiten viajar a sus ciudadanos sin visa a un 85% de los países del mundo, además de constituirse como destinos importantes entre migrantes. Inversamente, a quienes provienen de países con medio o bajo desarrollo humano se les imponen más restricciones.

16. El proyecto *Migrantes Desaparecidos* rastrea incidentes que involucran a migrantes, incluidas personas refugiadas y solicitantes de asilo, que han muerto o desaparecido en el proceso de migración hacia un destino internacional. Información obtenida de la página web [www.missingmigrants.iom.int/](http://www.missingmigrants.iom.int/) (consultado el 29 de julio de 2021).

**FIGURA 3. NÚMEROS TOTALES DE PERSONAS MUERTAS O DESAPARECIDAS HASTA LA FECHA**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS OBTENIDOS DEL SITIO WEB DE PROYECTO MIGRANTES DESAPARECIDOS, EN MILES DE PERSONAS.

Las muertes y desapariciones generan incertidumbre y desesperación en miles de familias que desconocen el paradero de sus seres queridos. La identificación de migrantes, el establecimiento de sus identidades y la comunicación de la información es una labor que presenta desafíos. Resulta crucial para el proyecto construir una respuesta integral para detener el número de muertes de migrantes, basada en mejores datos y estimación de cifras específicas respecto a su identidad, proveniencia y detección de riesgos.

**Según el “Proyecto Migrantes Desaparecidos”, entre 2014 y julio de 2021 el número de decesos de personas en migración es de 42.655 personas.**

En cuanto a las principales causas de muertes, se alude a las dificultades climáticas, la peligrosidad de las rutas y distintas enfermedades, entre otros aspectos. Especialmente se hace referencia al ahogamiento o presunto ahogamiento. Sin embargo, de muchas personas se desconoce la causa real de desaparición, especialmente en el continente americano y en la región mediterránea. Sin lugar a duda, esta situación genera gran preocupación, ansiedad, miedo e incertidumbre no solo en las familias y comunidades de los países de origen de las personas migrantes desaparecidas, sino también en aquellas personas que tienen intenciones de migrar.

El marco metodológico de este proyecto contempla la utilización de múltiples fuentes como registros oficiales, informes de medios de comunicación, ONG, encuestas, entrevistas y fuentes específicas para algunas zonas. Entre las variables utilizadas en la construcción de la base de datos se distinguen región de incidente, fecha, año y mes reportado. Se recopilan datos que incluyen la muerte de migrantes en accidentes de transporte, naufragios, ataques violentos o debido a complicaciones de salud durante el viaje y el número de cuerpos clasificados como migrantes, en función de sus pertenencias y/o las características del deceso<sup>17</sup>.

17. Se excluyen muertes ocurridas en centros de detención o luego de la deportación, las relacionadas con el estado irregular, las muertes o desapariciones luego de establecerse en un nuevo hogar y las de personas desplazadas internas en un mismo país.



Debido a esta labor de recopilación de información, el proyecto puede brindar información detallada, por ejemplo, sobre el número de muertes migratorias registradas por región en el año 2020. Los datos documentados son los siguientes: Asia: 298, Europa: 87, Medio Oriente: 113, Américas: 782, África: 1188 y Mediterráneo: 1426.

**Con respecto a la región mediterránea, el número de muertes y desapariciones de migrantes registrado en el Mar Mediterráneo aumentó un 36% en 2016, al pasar de 3.785 en 2015 a 5.143 en 2016 (OIM, 2018b). Según este proyecto, más del 60% de las muertes y desapariciones registradas en esos dos años se produjeron en esta zona.**

#### RECUADRO 1: UNA TRAVESÍA CON DESTINO INCIERTO

Para muchas personas migrantes, quedarse en el lugar en el que viven implica someterse a peligros psíquicos, físicos y mentales. Eso las impulsa a migrar hacia diversos países, incluyendo a la República Argentina. Durante el viaje, muchas personas que migran en situación irregular, utilizando medios de transporte y/o rutas peligrosas, reciben malos tratos y se exponen a riesgos como ser secuestrados. Es por ello que se considera como una buena práctica la existencia de instituciones de acogida en las que se ofrezcan grupos de prevención psicosocial, clases de idiomas o capacitación para trabajos de salida laboral rápida, así como instancias de regularización, ya que la irregularidad migratoria es uno de los principales factores de riesgo. Todos estos elementos generan un impacto positivo en la salud mental de las personas migrantes.

## Protección internacional de las personas refugiadas: definiciones

Según la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, adoptada en Ginebra, Suiza, el 28 de julio de 1951<sup>18</sup>, se considera refugiada a toda persona:

[...] que, como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1º de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él (Organización de las Naciones Unidas, 1951: 2).

En el contexto regional latinoamericano, este marco jurídico es ampliado por otros instrumentos, como la Declaración de Cartagena sobre Refugiados de 1984, la Reunión de Expertos<sup>19</sup> de 2013 en Uruguay y las Directrices sobre Protección Internacional N° 12. En la Reunión de Expertos se especifica lo siguiente:

18. Por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas), disponible en: [www.acnur.org/5b0766944.pdf](http://www.acnur.org/5b0766944.pdf) (consultado el 10 de agosto de 2021).

19. Reunión de Expertos. Interpretación de la definición ampliada de refugiado contenida en la Declaración de Cartagena sobre Refugiados de 1984, Uruguay, 15 y 16 de octubre de 2013, disponible en: [www.refworld.org/docid/5d261b224.html](http://www.refworld.org/docid/5d261b224.html) (consultado el 10 de agosto de 2021).

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, considera también como refugiados, según lo estipulado en la conclusión tercera de la Declaración de Cartagena del año 1984: 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<sup>20</sup> (ACNUR, 2013: 3).

Si bien esta Declaración no es vinculante, la definición de refugiado de Cartagena ha alcanzado una posición excepcional en la región, en particular debido a que ha sido incorporada en 14 legislaciones nacionales y en la práctica estatal (ACNUR, 2013). Se destaca que el número de personas refugiadas bajo el mandato de ACNUR es casi el doble que en 2012 y dos terceras partes provienen de solo cinco países.

**Para el 2020, la población global refugiada se mantuvo en 26,4 millones, incluidas 5,7 millones de personas refugiadas palestinas bajo el mandato de la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina (UNRWA) (ACNUR, 2021). Esto representa el máximo registrado históricamente.**

## Tendencias globales en desplazamientos forzados

El informe “Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2020” (ACNUR, 2021), elaborado anualmente por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, y que será utilizado como base de toda esta sección, indica que, en el año 2020, debido a conflictos, violencia y violaciones de derechos humanos, **la población global de personas desplazadas forzosas aumentó en más de 2 millones respecto a 2019**. Se estima que son 82,4 millones de personas quienes se vieron forzadas a desplazarse, marcando una cifra récord desde que se llevan registros.

De la población total se infiere que 11 millones son nuevos desplazados: 8,6 millones lo han hecho dentro de su propio país y 2,4 millones son nuevas personas refugiadas o solicitantes de asilo (ACNUR, 2020). La mayor parte de este aumento se dio entre 2012 y 2015, y estuvo causado principalmente por el conflicto que tiene lugar en la República Árabe Siria desde el año 2011. A esto contribuyeron también los conflictos que tienen lugar en, por un lado, la República de Iraq y la República de Yemen en Oriente Medio y, por el otro, la República del Congo y la República del Sudán del Sur en el África Subsahariana. No se debe olvidar, en este sentido, la llegada masiva de personas refugiadas rohingya a la República Popular de Bangladesh a finales de 2017 (ACNUR, 2019).

Hacia finales de 2020, **las personas sirias siguieron siendo la mayor comunidad de desplazados forzosos**, con 13,5 millones de personas, incluidos 6,8 millones de refugiados y más de 6 millones de desplazados internos. **Las personas venezolanas fueron**

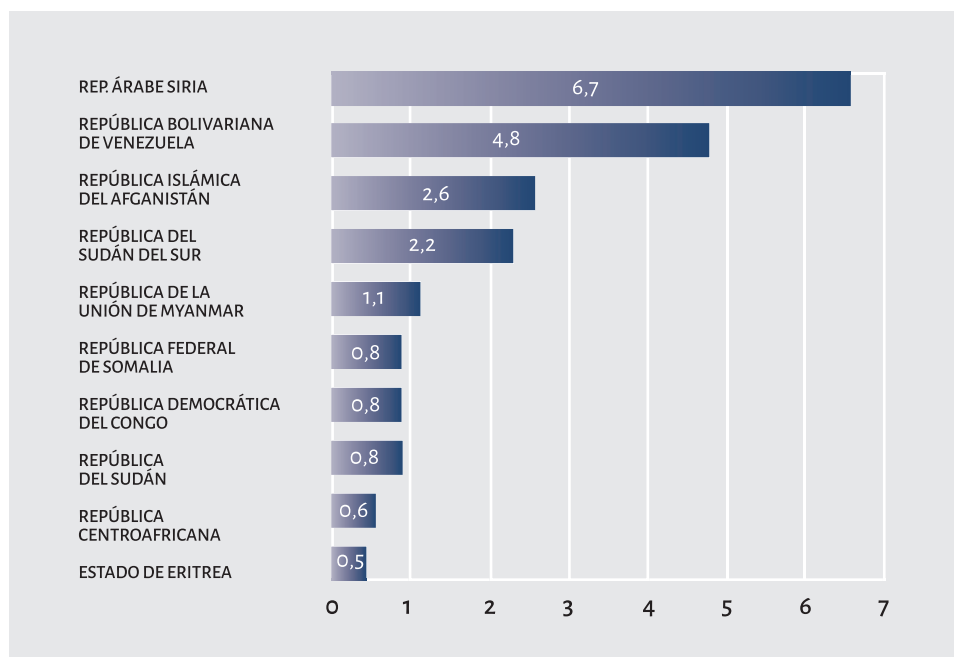
---

20. Para ampliar, consultar la Declaración de Cartagena sobre Refugiados adoptado por el “Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios”, celebrado en Cartagena, Colombia, del 19 al 22 de noviembre de 1984. Disponible en: [www.acnur.org/5bo76ef14.pdf](http://www.acnur.org/5bo76ef14.pdf) (consultado el 10 de agosto de 2021).

el **segundo grupo**, con 5,4<sup>21</sup> millones de personas migrantes y refugiadas; la República Islámica del Afganistán y la República de Sudán del Sur generaron 2,6 y 2,2 millones, respectivamente (ACNUR, 2021). El 73% del total de personas desplazadas en el mundo se encuentra en países de sus respectivas regiones (ACNUR, 2020), incluyendo la República Argentina en lo que refiere a personas migrantes y refugiadas de la República Bolivariana de Venezuela.

En conjunto, más de dos terceras partes de las personas refugiadas del mundo (68%) provienen de cinco países: República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Islámica del Afganistán, República del Sudán del Sur y República de la Unión de Myanmar. Por otro lado, los cinco países que acogieron mayor cantidad de personas refugiadas fueron: República de Turquía, República de Colombia, República Islámica del Pakistán, República de Uganda y República Federal de Alemania. Es relevante destacar que el 40% de la población refugiada está constituida por menores de 18 años (ACNUR, 2020).

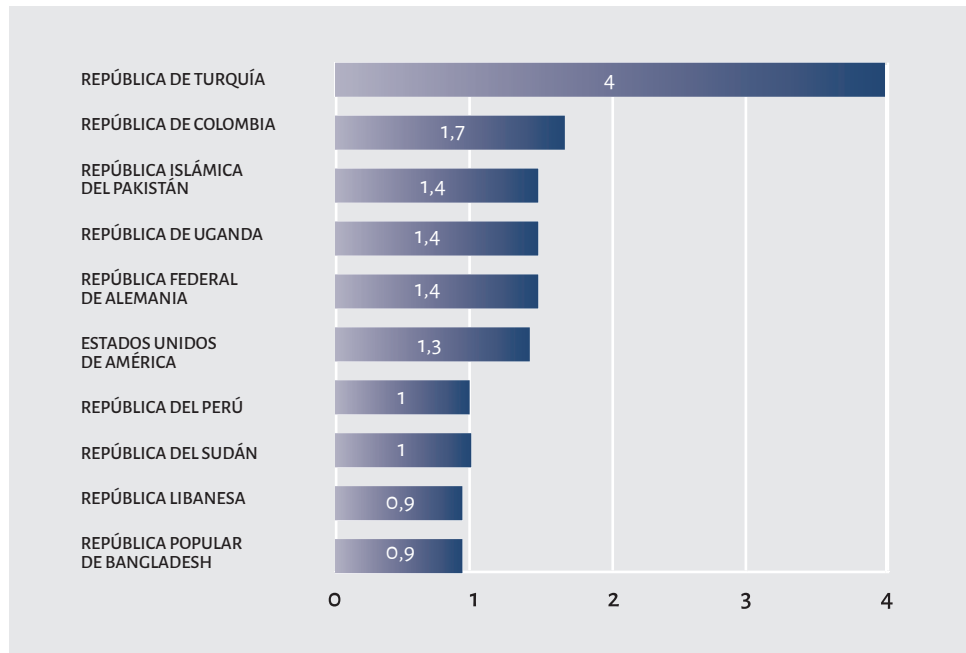
**FIGURA 4. PRINCIPALES PAÍSES DE ORIGEN DE PERSONAS REFUGIADAS Y DESPLAZADAS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE ACNUR (2021), EN MILLONES DE PERSONAS.

21. Este número representa los datos disponibles hasta el 30 de mayo de 2021. Por el contrario, la cifra reportada por la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), 5,7 millones, incluye datos hasta el 18 de agosto de 2021.

**FIGURA 5. PRINCIPALES PAÍSES DE ACOGIDA DE PERSONAS REFUGIADAS Y DESPLAZADAS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE ACNUR (2021), EN MILLONES DE PERSONAS

En el informe se indica que **los países en desarrollo o menos desarrollados siguieron cargando con la desmesurada responsabilidad de acoger a la gran mayoría de las personas refugiadas**. Ocho de los diez países que acogieron a la mayor cantidad de personas refugiadas y desplazadas se encuentran en regiones en desarrollo. En este sentido, Colombia, Pakistán, Uganda, Perú, Sudán, el Líbano y Bangladesh acogieron a 8,3 millones de personas, lo que representa dos tercios aproximadamente del total global de personas refugiadas (ACNUR, 2021).

**Los países de altos ingresos, en 2019, acogieron al 17% de las personas desplazadas. Este porcentaje es más elevado en países de ingresos medios y bajos; en los países de más bajos ingresos se acoge sistemática al 20% del total de desplazados globales (ACNUR, 2020).**

La pandemia causada por el COVID-19 generó un impacto directo sobre la movilidad internacional. El ACNUR considera que el número de personas refugiadas y solicitantes de asilo es 1,5 millones más bajo de lo que habría sido en otras circunstancias (ACNUR, 2021).

A continuación, se analizarán los pactos internacionales y regionales referidos a las migraciones, para proceder luego con una profundización sobre las tendencias y los cambios en las migraciones internacionales en la región y en la República Argentina.

## **Pactos internacionales sobre la movilidad humana: antecedentes y actualidad**

En septiembre de 2016 se llevó a cabo la Cumbre sobre Migrantes y Refugiados en la Asamblea General de Naciones Unidas, cuyo resultado fue la Declaración de Nueva York, a través de la cual los Estados se comprometieron a dar respuesta de manera coordinada a los grandes desplazamientos de personas migrantes y refugiadas a

nivel global. En ese sentido, la Declaración puso en marcha un proceso de negociaciones intergubernamentales que condujo a la adopción de un Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular y un Pacto Mundial sobre Refugiados.

Previo a este acuerdo, en la esfera del derecho internacional ya se había establecido que los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. Algunos antecedentes relevantes son el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” y el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, ambos de 1966, y la “Declaración Universal de Derechos Humanos” de 1948, entre otros siete tratados fundamentales que articulan los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales inherentes a todos los seres humanos<sup>22</sup>.

**El “Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos”, que define los límites de la libertad de circulación, propone que las personas residentes en un Estado tienen la libertad de moverse por él y residir donde elijan. Asimismo, tienen el derecho de salir de cualquier país y nadie puede privarlas arbitrariamente del derecho a entrar al propio. Aunque los Estados pueden poner restricciones, deben ser coherentes con las propuestas del Pacto.**

Otro principio importante contenido en la legislación internacional es la prohibición de devolución (principio de *non-refoulement*) de una persona a un lugar donde podría sufrir torturas y otras formas de malos tratos. Por otro lado, respecto de la unidad familiar, aunque no hay una única comprensión del concepto, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se la comprende de manera amplia y se la define como todas las relaciones interpersonales que se establecen para constituir una familia en una sociedad dada. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales subraya —así como el anterior y tantos otros tratados— la importancia de proteger la unidad familiar.

## **Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular**

El “Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular” fue celebrado en Marrakech, Reino de Marruecos, en diciembre de 2018. Contó con la participación de 164 estados (OIM, 2019b)<sup>23</sup>. La Organización de las Naciones Unidas promovió este acuerdo en pos de la gestión de la gobernanza migratoria y a favor del desarrollo sostenible. No es un tratado de derecho internacional y, por lo tanto, no resulta formalmente vinculante para sus países firmantes, aunque establece diferentes prioridades respecto de las migraciones y coloca a la migración dentro de la agenda internacional.

**Se trata del primer pacto mundial intergubernamental** que cubre distintas dimensiones de la migración internacional de modo integral. Se desarrolló a través de un proceso inclusivo de consultas y negociaciones. Reafirma la importancia de la cooperación internacional para fortalecer los procesos de migración de forma segura, ordenada y regular.

---

22. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1966), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984), Convención sobre los Derechos del Niño (1989), Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (2006).

23. Para ampliar información sobre el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular sugerimos el siguiente enlace [www.iom.int/global-compact-migration](http://www.iom.int/global-compact-migration) (consultado el 10 de agosto de 2021).

El Pacto referido se compone de 23 objetivos que abordan aspectos humanitarios, de desarrollo y de derecho, de la migración internacional, de la mejora de la coordinación y cooperación internacional integral sobre migrantes y movilidad humana, siguiendo los lineamientos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Entre los objetivos mencionados se destacan a continuación algunos, junto a sus respectivos artículos e incisos, que aluden directa o tangencialmente a aspectos de salud y salud mental:

**Objetivo 2:** Minimizar los factores adversos y estructurales que obligan a las personas a abandonar su país de origen. Invertir en programas que incluyen aspectos de salud, saneamiento, y educación;

**Objetivo 6:** Facilitar la contratación equitativa y ética y salvaguardar las condiciones que garantizan el trabajo decente,

**Artículo 22 inciso i)** Otorgar a los trabajadores migrantes que tienen empleos remunerados y contratos de trabajo los mismos derechos y protección laborales de que gozan todos los trabajadores del sector correspondiente, incluyendo acceso y al máximo nivel posible de salud física y mental;

**Objetivo 7:** Abordar y reducir las vulnerabilidades en la migración. Especialmente las situaciones de niños, promoviendo atención sanitaria y salud mental, educación, y asistencia jurídica a menores no acompañados o separados, con enfoque de género,

**Artículo 23 inciso f)** Proteger a los menores no acompañados y separados en todas las etapas de la migración mediante el establecimiento de procedimientos especiales para identificarlos, derivarlos y prestarles cuidados y reunificar a las familias, y darles acceso a los servicios de atención sanitaria, incluida la salud mental;

**Objetivo 8:** Salvar vidas y emprender iniciativas internacionales coordinadas sobre los migrantes desaparecidos, generando una recopilación e intercambio de información pertinente;

**Objetivo 15:** Proporcionar a los migrantes acceso a servicios básicos, como las necesidades sanitarias en las políticas y los planes de salud nacionales y locales,

**Artículo 31 inciso e)** Incorporar las necesidades sanitarias de los migrantes en las políticas y los planes de salud nacionales y locales, por ejemplo, reforzando la capacidad de prestar servicios, facilitando el acceso asequible y sin discriminación, reduciendo las barreras que dificultan la comunicación y formando a los proveedores de atención sanitaria para que presten servicios teniendo en cuenta las diferencias culturales, a fin de promover la salud física y mental de los migrantes y las comunidades en general, entre otras cosas, tomando en consideración las recomendaciones pertinentes del Marco de Prioridades y Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud para Promover la Salud de los Refugiados y los Migrantes;

**Objetivo 16:** Empoderar a los migrantes y las sociedades para lograr la plena inclusión y la cohesión social; y

**Objetivo 17:** Eliminar todas las formas de discriminación y promover un discurso público con base empírica para modificar las percepciones de la migración.

## Pacto Mundial sobre los Refugiados

En diciembre de 2018, la Asamblea General de las Naciones Unidas confirmó el “Pacto Mundial sobre los Refugiados”, luego de dos años de consultas dirigidas por el ACNUR con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, personas refugiadas, la sociedad civil, el sector privado y expertos.

El pacto reconoce que **la cooperación internacional es clave para dar respuesta a la situación de las personas refugiadas y, para esto, proporciona un plan que garantiza los recursos de las comunidades de acogida.**

A continuación, se detallan algunos objetivos:

**Objetivo 1:** Aliviar las presiones de los países de asilo;

**Objetivo 2:** Mejorar la autosuficiencia de los refugiados;

**Objetivo 3:** Ampliar el acceso a soluciones de terceros países y;

**Objetivo 4:** Asegurar las condiciones en los países de origen para el retorno de forma segura y digna.

La sección B de este Pacto indica ámbitos que requieren apoyo para aliviar la carga de los países de acogida y beneficiar a las personas refugiadas y miembros de las comunidades de acogida. En la sección sobre salud, el inciso 73 aclara que:

Según el contexto, este apoyo podría consistir, entre otras cosas, en recursos y conocimientos especializados para construir y equipar centros de atención de la salud o mejorar los servicios en esa esfera, en particular mediante actividades de fomento de la capacidad y oportunidades de formación para los refugiados y los miembros de las comunidades de acogida que estén o puedan estar empleados como trabajadores de la salud, con arreglo a las leyes y políticas nacionales (también en relación con la salud mental y la atención psicosocial). Se alienta la prevención de enfermedades, los servicios de inmunización y las iniciativas de promoción de la salud, como la participación en actividades físicas y deportivas; asimismo, se alienta las promesas de contribución para facilitar el acceso asequible y equitativo a medicamentos, suministros médicos, vacunas, material de diagnóstico y productos de prevención en cantidades suficientes (ACNUR, 2018: 32).

En el inciso 76, por su lado, se reconoce la importancia de prestar servicios integrales para niños, niñas y adolescentes que atiendan sus necesidades de apoyo psicosocial y salud mental (ACNUR, 2018).

## Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: el compromiso de “no dejar a nadie atrás”

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se reconoció por primera vez la contribución de la migración al desarrollo sostenible. La migración es un fenómeno transversal que se relaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). “Diez de los 17 objetivos contienen metas e indicadores que tienen que ver con la migración o la movilidad” (Portal de Datos Mundiales sobre la Migración, OIM, 2020a). El compromiso de

no dejar a nadie atrás incluye a las personas migrantes y requiere un desglose de datos por estatus migratorio, esto genera grandes necesidades de datos sobre la migración, pero también la oportunidad de mejorarlos.

Se destacan las siguientes recomendaciones relacionadas con la salud mental:

**Objetivo 3:** Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades,

**3.4:** De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar;

**3.8:** Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos;

**Objetivo 8:** Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos;

**Objetivo 10:** Reducir la desigualdad en y entre los países,

**10.3:** Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto;

**10.7:** Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas;

**Objetivo 11:** Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles,

**11.1:** De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales

**Objetivo 16:** Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas, y,

**16.2:** Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.



## 2. MIGRACIÓN, ASILO E INTEGRACIÓN DESDE EL CONTEXTO REGIONAL Y ARGENTINO

---

### Algunas notas sobre el panorama de las migraciones a nivel regional: datos y características en América del Sur

Según el Informe Movimientos Migratorios Recientes en América del Sur (OIM, 2021a), para el año 2020 en América del Sur se contabilizaban más de 10,9 millones de migrantes internacionales, que representaban el 2,5% sobre el total de la población.

A su vez, según el Informe Migratorio Sudamericano (OIM, 2017a) algunas tendencias migratorias en la región denotan:

- » la intensificación de los intercambios de población intra-regional,
- » el crecimiento y diversificación de los países de origen y destino de la inmigración extra-regional,
- » persistencia de la emigración extra-regional.
- » Actualmente, la población intra-regional sobrepasa por sobre la extra-regional.

Con respecto a la población migrante extra-regional, se observan:

- » tendencias de crecimiento,
- » mayor vulnerabilidad que las personas migrantes sudamericanas, por el complejo acceso a la regularidad migratoria,
- » es tanto una región de tránsito como de destino permanente.

Sobre el fenómeno de la migración sur-sur, si bien no se trata de un fenómeno nuevo, actualmente presenta novedosas características fruto de diversas restricciones en Europa y América del Norte.

La emigración en la actualidad alcanza, en mayor o menor medida, a todos los países. En años recientes, los motivos de migración de personas sudamericanas fueron preponderantemente laborales, dinamizados por crisis políticas y económicas.

Entre 2000 y 2019 el porcentaje de migrantes en la región se incrementó un 1,3%. La República Argentina se impuso como primer país receptor. En 2020 y en términos absolutos, la República Bolivariana de Venezuela era el país sudamericano con mayor población viviendo en el exterior, con más de cinco millones y medio de personas; mientras que, en términos relativos, la República Oriental del Uruguay era el país que en proporción poseía mayor cantidad de emigrantes, alcanzando a un 18,3% de su población total (OIM, 2021a). Asimismo, el 79% de las personas migrantes en América del Sur en 2020 provenían de la región, mientras que el 21% eran extrarregionales<sup>24</sup>.

Por otra parte, como se explicará en detalle más adelante, se estima que en los últimos seis años el flujo más dinámico de la región corresponde a las personas que

---

24. Para ampliar sobre el siguiente apartado, consultar el documento Perfil Migratorio de Argentina, elaborado sobre datos del Censo 2010 del INDEC (consultado el 10 de agosto de 2021).

Una encuesta realizada en los meses de junio y julio de 2020 en Argentina encontró que el 58% de las personas encuestadas (de un universo de 782 personas) vio afectada su salud mental como efecto de la pandemia. Entre las emociones más señaladas se encontraron la ansiedad, el stress, el miedo, la angustia y el retraimiento de la interacción social, entre otras. La encuesta incluyó a nacionales (emigrantes y con intención de emigrar) de Argentina y personas migrantes en el país (OIM, 2020i).

han partido de la República Bolivariana de Venezuela. El 80% de ellas se encuentra en países de América del Sur<sup>25</sup>.

## Haciendo foco en la República Argentina

Como ya fue planteado, introducir algunos aspectos socio históricos y contar con datos e información actualizada, fiable y relevante permite situarse y acompañar mejor las necesidades de las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en los diversos ámbitos de desempeño.

### ¿Cuáles son las corrientes migratorias principales en la República Argentina?

Las migraciones internacionales formaron parte de las políticas de Estado desde los inicios del Estado Nación y hasta la actualidad, con anterioridad a otros países de la región (Novick, 2000). El país es receptor de distintas corrientes migratorias, según consta en los sucesivos censos realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). El último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, realizado en 2010, registró una población extranjera de 1.805.957 personas, provenientes de distintos continentes, pero mayoritariamente de América y Europa. El total de extranjeros según el lugar de nacimiento constituyó el 4,5% del total de la población censada. De este total, quienes provienen de países de América representan el 81,2%, seguido por los nacidos en Europa (16,5%), Asia (1,7%), África (0,2%) y Oceanía (0,1%)<sup>26</sup>.

**FIGURA 6. POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN ORIGEN LIMÍTROFE O NO LIMÍTROFE, EN CENSOS NACIONALES. TOTAL PAÍS, 1869-2010**

Año censo	Población total	Población extranjera Total	% de extranjeros sobre población total	Población extranjera no limítrofe	% de extranjeros no limítrofes sobre población total	Población extranjera limítrofe	% de extranjeros limítrofes sobre población total
1869	1 737 076	210 189	12,1	168 970	9,7	41 360	2,4
1895	3 954 911	1 004 527	25,2	890 946	22,3	115 892	2,9
1914	7 885 237	2 357 952	29,9	2 184 469	27,3	206 701	2,6
1947	15 893 827	2 435 927	15,3	2 122 663	13,3	313 264	2,0
1960	20 010 539	2 604 447	13,0	2 137 187	10,7	467 260	2,3
1970	23 390 050	2 210 400	9,5	1 676 550	7,2	533 850	2,3
1980	27 947 447	1 912 217	6,8	1 149 731	4,1	753 428	2,7
1991	32 615 528	1 628 210	5	811 032	2,4	817 428	2,6
2001	36 260 130	1 531 940	4,2	608 695	1,6	923 215	2,6
2010	40 117 096	1 805 957	4,5	560 903	1,4	1 245 054	3,1

FUENTE: EL GRÁFICO MUESTRA LA SERIE HISTÓRICA DE CENSOS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO ENTRE 1869 Y 2010 DE POBLACIÓN RESIDENTE EN ARGENTINA. ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A INDEC EN COURTIS Y PACECCA, 2010.

25. Datos estadísticos disponibles en: <https://r4v.info/es/situations/platform> (consultado el 2 de agosto de 2021).

26. Esto datos serán actualizados a nivel nacional cuando se realice el próximo Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. No se realizó en el año 2020 debido a la pandemia causada por el coronavirus 2019.

## Corriente migratoria regional y limítrofe

En ocasiones, se ha caracterizado a la corriente migratoria limítrofe como un hecho novedoso y/o aluvional de los últimos años. Sin embargo, las cifras dan cuenta de que la corriente migratoria conformada por nacionales de países de la región, y especialmente de los países limítrofes ha sido históricamente constante, oscilando entre el 2% y el 3,5% del total de la población residente en el país en los últimos 150 años.

*De acuerdo con los datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas en la República Argentina, en el año 2000 había 1.540.200 migrantes internacionales. En junio de 2020 había 2.281.728. Esto representaba anteriormente un 4,2% de la población total, porcentaje que actualmente llega al 5% de la población. Un poco más de la mitad son mujeres, representando el 53,4% tanto en 2000 como en 2020. Con respecto a las edades, se estima que el 17,4% representa al rango de 0 a 19 años, el 68,4% tiene entre 20 a 64 años y el 14,2% más de 65 años. El 84,1% son migrantes originarios de la misma región y 4000 son personas refugiadas, representando un 0,2% de la población total de migrantes internacionales (OIM, 2020a).*

**FIGURA 7. PORCENTAJE DE MIGRANTES EN ARGENTINA NACIDOS EN PAÍSES LIMÍTROFES**

Año	% nacidos en países limítrofes
1869	2,4
1895	2,9
1914	2,6
1947	2
1960	2,3
1970	2,3
1980	2,7
1991	2,6
2001	2,6
2010	3,1

FUENTE: EL GRÁFICO MUESTRA LA SERIE HISTÓRICA DE CENSOS DE POBLACIÓN RESIDENTE EN ARGENTINA SEGÚN PAÍSES LIMÍTROFES DE NACIMIENTO. ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A INDEC EN COURTIS Y PACECCA, 2010

Como ha sido mencionado anteriormente, del total de la población migrante de origen americano (1.471.399), el 84,6% corresponde a países limítrofes, y está constituida por un 36,4% de personas paraguayas, un 23,5% de bolivianas, un 13,0% de chilenas, un 10,6% de peruanas, un 7,9% de uruguayas y un 2,8% de brasileñas (OIM, 2012).

La serie de censos desde 1869 muestra que la migración latinoamericana hacia Argentina es, a la vez, histórica y contemporánea (UNLa, UNICEF, 2017) y, a diferencia de la migración ultramarina, no se detuvo, pero cambió su visibilidad social, política y mediática, probablemente por modificaciones en su patrón de asentamiento en el territorio argentino.

Antes de la década del 60, había una mayoría de migrantes regionales en las provincias fronterizas con sus estados de origen, quienes buscaban trabajos temporarios, ligados a la producción agrícola ganadera. Hacia 1950 comenzaron a establecerse en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

**Este proceso de urbanización progresivo no resulta exclusivo de poblaciones migrantes, sino que es generalizado, dado que cada vez se vive menos en áreas rurales y más en las ciudades, donde existen mayores posibilidades de trabajo.**

En el caso de las personas migrantes regionales, esta tendencia se relaciona con la demanda de trabajo desestacionalizado en sectores de servicio, manufactura o mano de obra intensiva en zonas urbanas.

Mientras que en 1960 sólo el 25% de las personas migrantes regionales residía en el Área Metropolitana, en 2010 la cifra creció a 65%. La mayoría de la población migrante se concentra en dos jurisdicciones de la Argentina:

- » en la Provincia de Buenos Aires, un 52,2%,
- » y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires otro 21,1%.

Hoy, un tercio de la población total de Argentina reside en el AMBA, que constituye el conglomerado urbano más grande del país, y la mayor zona receptora de migrantes internos e internacionales (Grimson y Karasik, 2017).

La migración regional, entonces, continúa conformando aproximadamente el 3,5% de la población total, pero dos tercios de ella se encuentra en la misma jurisdicción. Algunos autores establecen una relación entre la radicación en el AMBA y la configuración de esta corriente migratoria como un problema, tal como se desarrollará en el **Capítulo 3**.



Paralelamente a la mayor concentración en el AMBA, se registra un proceso de **feminización de las migraciones** boliviana, peruana y paraguaya:

- » Este concepto de feminización, ligado a migraciones internacionales, alude, por un lado, a aspectos cuantitativos, ya que las mujeres constituyen en la actualidad la mitad de la población migrante en el mundo.
- » Por otra parte, en forma creciente más mujeres migran en búsqueda de trabajo, y en calidad de proveedoras principales para sus familias, en vez de hacerlo como dependientes familiares (Paiewonsky, 2007).

En la República Argentina actualmente, y a diferencia de lo sucedido con la antigua migración ultramarina, se registran más mujeres que migran solas y a edades tempranas, principalmente en busca de trabajo en el sector servicios, en especial servicio doméstico y cuidado de personas (Courtis y Pacecca, 2010; OIM, 2014).

## **Personas refugiadas y migrantes venezolanas en la región y en la República Argentina**

De acuerdo con la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), el total de personas venezolanas que han salido de su país asciende a 5,7 millones de personas, un crecimiento del 8% respecto al año anterior. Por otro lado, y respecto al año 2020, el ACNUR reconoce que, por primera vez en cinco años, se evidenció un descenso del número de personas venezolanas en Colombia, ya que el impacto de la pandemia generó el retorno de 124.600 personas venezolanas a su país (ACNUR, 2021).

Algunos países de la región, como Brasil, han adoptado medidas para aplicar la definición ampliada de refugiado que figura en la Declaración de Cartagena sobre los Refugiados de 1984 y en la legislación nacional, mientras que otros países han aumentado gradualmente su capacidad para tramitar las solicitudes de asilo y están elaborando modalidades simplificadas o aceleradas de procesamiento de casos para determinar la condición de refugiado. Además, para el final de 2019, los países de

América Latina concedieron más de 2,4 millones de permisos de residencia y otras formas de estancia legal a los venezolanos, lo que les permite acceder a algunos servicios básicos (ACNUR, 2020: 10).

R4V admite con preocupación que, en toda la región, existen riesgos de explotación y abuso, incluida la violencia de género, así como riesgos de separación familiar, especialmente para las niñas y niños no acompañados y separados. Cobra particular importancia la situación de las personas denominadas “caminantes”, quienes migran en condición irregular, cruzando largas extensiones del continente a pie, exponiéndose a toda clase de riesgos de protección. Algunos obstáculos adicionales que atraviesan en sus países de acogida son el acceso a la documentación y a estancias regulares, así como el riesgo de la trata y tráfico de personas (R4V, 2020).

Este mismo informe indica que, en la República Argentina, la República Oriental del Uruguay, la República de Paraguay y el Estado Plurinacional de Bolivia (tomados en forma conjunta) “existe una falta de servicios de prevención, sensibilización y atención relacionados con problemas de salud mental, especialmente considerando las experiencias de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela y los complejos procesos de integración en sus países de destino” (R4V, 2020: 174), así como “una ausencia de servicios en atención a la salud sexual y reproductiva y la violencia basada en género, en particular para la población refugiada y migrante compuesta por mujeres, niñas, niños, adolescentes, y la población lesbiana, gay, transgénero, bisexual e intersexual (LGTBI)” (R4V, 2020: 174).

Algo que, sin embargo, diferencia a estos estados de otros de la región es el **acceso universal y gratuito a la salud pública**, sin distinción de estatus ni nacionalidad, tanto como que “las comunidades receptoras de los cuatro países han mostrado una actitud positiva hacia la llegada y permanencia de la población refugiada y migrante de Venezuela. Las actitudes xenófobas o discriminatorias han sido la excepción” (R4V, 2020: 170). Si bien el acceso es universal y gratuito, este acceso suele limitarse a los servicios básicos de salud, existiendo importantes barreras para que las personas migrantes puedan acceder a servicios de salud mental. Estos suelen considerarse servicios especializados por la mayoría de los sistemas de salud de la región, y su disponibilidad suele ser muy limitada y estar centralizada en las grandes ciudades.

En la República Argentina, la OIM realiza un monitoreo de flujo de población venezolana hacia el país, conocido como “Matriz de Seguimiento del Desplazamiento” (DTM). Es un sistema que permite recopilar información y monitorear desplazamientos de población. Fue diseñada para recoger, procesar y difundir información de manera regular y sistemática con el fin de mejorar la comprensión de los movimientos de población y las necesidades de las personas en situación de movilidad, tanto en lugares de tránsito como de destino.

En Argentina, la implementación de la DTM sobre los flujos de población venezolana tiene como objetivos caracterizar a esta población y conocer detalles de su trayectoria migratoria, de su situación laboral y de su salud. De acuerdo con dichos objetivos, se implementó el componente de Monitoreo de Flujo de la DTM en diferentes pasos fronterizos y el componente de Encuesta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, principal punto de residencia. Entre 2018 y 2021 se han realizado 6 rondas y 1700 encuestas, además de entrevistas a informantes clave.

En la ronda realizada en septiembre de 2019 se entrevistó a 293 personas en los pasos fronterizos Cristo Redentor, en Mendoza, en el Puente Internacional Horacio Guzmán, en La Quiaca (Jujuy), Puente Internacional Tancredo Neves (Puerto Iguazú, Misiones) y

en el Aeropuerto Internacional Ministro Pistarini (Ezeiza, Buenos Aires). El 91,1% de las personas encuestadas afirmó no tener problemas de salud, el 88,1% no usaba medicación de forma regular y el 41,6% declaró haber sufrido estrés o malestar emocional durante el último año (OIM, 2019e)<sup>27</sup>.

En enero de 2021, en virtud del aislamiento determinado por las autoridades nacionales y del cierre de fronteras por motivos sanitarios, se realizó una ronda de entrevistas virtuales dirigida a informantes clave de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con personas migrantes en tres pasos fronterizos (La Quiaca, Puerto Iguazú y Gran Mendoza). En las tres provincias se detectó a personas con necesidad de atención médica, siendo las principales afecciones detectadas problemas de salud mental, enfermedades cardíacas, diabetes, asma, hipertensión y secuelas de accidentes cerebrovasculares (ACV) (OIM, 2021b).

En el mes de mayo de 2021 se realizaron 64 encuestas en los pasos fronterizos de La Quiaca y Puerto Iguazú, alcanzando a una población de 163 personas. A través de una pregunta específica, se relevó el tipo de asistencia que la población necesita por orden de prioridad. Las prioridades de asistencia más frecuentemente mencionadas fueron generación de ingresos / empleo, asistencia de documentos, asistencia jurídica, ayuda médica y alimentación. Además, se les preguntó cómo evaluaban su situación en diferentes ámbitos en comparación con momentos previos a la pandemia. El acceso a la atención médica fue calificado como “peor que antes” por un 56% de la población alcanzada, es decir, se vio seriamente afectado el acceso a la salud (OIM, 2021c).

De acuerdo con los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Migraciones (DNM), entre 2015 y 2019 el saldo migratorio fue positivo, alcanzando su máximo en 2018. A partir del año 2020, a causa del cierre de fronteras por razones sanitarias que rige desde el mes de marzo de dicho año, el saldo migratorio se volvió negativo. A junio de 2021, las residencias resueltas alcanzaban los 281.530<sup>28</sup> trámites, mientras que la estimación de stock era de 174.300 personas. Asimismo, a junio de 2021, 5.084 personas habían solicitado la condición de refugiado o refugiada y, al 30 de junio de 2021, 313 personas ya habían sido reconocidas como tal en la República Argentina.

## Corriente ultramarina

Por otra parte, la población europea, que había influido fuertemente en la conformación de la Argentina, apenas representa en el último censo el 0,75% del total de la población del país y está notablemente envejecida (OIM, 2012). Esta corriente de ultramar, mayoritariamente compuesta por migrantes de países del centro y sur de Europa, aportó entre 1880 y 1920 más de 2.000.000 de personas. Tuvo un pico de crecimiento en el año 1914, coincidiendo con el momento en que la población total de migrantes llegó a conformar el 29,9 % de la población residente del país, para luego ir mermando de manera paulatina.

---

27. Para profundizar, se puede consultar las siguientes publicaciones. Todas se encuentran disponibles en la página web de la OIM en Argentina: “Venezolanos/as en Argentina. Un panorama dinámico. 2014-2018”, “Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina” e “Ingenieros venezolanos residentes en Argentina”.

28. Este número, que no abarca estadías de turismo, puede abarcar permisos de residencias no vigentes en la actualidad y duplicaciones o triplicaciones de casos (una persona con más de un permiso otorgado). Para más información o información actualizada se puede visitar la página web de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela en <https://r4v.info/es/situations/platform> (consultado el 10 de agosto de 2021).

## Migrantes provenientes de Asia Pacífico, Europa del Este y África

A partir de la década de 1960, la República Argentina comenzó a recibir migrantes del Este Asiático, en particular, de la República de Corea del Sur y de la República Popular de China, tanto insular como continental. El mayor volumen de migrantes coreanos ingresó en la década de 1980.

La inmigración más sistemática de contingentes provenientes de la República Popular de China tuvo su pico en la década de 1990, principalmente en el AMBA. El Censo de 2010 contabilizó a 30.000 personas de Asia, provenientes principalmente de la República Popular de China y la República de Corea.

En 1994, mediante un tratamiento migratorio especial para nacionales de diversas repúblicas de Europa del Este, ingresaron con visa de residente temporario por un año entre 6.500 y 7.500 personas, mayoritariamente ucranianos, varones, con estudios terciarios o universitarios. Su inserción fue dificultosa en varios casos por desconocimiento del idioma y ausencia de redes socio familiares (UNLa, UNICEF, 2017).

En los últimos 15 años ingresaron cantidades pequeñas de varones desde diversos países de África, en especial de la República de Senegal. Jóvenes, en su mayoría solteros, que suelen dedicarse a la venta ambulante. El censo 2010 registra 2.700 personas, mayoritariamente hombres.

## Emigración

La emigración de personas argentinas en 2010 se estimaba en 971.698 personas, lo que representaba el 2,4% de la población total. Los principales países de destino eran: Reino de España (30,02%), Estados Unidos de América (23,25%), República de Chile (8,49%), República del Paraguay (6,08%) y Estado de Israel (4,97%) (OIM, 2012).

## Personas refugiadas en la República Argentina

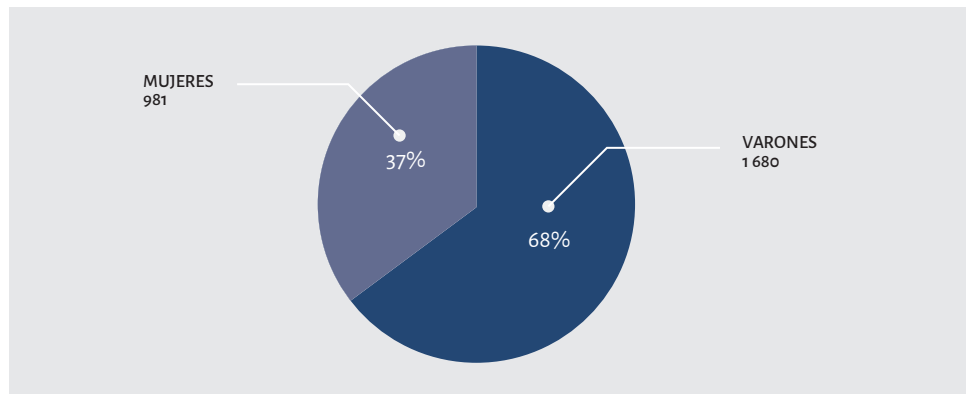
Según el documento *Tendencias Globales. Desplazamiento Forzado 2020* de ACNUR, en Argentina, a finales de 2020, se contabilizaron un total de 4.045 personas en calidad de refugiadas, y 9.176 personas solicitantes de asilo.

En 2018 la Comisión Ejecutiva de la Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE) realizó un informe sobre los diferentes grupos poblacionales según nacionalidades que piden obtener el reconocimiento del estatus de refugiado<sup>29</sup>. Entre 1985 y 2018 se registraron 24.531 solicitudes totales, de las cuales el 69% fueron de varones y el 31% de mujeres. Algunos resultados con respecto a las variables de país de origen y género son:

---

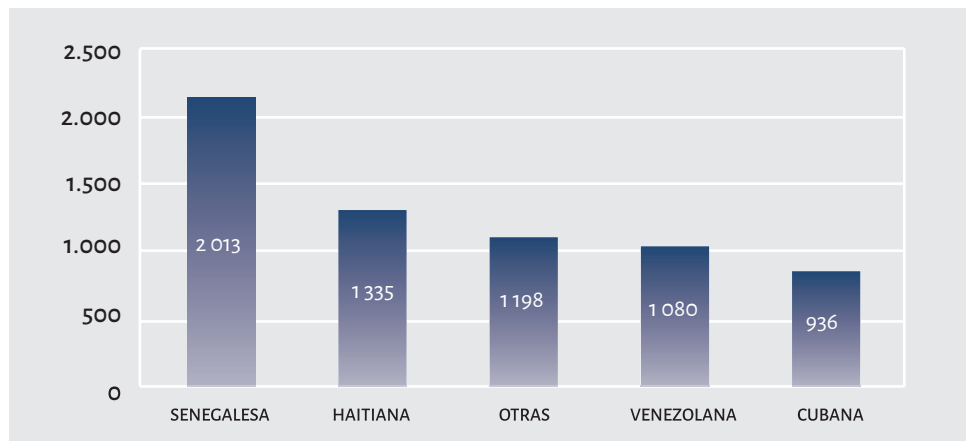
29. En los términos de la Convención de 1951 sobre el estatuto de los refugiados, su protocolo adicional de 1967 y la Ley N° 26.165.

**FIGURA 8. PETICIONANTES DEL ESTATUTO DEL REFUGIADO DEL AÑO 2018 POR GÉNERO**



FUENTE: EL GRÁFICO REPRESENTA UN TOTAL DE 1.680 VARONES Y 981 MUJERES. ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE CONARE (2018).

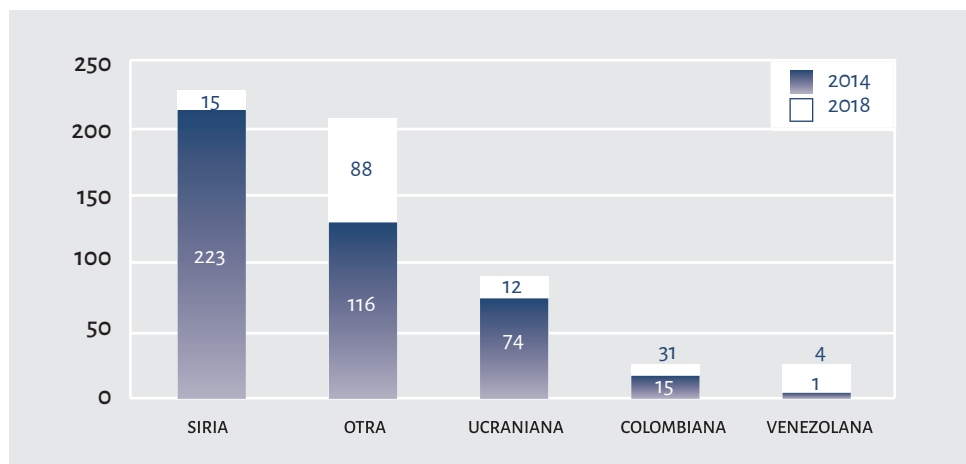
**FIGURA 9. PRINCIPALES NACIONALIDADES ENTRE EL 2014 Y 2018 DE SOLICITANTES DE ASILO, EN MILES DE PERSONAS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE CONARE (2018).

Entre 2014-2018, del total de solicitudes se reconocieron como refugiadas a 591 personas, incluidas 135 del año 2018, registrándose las siguientes cinco principales nacionalidades de forma decreciente:

**FIGURA 10. ORIGEN DE PERSONAS RECONOCIDAS COMO REFUGIADAS ENTRE 2014 Y 2018**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE CONARE (2018), EN CIENTOS DE PERSONAS.



### 3. INTEGRACIÓN Y ACCESO A DERECHOS DE PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS

---

#### Las leyes migratorias en la República Argentina: breve recorrido histórico

Como se ha venido mencionando, uno de los objetivos de este manual es transmitir información actualizada y clara que pueda facilitar en forma práctica la resolución de necesidades por parte de quienes acompañan o trabajan con población migrante y refugiada. Este objetivo se establece en sintonía con la reglamentación de la Ley de Migraciones N° 25.871 que, en pos de facilitar la regularidad migratoria, menciona la obligación que tienen los establecimientos educativos y de salud de brindar asesoramiento respecto de los trámites migratorios.

Las leyes migratorias establecen quiénes pueden ingresar al país, por dónde, con cuáles documentos, cuánto tiempo se pueden quedar, qué tienen permitido o prohibido hacer, cuáles son sus derechos y obligaciones y qué ocurre si infringen la ley migratoria.

La República Argentina ha tenido tres leyes migratorias de alcance nacional: una en el siglo **XIX**, otra en el siglo **XX** y la última en el siglo **XXI**. A pesar de que Argentina es, desde su conformación como Estado Nación, a fines del siglo **XIX**, un país receptor de migraciones, la ley vigente es recién la segunda con tratamiento parlamentario<sup>30</sup>. Cada normativa tuvo un papel relevante en la historia de las migraciones y en la trayectoria de las personas migrantes en el país.

En 1876 se sancionó la **Ley N° 817 de Inmigración y Colonización**, más conocida como Ley Avellaneda. Basada en preceptos contenidos en los artículos 20 y 25 de la Constitución Nacional de 1853, que promovían la inmigración europea y aseguraban a las personas extranjeras los mismos derechos civiles que a los nacionales, la Ley Avellaneda constituyó el marco normativo que permitió el ingreso, la permanencia y la inclusión social y económica de los más de 2.000.000 de inmigrantes llegados entre 1880 y 1930. En los más de cien años en que tuvo vigencia formal, fue modificada por decenas de decretos del Poder Ejecutivo. A partir de la década de 1960, coincidiendo con ingresos de personas provenientes de países limítrofes, se restringieron las posibilidades de regularización. Finalmente se derogó en 1981, durante la última dictadura militar (1976-1983) y fue reemplazada –sin debate social ni trámite parlamentario– por la **Ley General de Migraciones y Fomento a la Inmigración** N° 22.439, conocida como “Ley Videla”, e inspirada en la doctrina de seguridad nacional (UNLa, UNICEF, 2017).

Esta última fue reglamentada dos veces en el período democrático: en 1987 y en 1994, con exigencias que dificultaron la regularización de cientos de miles de migrantes. Sólo podrían obtener la residencia temporaria quienes contaran con capital propio o con un contrato de trabajo celebrado por escrito.

En la República Argentina, los procesos migratorios han influido en la construcción de un tejido social diverso, constituido por grupos de migrantes de diversos orígenes y con distintas historias que, además, han llegado al país en diferentes momentos históricos.

De este modo, a lo largo del tiempo se produjeron distintos estratos o categorías que encasillaron a las personas migrantes. Existen por lo tanto algunos grupos migratorios considerados “deseables”, quienes son incorporados rápidamente por la comunidad a

---

30. Luego de más de ciento veinte años de promulgada la primera Ley 817 de Inmigración y Colonización, sancionada en 1876 y más conocida como Ley Avellaneda (Courtis, C. y Pacecca, M. I., 2007).

la que llegan, y otros que son excluidos y discriminados -principalmente en función de su pobreza- con base en prejuicios y desconocimiento.

Es sustancial vincular el tema de la exclusión social con el desarrollo de padecimientos mentales, ya que la exclusión es un factor de riesgo que puede generar, desencadenar o agravar trastornos mentales preexistentes.

La migración constituye uno de los principales fenómenos sociales del siglo. Por eso, cada vez es más importante la profesionalización de los dispositivos de acogida y la sensibilización de la sociedad a través de una correcta comunicación, así como el desarrollo, desde las instituciones, de programas y recursos específicos para el abordaje multidisciplinario.

## La ley Nacional de Migraciones N° 25.871

La Ley de Migraciones N° 25.871<sup>31</sup>, aprobada por unanimidad en ambas cámaras del parlamento, fue promulgada a principios de 2004, y modificó significativamente esta dinámica de restricciones que imponían la irregularidad (UNLa, UNICEF, 2017). Garantizó a las personas migrantes, entre otros, el derecho a la educación y a la salud, en iguales condiciones que la población nativa e independientemente de su condición migratoria. Esta ley fue reglamentada mediante el Decreto N° 616 del año 2010, en el cual se destacó el hecho de que las políticas restrictivas a la inmigración no terminan con ella ni dan como resultado la presencia de menos migrantes, sino que generan la aparición de más migrantes irregulares (OIM, 2012). Se reconoció la participación de las organizaciones sociales y su fuerte activismo en materia de defensa de los derechos humanos.

El texto de la reglamentación fue resultado del trabajo conjunto entre el Estado y organizaciones de derechos humanos, religiosas y órganos de Naciones Unidas, como la OIM y el ACNUR, mediante la conformación de una comisión asesora. La reglamentación consolidó la no discriminación hacia personas extranjeras, incorporó el derecho humano a migrar, el acceso a la justicia, la prohibición de expulsiones sin el debido control judicial y la reducción de los supuestos de detención de migrantes (OIM, 2012).

## Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26.165/06

Como se ha venido mencionando, la protección internacional de las personas refugiadas cuenta con dos instrumentos principales que la rigen. Por un lado, a nivel universal, la Convención de 1951 y, a nivel regional, la Declaración de Cartagena. En la República Argentina estos derechos, y los mecanismos institucionales para acceder a ellos, se encuentran contenidos en la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26.165 del año 2006. La autoridad de aplicación de dicha normativa es la Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE).

La solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado se puede realizar ante la Secretaría Ejecutiva de tal organismo o en las Delegaciones de la DNM en las provincias. La CONARE analiza los casos y determina la condición de refugiado. Si este organismo reconoce el estatuto de refugiado, la persona recibe una residencia temporaria por dos años, prorrogable (UNLa, UNICEF, 2017). La protección de las personas refugiadas en la República Argentina se realiza con arreglo a los principios de no devolución

*En 2017, el Decreto N° 70/17 promulgado "por necesidad y urgencia" modificó la Ley N° 25.871<sup>32</sup>. El contenido sobre criminalidad que puntualiza el decreto excede a este trabajo. No obstante, resulta imprescindible señalar que su promulgación tuvo un profundo impacto al haber instalado, tanto en la agenda mediática como en la del Estado, la presentación de migrantes asociados a connotaciones negativas en relación con cuestiones de seguridad nacional. Diversas asociaciones advirtieron sobre el impacto negativo que dicho decreto tuvo en la sociedad en general, al asociar migración y criminalidad de una manera lineal. Las consecuencias que representaciones como éstas producen en la esfera psicosocial generan malestar a migrantes y familiares y favorecen la estigmatización y la segregación. El decreto N° 70/17 fue finalmente derogado en marzo de 2021.*

32. Organizaciones académicas y de la sociedad civil se opusieron a este decreto. Mediante un amparo colectivo alertaron sobre la asociación de migrantes con infracciones a la ley, criminalidad y narcoterrorismo, y con argumentos que contradicen el incremento de la participación de inmigrantes en la comisión de delitos (Gil Araujo, 2019).

31. Promovida por el senador Rubén Giustiniani, entonces presidente de la Comisión de Población y Desarrollo Humano de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación (Giustiniani, 2004).

(*non-refoulement*), incluyendo la prohibición de rechazo en frontera, no discriminación, no sanción por ingreso ilegal, unidad de la familia, confidencialidad, trato más favorable y de interpretación más favorable a la persona humana o principio pro homine. Conforme al carácter declarativo que tiene el reconocimiento de la condición de refugiado, tales principios se aplican tanto al refugiado reconocido como al solicitante de dicho reconocimiento<sup>33</sup>. En las últimas décadas se volvió frecuente la noción de flujos mixtos para aludir a movimientos de población que incluyen a personas migrantes económicas, refugiadas, solicitantes de asilo y otros tipos de migrantes<sup>34</sup>.

## **La regularización migratoria: instancia favorecedora de la integración social como factor protector de la salud mental de las poblaciones migrantes**

Las políticas, programas y procesos de regularización migratoria constituyen una instancia privilegiada en pos de la inserción e integración social de las personas migrantes a la comunidad nacional de destino, tanto como su acceso a derechos.

En la República Argentina se desconoce el volumen de migración irregular. Sin embargo, se puede acceder a información sobre quiénes han salido de la irregularidad debido a la política migratoria implementada desde 2004 con el objeto de regularizar la situación de migrantes del MERCOSUR y asociados<sup>35</sup>. Esta medida generó un impacto positivo en la realidad cotidiana de las personas, marcado por la salida de la precariedad reglamentaria (OIM, 2012).

Dentro de las medidas implementadas se destacan las siguientes: el amparo del Decreto N° 1169/04 por el cual se regularizó a 12.062 migrantes (el 75% de los cuales pertenecía a la nacionalidad china) y el Decreto N° 578/05, que reguló la situación de nativos del MERCOSUR y asociados del denominado “Programa Patria Grande”.

Este programa simplificó el trámite de regularización e involucró a varias partes estatales y de la sociedad civil. La persona inscripta podía recibir un “certificado de residencia precaria” con el cual estudiar, trabajar, entrar y salir del país. En el período 2004 - 2011 iniciaron el trámite 1.383.855 personas y se resolvieron 1.198.280. Las radicaciones permanentes de migrantes de países cercanos, especialmente de origen paraguayo, boliviano y peruano, representaron un 81,7% y las radicaciones temporales un 82,9%.

De los datos obtenidos a partir del Programa se documentó, con respecto a la edad, que el 56% de estas personas tenía entre 20 y 34 años. En cuanto al carácter laboral, el 85% se declaró activa, de las cuales el 70% estaba ocupada y el 15% desocupada.

Con respecto a la inserción laboral, la migración paraguaya, boliviana, chilena, uruguaya, brasileña y peruana, y en los últimos años colombiana, ecuatoriana y venezolana, llegó a la República Argentina en busca de mejores oportunidades laborales y de vida. Sin embargo, principalmente han abastecido la demanda generada por el sector informal.

La población migrante limítrofe se inserta, en su mayoría y generalmente, en los segmentos de la construcción, industria textil, confección y calzado, comercio al por menor y servicio doméstico, la producción hortícola y la fabricación de ladrillos. Se destaca el

---

33. Art. 2, Ley N° 26.165.

34. Sobre flujos mixtos, consultar: Naciones Unidas (2018) *Guía informativa sobre políticas de emprendimiento para personas migrantes y refugiadas*.

35. Los países miembros y Estados asociados del MERCOSUR son: República Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, República Federativa de Brasil, República de Colombia, República de Chile, República del Ecuador, República Cooperativa de Guyana, República del Paraguay, República del Perú, República Oriental del Uruguay, República Bolivariana de Venezuela y República de Surinam.

papel que desempeña en trabajos que la población nativa abandona. En términos generales, tomando la variable de género, la puerta de entrada al mercado laboral para las mujeres es el trabajo doméstico y para los varones la construcción (OIM, 2012).

**Con relación a la inserción en el mercado laboral, se ha afirmado que la regularización es la medida más efectiva para acabar con la extrema vulnerabilidad de las personas trabajadoras migrantes y sus familiares en situación irregular (OIM, 2016). En resumen, tanto la regularización como la facilitación de acceso a la residencia son concebidas como la base para lograr una integración plena de migrantes en las sociedades de acogida.**

## **Características, determinaciones y motivos involucrados en el hecho de migrar**

Se recapitularán algunos comentarios iniciales sobre movilidad territorial y personas que se desplazan en territorios, haciendo hincapié en la heterogeneidad de características, determinaciones y motivos involucrados en el hecho de migrar (Grimson y Karasik, 2017).

**En general, en el discurso se tiende a homologar las migraciones a las migraciones internacionales, a pesar de la existencia de contextos históricos en los que los desplazamientos territoriales internos de los Estados son más importantes en términos cuantitativos que los internacionales.**

Las personas migrantes y sus familias realizan distintos tipos de desplazamientos, y por múltiples motivos. Estos desplazamientos pueden implicar el cruce de fronteras internacionales o el despliegue dentro de un mismo país. Este aspecto del cruce internacional de fronteras distingue a las migraciones internas de las migraciones internacionales. A su vez, las migraciones internas se realizan tanto desde áreas rurales a urbanas y/o viceversa, desde ciudades pequeñas a metrópolis o inversamente, o entre diferentes contextos rurales, dentro o fuera de una misma provincia o región.

Los cambios en el lugar de residencia pueden ser permanentes, realizados de una vez y para siempre, o resultar temporarios. La facilidad comparativa respecto a épocas pasadas para acceder a medios de transporte y concretar viajes incide en la circularidad de las migraciones contemporáneas. En este caso, si se trata de desplazamientos temporarios la duración de la estancia en el lugar de destino puede consistir en un plazo de tiempo breve o prolongado.

Como se ha mencionado, los motivos que movilizan los desplazamientos son **múltiples y heterogéneos**, e incluyen desde aspectos laborales, económicos o políticos, hasta familiares y afectivos: encontrarse o reencontrarse con parientes; o inversamente, alejarse de seres cercanos, cuya proximidad se padece; olvidar un desengaño amoroso; reunirse con hijos, hijas, madres o padres que migraron anteriormente; cambiar de trabajo; apostar por una pareja que vive en otra región y con quien se desea convivir. Estos son algunos ejemplos ilustrativos pero los motivos son tan variados y complejos como las biografías de quienes se movilizan a lo largo del mundo o dentro de un país o región.

Generalmente, las personas se trasladan porque pretenden mejorar sus condiciones de vida, beneficiarse de mejores oportunidades laborales, conocer lugares, tener nuevas experiencias, o ampliar horizontes y perspectivas. También se mudan si experimentan inseguridad en el lugar donde residen y buscan contextos más seguros. O en busca de servicios de mejor calidad, hacia metrópolis con mayor infraestructura y logística; o

en cambio, desde grandes ciudades hacia ámbitos donde el paisaje natural adquiere centralidad. Para tomar estas decisiones quizás priorizan, bajo determinadas circunstancias, la posibilidad de satisfacción de la atención de necesidades de familiares de un rango etario determinado: pequeños, jóvenes, adultos, o adultos mayores.

Y, finalmente, es importante considerar si las personas y familias que hicieron uso de la movilidad entre territorios, bajo determinadas circunstancias, pudieron decidir **libre y voluntariamente cambiar su lugar de residencia** o, por el contrario, **lo han efectivizado una vez que se sintieron forzadas** por amenazas, desesperación, peligros o desastres ambientales.

En el próximo capítulo se desarrollarán en profundidad las leyes mencionadas aquí, en especial, en función del derecho al acceso a la salud y a la salud mental. Asimismo, se describirán las representaciones sociales como instancias favorecedoras de la integración social como factor protector de la salud mental de las personas migrantes y refugiadas y cómo las miradas, creencias y prejuicios referidas a esta problemática tienen profundos efectos en el acercamiento a este colectivo poblacional. Conocer los datos reales que aquí se brindan tiene el objetivo de ayudar a evitar prejuicios y preconceptos y llevar adelante las tareas de acompañamiento de un modo más humano y respetuoso.

## Actividades del módulo 2

### ACTIVIDAD N° 1

#### Objetivos:

- » 1. Introducir las múltiples dimensiones involucradas en los procesos migratorios, enfatizando la perspectiva de las personas migrantes en la travesía migratoria.
- » 2. Invitar a que quienes participan se pongan en el lugar de las personas que migran, especialmente aquellas recién llegadas, actualizando sus vivencias, sensaciones, temores y expectativas en relación con habitar un nuevo espacio.
- » 3. Reflexionar sobre la complejidad y desafíos de la experiencia del trabajo con migrantes no hispano parlantes, sin allegados intérpretes.

**Consigna:** Mirar el video *Emigrantes - Shaun Tan*, disponible en el siguiente enlace: [https://youtu.be/IU\\_vXPlbulM](https://youtu.be/IU_vXPlbulM)<sup>36</sup>

**Síntesis:** Se presenta un recorte de la novela gráfica silenciosa *Emigrantes*, tal como la denominó su autor, el artista Shaun Tan. Basada en cientos de relatos de personas que dejaron atrás su familia y su país, en una apuesta por encontrar un destino mejor en un lugar desconocido, donde nada tiene nombre y el futuro es una incógnita. El protagonista no puede leer y el lector también será desafiado a comprender a partir de la sucesión de imágenes sin textos.

- » Se invita a compartir comentarios que surjan luego de la proyección, y/o relatos de experiencias de migración conocidas, cercanas o propias. ¿Qué significados tiene para cada persona la migración?
- » Dado que el autor alude al silencio producto del desconocimiento del idioma de la comunidad receptora, se invita a reflexionar sobre la experiencia diferencial del trabajo con migrantes que hablan el idioma de la sociedad receptora, de aquellos que no son hispano parlantes, ni cuentan con allegados intérpretes. Reflexionar sobre desafíos y estrategias de los equipos, dispositivos y programas en esta situación.

---

### ACTIVIDAD N° 2

**Objetivo:** Reflexionar acerca de las personas solicitantes de asilo y refugiadas, intentando poner en primer plano sus vivencias, temores y expectativas con relación a tener que abandonar con premura su lugar y habitar un nuevo espacio.

---

<sup>36</sup>. Consultado el 03 de agosto de 2021.

**Consigna:** Mirar el video *Lo que se llevaron con ellos*, realizado por el ACNUR, en el siguiente enlace [https://youtu.be/j-\\_XXanKIEU](https://youtu.be/j-_XXanKIEU)<sup>37</sup>.

**Sinopsis:** Si tuviera que huir de su casa, ¿qué se llevaría? El poema *Lo que se llevaron con ellos*, recitado por actores, cuenta algunas de las cosas que refugiados y refugiadas de todo el mundo quisieron conservar en su travesía.

- » Reflexionar sobre el contexto en el que las personas emprenden un viaje fuera de sus lugares de pertenencia, a pesar de los peligros. Relacionar con lo desarrollado sobre las causas por las cuales una persona se convierte en solicitante de asilo o refugiada. ¿Cuáles pueden ser las circunstancias que rodean esta situación?
- » ¿Qué objetos o pertenencias de su vida cotidiana se llevaría antes de migrar si tuviera que partir con celeridad, o qué ha preservado en el caso de haber migrado? Es posible que sean aludidos: música, vestimenta, revistas, juegos, libros, utensilios, comidas, fotografías, otros. Reflexionar sobre el valor de estos objetos y lo que representan en personas adultas, niños, niñas y adolescentes.

---

### ACTIVIDAD N° 3

**Objetivo:** Favorecer el análisis crítico sobre situaciones de discriminación. Reconocer los derechos de las minorías y la responsabilidad del Estado ante ellas.

**Consigna:** Mirar el cortometraje *La otredad* realizado en el marco del 4º Festival de Cine por los Derechos Humanos (Bogotá 2017) en el siguiente enlace <https://youtu.be/Owo7z0l2UCs><sup>38</sup> y compartir reflexiones a partir de lo visto en el Capítulo 2, a la manera de cierre de la actividad.

**Sinopsis:** A través de imágenes y preguntas, este cortometraje contribuye al conocimiento de fenómenos migratorios y la valoración de las diferentes identidades, la convivencia en la diversidad y el rechazo a la discriminación.

- » Reflexionar sobre la frase: *Cuando uno se va sin querer irse y sin poder quedarse*. ¿Qué referencias se hacen en el corto sobre el lugar de las mujeres latinoamericanas migrantes?
- » ¿Qué supuesto o prejuicio sustenta la frase que las describe como *más expuestas, y meras acompañantes del varón*? Establecer relación con cifras presentadas en el capítulo sobre migrantes en la región, y específicamente migrantes mujeres.

---

37. Consultado el 10 de agosto de 2021.

38. Consultado el 03 de agosto de 2021.

# 3

**El acceso a la salud para las personas  
migrantes y refugiadas desde un  
enfoque intercultural e interseccional**





### En el siguiente capítulo se propone:

- » Presentar el marco normativo local sobre el derecho a la salud para la población en general, y para personas migrantes y refugiadas en particular.
- » Conocer concepciones de salud que incluyen itinerarios y experiencias que sujetos y grupos sociales protagonizan en búsqueda de alivio a sus padecimientos.
- » Describir distintos modelos de atención en salud, accesibilidad y barreras que obstaculizan la atención de personas migrantes y refugiadas.
- » Introducir el enfoque intercultural e interseccional desde una perspectiva de derechos humanos y de género.
- » Abordar representaciones sociales sobre las personas migrantes y refugiadas en distintos contextos, especialmente en ámbitos sanitarios, analizando su incidencia en prácticas cotidianas.
- » Reconocer procesos de discriminación y racismo discursivo en distintos espacios que impactan, a su vez, en el acceso a la salud y a la salud mental de las personas migrantes y refugiadas.



## A modo de reflexión inicial

A continuación, se proponen algunas preguntas o disparadores previos a la lectura del capítulo, a fin de interrogarse sobre aspectos relativos al proceso de *salud - enfermedad - atención - cuidados* de poblaciones migrantes y refugiadas y respecto de las miradas y representaciones sociales sobre este grupo poblacional.

- » ¿Cuáles son y cómo se efectivizan los derechos de las personas migrantes y refugiadas y el derecho a la salud y a la salud mental en la República Argentina?
- » ¿A qué prestaciones de salud tienen derecho las personas migrantes y refugiadas en Argentina? ¿El acceso a servicios de salud depende de la categoría de residencia o del tipo de documento?
- » ¿Conoce concepciones, expectativas, itinerarios y experiencias previas de atención de la salud de usuarios/as migrantes y refugiados/as? ¿Qué sabe respecto a su país y/o sociedad de origen, idioma, cultura, religión y modos de concebir y atender su salud?
- » ¿Cuáles son las miradas y representaciones sociales sobre población migrante y refugiada en distintos contextos? ¿Y en ámbitos sanitarios?
- » ¿Es cierto que las personas migrantes y refugiadas pueden ser portadoras de enfermedades riesgosas para la comunidad receptora y constituyen una carga para los servicios sanitarios?
- » ¿Qué idiomas hablan mayoritariamente las personas solicitantes de asilo y refugiadas en Argentina? ¿Qué complicaciones en la comunicación pueden surgir cuando no se habla el mismo idioma?
- » Definir “cultura”. Revisar si en la definición se incluyeron las palabras “comunicación” y “representaciones sociales”. Si no se encuentran, ¿cómo se podría incorporar estos significantes en la definición?
- » ¿Con qué herramientas se cuenta en los trabajos para respetar y favorecer la diversidad cultural?

# 1. EL DERECHO A LA SALUD DE PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS EN ARGENTINA: NORMATIVAS VIGENTES. LEY NACIONAL DE MIGRACIONES N° 25.871

## Introducción

En este apartado se retomará la Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, ya mencionada en el Capítulo 2, para poder abordar y profundizar aspectos del derecho a la salud de la población migrante y refugiada.



Como punto de partida, es importante mencionar que la Ley garantiza los derechos sociales, económicos y culturales en igualdad de condiciones a nacionales y extranjeros (Ceriani Cernadas, 2011).

Se estructura en base a dos criterios principales:

- » Por un lado, asegura derechos básicos a las personas extranjeras residentes en Argentina, independientemente de la regularización de su situación migratoria.
- » Por otra parte, incorpora por primera vez un criterio de integración regional y otorga a habitantes de países de la región un trato diferenciado, reconociendo que una mayoría de migrantes proviene de América Latina (OIM, 2012).

A continuación, se transcriben dos artículos que permiten comprender cómo se concibe, según la ley, el derecho a la salud:

**Artículo 6°** — El Estado en todas sus jurisdicciones asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

**Artículo 8°** — No podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Como se puede observar, esta normativa establece el derecho a la salud de personas migrantes en igualdad de condiciones con la población nativa, sin que la condición migratoria constituya una restricción de ningún tipo.

De acuerdo con la Ley N° 25.871, la migración es un derecho humano, esencial e inalienable de las personas y, aunque pueda parecer una obviedad, lo cierto es que el derecho a migrar invierte la regla histórica vigente desde la aparición de los Estados en el siglo XVII:

Ya no es el Estado el que decide qué personas y grupos, con qué características fenotípicas y dotación simbólica, qué habilidades y disposiciones se va a incorporar a la comunidad política que el Estado gobierna, sino que son las personas y los grupos humanos quienes tienen en principio el derecho a decidir en qué organización política quieren vivir y ejercer la totalidad de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (INADI, 2016).

*El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales. Éstos son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado y corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo. Resulta importante señalar que, aunque el Estado adhiere a pactos internacionales con rango constitucional que garantizan el derecho a la salud, no existe en Argentina una ley nacional de salud referida a la población nativa, similar a la que existe, por ejemplo, en el campo de la educación. No obstante, de acuerdo con la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial (Spinelli, 2010)<sup>39</sup>. Así, el artículo N° 42 de la Constitución Nacional refiere: “los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”. Dentro de los pactos internacionales a los que el Estado Argentino adhiere se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece la articulación más completa al reconocer, en su artículo N° 12, “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.*

Por su parte, la reglamentación de la Ley N° 25.871<sup>40</sup> alude a la obligación que los distintos órganos de gobierno tienen en cuanto a modificar procedimientos para garantizar la incorporación efectiva de los cambios jurídicos<sup>41</sup> que allí se definen. Sin embargo, existen áreas que podrían ser fortalecidas. Por ejemplo, al momento, no se registran políticas públicas que incluyan intérpretes lingüísticos y mediadores culturales, al menos en el sector de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto resulta relevante, especialmente para personas migrantes y refugiadas que no hablan castellano ni cuentan con allegados o familiares que hagan las veces de intérpretes. A lo largo del capítulo se verá la importancia de la comunicación en la construcción del lazo con otras personas y en la posibilidad de comprender la cultura del otro. En los distintos servicios de salud en Argentina, el uso exclusivo del español dificulta la interacción con profesionales, obstaculizando el objetivo de la consulta, incluso desde la instancia de solicitud de turnos en las ventanillas administrativas.

Para la atención de la salud mental, es particularmente relevante la comprensión de la lengua de la otra persona, para poder comprender modismos o las características propias de una forma de expresarse. Comprender la lengua de la persona es importante para elaborar un diagnóstico y un pronóstico pertinente sobre la situación de salud mental de cada migrante.

## **Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26.165/06**

La Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26.165, del año 2006, hace referencia explícita a la salud en los Artículos N° 42 y 51. El Artículo 42° menciona el plazo no mayor a veinte días hábiles desde el registro de la solicitud de la condición de persona refugiada, en los que se podrán arbitrar medios para brindar al solicitante y su familia asistencia humanitaria básica de alojamiento, ayuda alimenticia, salud y educación. El Artículo 51° refiere que se otorgará a la persona solicitante y grupo familiar un documento provisorio renovable hasta la resolución sobre la solicitud de asilo, apto para desempeñar tareas remuneradas y acceder a servicios de salud y educación. Asimismo, los Artículos 31° y 53° aluden a procurar atención psicológica especializada a solicitantes que la requieran, entre ellos, mujeres y/o menores no acompañados o víctimas de violencia.

**En conclusión, y atento a ambas leyes mencionadas, se garantiza la atención de salud en el sistema público, que no podrá ser negada, independientemente de la nacionalidad y del tipo de residencia. Además, constituye una obligación de cada profesional brindar información sobre derechos y trámites para regularizar la situación migratoria.**

39. Que debe ser asegurada por el Estado a todos los habitantes y financiada por prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso de toda la población.

40. Decreto N° 616/2010, B.O. N° 31.898.

41. En su Artículo 9° decreta que los órganos de aplicación deben organizar un sistema de formación e información sobre los derechos y deberes garantizados en la Ley de Migraciones para funcionarios y empleados públicos con trato con inmigrantes, especialmente en entidades educativas y de salud, entre otras. Deben brindar información en materia de regularización migratoria, contemplando lenguas de origen de usuarios, contando con asistencia de intérpretes lingüísticos y mediadores culturales.

## 2. ALGUNAS CONCEPCIONES ACERCA DE LA SALUD Y SUS ABORDAJES DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL

El modo en que es pensada la salud determina los abordajes cotidianos y las prioridades establecidas en las agendas políticas (Ministerio de Salud de la Nación, 2012a). Por esto, se retomarán algunas definiciones de salud para comprender qué representaciones sociales<sup>42</sup> se juegan en ellas y qué tipo de práctica supone cada una.

Algunas definiciones describen a la salud como ausencia de enfermedad y/o de trastornos. Desde esta concepción, la salud es pensada como un estado opuesto al de enfermedad. Estar sano sería entonces sinónimo de no presentar enfermedades, trastornos o patologías que, de estar presentes, deberían ser identificadas y eliminadas por profesionales.

**Ahora bien, es necesario revisar esta concepción y comprender que salud y enfermedad no son estados ni polos opuestos, estáticos y dicotómicos, sino que se encuentran relacionados entre sí y forman parte de un proceso dinámico: el proceso de salud/enfermedad/atención.**

En este sentido, se retoma brevemente el desarrollo teórico de Eduardo Menéndez (1994), quien observa que los modos de atención que existen en cada territorio forman parte y producen efectos sobre los procesos de salud/enfermedad de sujetos, familias y comunidades, a la vez que condicionan los tipos de ayuda que van a ser solicitados. A partir de allí, se comprende a la salud como un proceso de salud/enfermedad/atención/cuidados (PSEAC), comprendido como un *continuum* de la atención que se brinda. Algunas concepciones enfatizan el protagonismo y la participación de cada sujeto en su PSEAC, especialmente frente a los denominados “problemas complejos en salud”, que suelen requerir de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

**Desde esta perspectiva se ha definido a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. Se trata entonces de desear cambiar lo que produce sufrimiento. Para eso, es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros; constituirse como sujeto y luchar para que los demás también lo sean. El trabajo pasa entonces por lograr que cada persona gane control sobre sus propias vidas (Ministerio de Salud de la Nación, 2012b).**

### Algunas consideraciones sobre abordajes en salud y salud mental de las personas migrantes y refugiadas

Siguiendo con este enfoque y con los desarrollos teóricos que se fueron abordando a lo largo del Manual, se propone pensar la salud y la salud mental de las personas migrantes y refugiadas como un proceso, situado históricamente, que contemple las oportunidades y ofertas de atención tanto como los propios itinerarios de personas y grupos en busca de cuidados de sus padecimientos. Desde esta concepción, se incluye el protagonismo de las personas, buscando incentivar su participación activa en los PSEAC. Se recomienda que los equipos de trabajo no consideren a las personas como

*En febrero de 2019, la legislatura de la Provincia de Jujuy aprobó la Ley N° 6.116 para cobrar los servicios médicos que reciban las personas migrantes que se establezcan allí de manera transitoria, normativa que contradice la Ley N° 25.871 y los tratados con jerarquía constitucional a los que la República Argentina adhiere (CELS, 2019). En esa misma dirección, en algunas otras provincias argentinas que tienen frontera con países limítrofes se realizaron proyectos de reformas legislativas que cuestionan la gratuidad del acceso a los servicios de salud por parte de personas migrantes<sup>43</sup>.*

42. Más adelante se brindará una definición profunda del concepto “representaciones sociales” que se menciona en este apartado y a lo largo del Capítulo 1.

43. Para ampliar, consultar Evaluación sobre el cumplimiento del PIDESC: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/ARG/INT\\_CESCR\\_CSS\\_ARG\\_32411\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/ARG/INT_CESCR_CSS_ARG_32411_S.pdf) (consultado el 10 de agosto de 2021).

simples receptoras pasivas de prácticas asistenciales, o incluso meras destinatarias de procedimientos rutinarios y/o estandarizados.

1

Tal como se introdujo en el **Capítulo 1**, la salud mental no puede pensarse como un constructo diferenciado de la salud general, sino desde una concepción integral, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestimenta, cultura y ambiente.

4

Ahora bien, hay situaciones puntuales en la vida de las personas migrantes y refugiadas que pueden requerir de la atención especializada en salud mental y apoyo psicosocial. En el **Capítulo 4** del presente Manual se desarrollarán los 4 niveles de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial, siendo uno de ellos la atención especializada. Sin embargo, vale la pena dejar registro aquí de una situación habitual: muchas veces la derivación a especialistas en salud mental llega recién después de un sinnúmero de consultas en el sistema de salud por malestares inespecíficos, y ante la simultánea urgencia de resolución de distintas necesidades ligadas a condiciones de vida y al establecimiento y sostén de vínculos cotidianos. De aquí que se vuelve importante poder distinguir cuándo es necesario derivar a un especialista y, a la vez, extender y profundizar la formación en salud mental desde el primer nivel de atención, como se desarrolló en el **Capítulo 1**.

1

La diversidad cultural asociada a las migraciones implica un desafío a las lógicas institucionales y disciplinares en las que se tiende a asistir a las personas desde una “normalidad”. Este tipo de intervenciones tienden a leer cualquier signo o indicador que se sale de lo esperado como una patología. El desafío consiste entonces en considerar e incluir las diferencias que cada cultura alberga y que luego tendrá, además, su propia inscripción y correlato en la subjetividad de cada persona. Estos retos se dan en los sistemas de salud en general y, fundamentalmente, en lo que respecta a las concepciones sobre la salud mental de las personas migrantes y refugiadas.

En el encuentro que los profesionales de la salud tienen con las personas migrantes y refugiadas dentro del sistema sanitario, independientemente del nivel de atención en el que se encuentren, es necesario tener la **precaución de no patologizar las diferencias percibidas**, en especial si los modelos asistenciales se ejercen desde modelos de atención en los que predominan reduccionismos<sup>44</sup> biológicos, del psiquismo u otros.

Es importante tener en cuenta que no se debe descartar la emergencia de padecimientos mentales y la necesidad de ayuda por parte de especialistas en salud mental (por ejemplo, aquellos padecimientos que pueden desencadenarse frente a procesos vertiginosos de aculturación, o inclusión asimilacionistas<sup>45</sup>), pero esto no debe llevar a la universalización diagnóstica. Es decir, no puede ni debe afirmarse que todas o la gran mayoría de las personas migrantes y/o refugiadas presentan padecimientos mentales o patologías psiquiátricas adjudicadas al hecho de ser migrantes o solicitantes de asilo, o a las experiencias vividas en el proceso migratorio, tal como se desarrollará en el **Capítulo 4**.

4

Por ejemplo, si el ejercicio de los derechos sociales se encuentra vulnerado, se corre el riesgo de adjudicar a trastornos psíquicos o supuestos traumas intrínsecos un malestar que es una consecuencia esperable derivada de vivir en desigualdad de oportunidades o de enfrentar situaciones extremas de violencia, incertidumbre, escasez, etc.

Asimismo, si migrantes y refugiados/as necesitan apoyo psicosocial y, en particular, atención en salud mental, es necesario indagar sobre experiencias asistenciales previas

44. Entendiendo por reduccionismo a la simplificación de un fenómeno complejo.

45. En modos de inclusión social asimilacionistas se pueden reconocer diferencias de grupos minoritarios, pero quedan subsumidas para la integración social a la cultura del grupo mayoritario o hegemónico.

e itinerarios de cuidado para favorecer la accesibilidad al sistema de salud y la prestación de cuidados culturalmente sensibles y de calidad. Para esto, es necesario conocer en profundidad cuáles son los modelos de atención en salud y no desestimar los itinerarios de cuidado y las experiencias previas y durante el proceso migratorio (entre otras, la pre-partida, el tránsito, la llegada y la integración) que las personas migrantes y refugiadas tuvieron hasta el momento.

### 3. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD: BIOMEDICINA, MEDICINAS TRADICIONALES Y AUTOATENCIÓN

---

Antes que nada, resulta necesario partir de la base según la cual existen diferentes concepciones relacionadas a los procesos de salud - enfermedad, en función de las diferentes culturas. De hecho, cada cultura construye sus propios conceptos y creencias sobre estar sano y enfermo, así como sus propias clasificaciones sobre las enfermedades, ordenándolas según los síntomas o la gravedad que esa cultura les ha asignado. Por ello, es primordial reconocer que los conceptos de salud y enfermedad no son universales (Langdon y Wilk, 2010).

Teniendo en cuenta que las principales corrientes migratorias en Argentina provienen de países limítrofes y de otros países de la región, resulta menester considerar que, en distintas regiones de América Latina, es frecuente que coexistan diversos modos de atención a los padecimientos, variados tratamientos y distintos criterios curativos utilizados por personas y grupos sociales. Éstos suelen resultar ignorados o desestimados desde la lógica imperante en la atención institucionalizada de salud y salud mental, a pesar de ser utilizados por diferentes sectores de la población en forma sostenida.

Entre los distintos saberes y modos de atención se destacan (Menéndez, 2003):

- » **Biomedicina:** forma de atención de la medicina institucionalizada en la mayor parte de Occidente. Su representante más importante es el “médico especialista”, pero también el personal de enfermería y demás trabajadores de la salud.
- » **Medicina tradicional o popular:** curadores especializados como curanderos, brujos, espiritualistas, yerberos, chamanes, santos y figuras religiosas de diversos cultos. Varían según país de origen y cultura, pero tienen en común la manera de comprender la enfermedad, otorgándole causas religiosas o energéticas y proveyendo curas naturales o de índole religioso, entre otros.
- » **Medicinas alternativas o paralelas:** *new age*, reiki, flores de Bach, entre otros; incluye a personas sanadoras, bioenergéticas, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- » **Tradiciones médicas académicas no occidentales:** acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.
- » **Autoatención:** en todo grupo social se dan con cierta frecuencia y continuidad episodios de daños, padecimientos o enfermedades, y ante esto surge la necesidad del individuo y su entorno inmediato de establecer acciones para resolver estos problemas.

La biomedicina es la forma más extendida y hegemónica de atención de la enfermedad, institucionalizada en la mayoría de los países de Occidente. En esta modalidad, los servicios asistenciales se encuentran divididos en especialidades y subespecialidades según el cuerpo biológico. Es el modo hegemónico, pero no el único, entre otras diversas formas de atención a los padecimientos.

En todas las sociedades, los diferentes modos de atención funcionan en forma simultánea y superpuesta, muchas veces ignorándose entre sí. Sin embargo, son las personas usuarias quienes articulan entre estos modelos, consultando alternativamente o en forma paralela a curadores/as de diversas perspectivas, mediante procesos de autoatención, en busca del alivio a sus padecimientos (Menéndez, 2003, 2005)<sup>46</sup>.

La autoatención, entonces, estaría mediando permanentemente, como máquina articuladora e interpretadora, en la relación de los/as usuarios/as con los diferentes modos de atención, inclusive respecto a la biomedicina hegemónica.

Como se ha mencionado, en la atención en salud de personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, y especialmente en el caso de las personas recién llegadas, resulta vital el conocimiento sobre experiencias y trayectorias previas de atención en la sociedad de origen, urbana o rural, pequeña ciudad o megalópolis. No toda la población migrante tuvo acceso a servicios organizados según la biomedicina dominante, pero quizás atendieron su salud bajo otras formas. Sin embargo, la lectura habitual en esos casos suele ser: "nunca se atendieron en el sistema de salud". Por esa razón, es importante que el personal sanitario sea sensible a estas cuestiones a los fines de no juzgar las creencias y concepciones sobre los procesos de salud - enfermedad que traen sus pacientes, ni los modos de atención a los que pueden haber accedido.

Asimismo, las personas migrantes y refugiadas de diversas procedencias pueden haberse atendido desde la biomedicina, pero utilizada predominantemente ante situaciones de grave compromiso o riesgo como sistemas de urgencia, y no con controles periódicos, preventivos y de promoción de la salud<sup>47</sup>.

Resulta necesario no basarse únicamente en aquellos modelos teóricos que orientan las prácticas en formas organizacionales propias de la comunidad receptora para poder contemplar también las experiencias de quienes se atendieron en sus sociedades de origen desde diferentes políticas, prioridades y prácticas sanitarias.

Indagar qué y cuánto de lo que ocurre en el ámbito de la actual consulta es novedoso respecto a experiencias previas de atención puede ayudar a evitar algunos malentendidos y a comprender con mayor profundidad la situación de la persona que consulta.

En este sentido, incluso cualquier comunicación ante el personal administrativo puede ser el primer facilitador u obstáculo para sortear:

(...) lo que inhibe el acceso a los servicios (...) puede (...) [ser] que las exigencias de la atención al público no puedan ser bien comprendidas o satisfechas: formularios complejos, un vocabulario institucional poco familiar y el trato ríspido y poco sensible de los empleados dificultan la aproximación (Segato, 2006: 7).

46. La autoatención se define como el conjunto de representaciones y prácticas de sujetos y/o grupos para atender PSEAC reales o imaginarios, sin intervención directa de profesionales: son procesos de síntesis, articulación, o mezcla de distintas formas de atención. Constituye la principal y más constante forma de atención en los diferentes grupos sociales, no se reduce a un rasgo distintivo ni exclusivo de colectivos minoritarios específicos, como poblaciones migrantes o pueblos originarios, tal como, sin embargo, suele considerarse (Menéndez, 2003, 2005).

47. Por ejemplo: control de niño sano, seguimiento y control del embarazo, entre otros.



En la medida en que los y las profesionales tratantes muestren apertura para conocer y reconocer, sin condenar de antemano, prácticas que son divergentes a las establecidas localmente, pueden obtener efectos directos en la configuración de la consulta (como la construcción de una relación de confianza), y adquieren un conocimiento más profundo respecto a itinerarios de PSEAC de las personas usuarias.

Los modos en los que se consulta sobre itinerarios y experiencias previas de atención o procesos de autoatención impactan en la forma en que los y las profesionales se relacionan con sus pacientes, logrando funcionar como interlocutores/as confiables (Jelin, 2006; Cerrutti, 2011 y Finkelstein, 2015). Desdeñar dimensiones culturales, centrarse únicamente en el cuerpo biológico, o considerar lo cultural sólo en su dimensión de obstáculo no favorece la ampliación de perspectivas para producir encuentros entre las personas migrantes y los profesionales de la salud mental. En ese sentido, entre la integralidad y la especialización disciplinar, la curiosidad o la condena respecto a modelos no dominantes o no occidentales, se encuentran las apuestas de atención que implican poder escuchar a cada persona desde el respeto, considerando siempre la diversidad cultural de quien está recibiendo asistencia. Asimismo, una posición que incluye el registro y la sensibilidad ante las diferencias favorece la reflexión sobre la posición, parámetros y esquemas conceptuales desde los cuales se interpreta a la persona que se está intentando ayudar.

Para profundizar estos aspectos, más adelante se abordarán las herramientas que brindan la perspectiva intercultural y la interseccionalidad para mejorar la comunicación y favorecer el trabajo de salud mental y apoyo psicosocial con las personas migrantes y refugiadas.

## Accesibilidad y barreras a la atención

Para ponderar las posibilidades reales de las personas de concretar la atención de la salud y la salud mental resultan centrales los conceptos de accesibilidad, barreras y continuidad de cuidados.

La **accesibilidad** es comprendida como “la forma en que los servicios de salud se acercan a la población o la posibilidad / facilidad con que cuenta la población para ingresar / acceder al sistema de salud y/o usar sus recursos” (Defensoría del Pueblo, 2013). En el marco del acceso a la salud, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno ocupan un lugar preponderante en el proceso de atención integral. Poder alcanzar la consulta con un profesional de la salud requiere de una serie de condiciones necesarias que faciliten que las personas puedan acceder a su diagnóstico y eventual tratamiento. Los retrasos o la dificultad en la realización de estudios o acceso a los medicamentos impiden la atención integral de las personas (Defensoría del Pueblo, 2013).

Las dificultades o trabas para lograr una plena accesibilidad son entendidas como **barreras**, y se clasifican según diversas dimensiones involucradas. Algunos autores proponen una distinción entre barreras económicas, sociales, culturales y administrativas. También se alude a distintas dimensiones superpuestas en el criterio de accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información (Ase y Burijovich, en Finkelstein, 2017).

También hay quienes consideran que las dimensiones geográficas, económico-financieras y organizacionales enfatizan la dimensión cultural o simbólica y definen la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud.

En la articulación entre personas y servicios se analiza la posibilidad de que estas accedan oportunamente a los servicios según su necesidad. Se pone en juego, del lado

*La Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 2019 como el Año Internacional de las Lenguas Indígenas con el motivo de promover la recuperación, preservación, revitalización, el fomento y el desarrollo de las lenguas indígenas. En este ámbito, se destacan iniciativas de los Estados que, motorizados por la importante proporción de población indígena que poseen, han implementado iniciativas para la puesta en valor de las lenguas originarias, especialmente referidas a desarrollos tecnológicos. Por ejemplo, recientemente el Estado Plurinacional de Bolivia creó una aplicación de lenguas indígenas para teléfonos móviles que, considerando la presencia de comunidades indígenas que hablan lenguas nativas distintas al castellano, incluye el aymara, el quechua, el guaraní, el moxeño y el uru. La aplicación es abierta, pudiendo ser consultada, por ejemplo, por profesionales de salud que atienden a personas de esas comunidades, y resulta de interés ya que los traductores en línea más utilizados no incluyen lenguas originarias.*

*Algunos modelos de atención, como el de la denominada Clínica Ampliada desde la corriente de Salud Colectiva (Sousa Campos, 2001)<sup>48</sup>, otorgan centralidad al vínculo y al proyecto terapéutico por parte de profesionales y equipos intervinientes, que se responsabilizan por la atención de personas y familias con padecimientos, más que por el tratamiento fragmentario de patologías. Este modelo incluye al sujeto y su contexto, al sujeto y su dolencia como objetos de estudio e intervención, es decir, dimensiones subjetivas y sociales usualmente subestimadas en las prácticas asistenciales. Además, incorpora aspectos de promoción, prevención y rehabilitación frecuentemente desatendidos, todos ellos aspectos que privilegian la efectividad de los seguimientos ambulatorios y la mencionada continuidad de cuidados.*

de los servicios, la disponibilidad para contener personas que requieren de atención (Comes y Stolkiner, 2003).

Respecto de la atención de personas migrantes y refugiadas (y también en cuanto a los pueblos originarios), se han destacado barreras de acceso lingüísticas, comunicacionales y/o culturales. Las barreras referidas al idioma no son el único factor para considerar respecto a la posibilidad de establecer contacto y comunicación, pero constituyen un aspecto de singular importancia, como se verá más adelante.

Sería deseable que en distintas oficinas públicas del sector salud, educación y justicia, entre otras, sea contemplada la inclusión de traductores o intérpretes de estas lenguas, aplicaciones o, al menos, el establecimiento de contacto con referentes y/u organizaciones de las comunidades para facilitar la comunicación y mejorar el acceso a servicios.

Respecto a la continuidad de cuidados, tanto en tratamientos de salud en general como en abordajes de salud mental que realizan las personas migrantes y refugiadas, se han descrito situaciones de baja adherencia, interrupciones, deserciones y/o abandono.

Por ello, en la actualidad, el mayor desafío para el abordaje de los padecimientos en general es poder garantizar la continuidad de cuidados en la comunidad, en territorios y ámbitos donde ocurre la vida cotidiana de las personas, tal como se describe en el **Capítulo 1** respecto de la salud mental. Es importante para esto asignar valor al proyecto terapéutico y al vínculo que se establece entre profesional o equipo tratante y las personas, contemplando las formas en que se conjugan la condición general de migrantes y refugiados/as consultantes con las peculiaridades evaluadas en la singularidad y particularidad de cada caso.

---

48. La clínica ampliada se distingue de la Clínica tradicional u oficial y de la denominada Clínica Degradada, que funciona por degradaciones o límites externos que disminuyen la potencia de resolución de problemas de salud o como sistema de emergencias, en base a un sistema de trabajo: queja-conducta (Sousa Campos, 2001).

## 4. INTERCULTURALIDAD, INTERSECCIONALIDAD Y ACCESO A LA SALUD

---

La adopción de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad en salud es una recomendación de organismos internacionales y de políticas sanitarias de diversos Estados para garantizar el derecho a la salud integral. En el presente apartado se brindarán herramientas teóricas para comprender esta perspectiva y cómo su plena implementación favorece el acceso a la salud y luego, en el **Capítulo 4**, se brindarán herramientas prácticas, con el objetivo de facilitar la comunicación intercultural y sensibilizar a los distintos actores involucrados en el trabajo con personas migrantes y refugiadas<sup>49</sup>.



### Algunas reflexiones en torno a la noción de cultura

Existen casi tantas ideas de cultura como maneras de pensarla y de expresar su diversidad. Por esta razón, elegir un concepto de “cultura” es una tarea sumamente compleja. Según Alsina (1999) toda cultura es pluricultural, ya que su construcción se da a partir de los contactos entre los diferentes grupos que aportan sus modos de pensar, sentir y actuar.

Por eso se puede decir que la cultura es una construcción de significados compartidos que influyen sobre la formación de representaciones, sentimientos, emociones, ideas y comportamientos del ser humano. Todas las personas nacen en comunidades de vida que son además comunidades de sentido porque dan instrumentos para dar sentido a la realidad de su entorno.

Cada persona se apropia de la cultura de manera diferente, de acuerdo con su historia de vida, sus relaciones personales y la manera en que se construyó su subjetividad. Por este motivo, es importante no reducir a las personas a las características generales de la o las culturas a las que pertenecen. Los reduccionismos y las generalizaciones son siempre una forma de parcialidad basada en prejuicios que no consideran la complejidad de la singularidad de cada persona y de los colectivos de los que forma parte.

### La interculturalidad como concepto superador

El concepto de interculturalidad que se introduce aquí es un concepto superador al de multiculturalidad. Y si bien ambos conceptos se engloban dentro de la noción de pluralismo cultural y reconocen la diversidad cultural como un valor, **la interculturalidad refleja las relaciones que se establecen entre los distintos grupos socioculturales que conviven en un mismo espacio social, resaltando las transformaciones que producen dichas interacciones.**

---

49. En el presente apartado se retoman los conceptos desarrollados en la “Guía informativa de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del Programa Siria en Argentina”, de OIM, publicada en 2018 (c).

Este enfoque celebra, además, el encuentro entre culturas y promueve el diálogo entre ellas, sin desconocer las relaciones desiguales de poder sobre las que se fundan muchas de las pretendidas diferencias culturales. En este sentido, las intervenciones basadas en un enfoque intercultural suponen no sólo reconocer las diferencias y promocionar el encuentro y la convivencia entre culturas sino también cuestionar las condiciones a través de las que se construyen y ordenan de manera jerárquica muchas de esas diferencias, a través de un paradigma monocultural que en la sociedad occidental está fuertemente caracterizado por una identidad blanca, masculina y heterosexual (OIM, 2014).

Es decir que los enfoques con perspectiva intercultural presuponen tanto reconocer la existencia de la diversidad como la comprensión del carácter histórico-político de construcción de las diferencias, organizadas en un sistema jerárquico que produce desigualdades. Asimismo, se promueven relaciones equitativas y de intercambio mutuo que incluyan la participación protagónica de los grupos involucrados (OIM, 2014). Cabe destacar que la Declaración Universal de la UNESCO sobre Diversidad Cultural (2001) estableció que: “la diversidad cultural constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras”<sup>50</sup>.

En este orden de ideas, al abocarse a la comunicación intercultural, es importante tener en cuenta que esta no se reduce a aquellos espacios en los que interactúan personas de diferentes países, sino que el sector social, el género y la edad también plantean una comunicación intercultural caracterizada, frecuentemente, por la emergencia de obstáculos y malentendidos. Por esa razón, la diversidad que se manifiesta en los espacios en los que cotidianamente tienen lugar los encuentros/desencuentros interculturales excede la presencia de personas migrantes y refugiadas, pues todas las personas poseen pertenencias étnicas y culturales o experiencias de vida, saberes, valores y trayectorias múltiples y diversas (OIM, 2018c), particularmente cuando se prestan servicios con un enfoque de curso de vida, en donde los servicios de salud mental prestados a una persona adolescente son totalmente diferentes a los prestados a una persona adulta mayor.

## Interculturalidad en salud: la perspectiva interseccional

Si bien existen avances normativos y distintos programas de atención que proponen contemplar el enfoque **de derechos humanos, género e interculturalidad en salud**, resulta incipiente su inclusión en los sistemas sanitarios (Tajer, 2012; OIM, 2017b; Finkelstein, 2017) dado que, salvo excepciones, aún prevalecen en la formación de profesionales paradigmas reduccionistas y concepciones ligadas a la atención individual, biologicista y ahistórica (Menéndez, 2003).

Para los problemas complejos en salud y salud mental resulta necesario enriquecer miradas sobre numerosos ejes **desde la perspectiva interseccional**, que implica reconocer la diversidad en torno al género y las migraciones y a tantas otras categorizaciones que dan cuenta de la estigmatización histórica sufrida por distintas minorías a lo largo del tiempo. La perspectiva interseccional visibiliza e incorpora en su análisis estructural del poder y de la lógica del *status quo* las diferentes dimensiones y cómo se intersectan, generando malestar e impactando de manera profunda y diferente en las minorías: raza, género, orientación sexual, sector social.

---

50. Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, Artículo 1° en OIM, 2018c.

Entonces, desde esta mirada, la capacidad de incorporar la distinción entre diferencias e inequidad en el sistema sanitario constituye un gran desafío para pensar la atención en salud y salud mental. Es importante tener en cuenta que los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad (desde una perspectiva interseccional) permiten que se consideren plenamente las asimetrías jerárquicas que, articuladas con otras diferencias entre las personas, pueden causar inequidad: edad, nacionalidad, etnia y sector social, que establecerán modos específicos de enfermar, sanar, padecer y morir.

## **La interseccionalidad: una perspectiva que sinergiza el enfoque de derechos y las perspectivas de género con la perspectiva intercultural<sup>51</sup>**

La interseccionalidad es un concepto que surgió en los años 60 dentro del feminismo. Una de sus pioneras fue Michele Wallace, quien detectó que dentro del movimiento feminista de la época se daba una dinámica en la que el racismo y el clasismo que las mujeres criticaban en el patriarcado se reproducía al interior del movimiento. Es decir que se observaba que, dentro del feminismo, se daban también dinámicas de poder que reproducían las jerarquías sociales de manera sigilosa y por las que la situación de las mujeres negras (de bajos recursos) dentro del movimiento no encontraba representación en el reclamo de las mujeres blancas de clase media.

En este sentido, los textos de Angela Davis fueron fundamentales para revelar que también había racismo y clasismo dentro del movimiento de liberación de las mujeres. Sus textos demostraban el vínculo existente entre la raza y la clase en la opresión de las mujeres.

Al decir de Pombo (en OIM, 2014):

al interior del feminismo, el feminismo pos/decolonial ha planteado la importancia de visibilizar las diferencias y desigualdades dentro del colectivo de mujeres, denunciando el carácter etnocéntrico y universalizante del sujeto del feminismo hegemónico “blanco, occidental y heterosexista”. Sujeto que, al estar definido desde la diferencia sexual de la mujer respecto al varón, homogeniza a las mujeres, en el mismo movimiento que invisibiliza otras diferencias –diferentes diferencias constitutivas de la subjetividad, como la clase social o la raza o etnia (Pombo, en OIM, 2014).


A partir de allí, son múltiples los desarrollos teóricos de la interseccionalidad, perspectiva que alcanzó gran auge en los últimos años. “Enfatizar la intersección género-raza es un medio para visibilizar a las mujeres no blancas, ocultas tanto en la categoría ‘mujer’ como en las categorías raciales (‘negro’, ‘hispano’, etc., que refieren a sujetos masculinos); categorías que se entienden en términos homogéneos y establecen como norma las posiciones dominantes” (OIM, 2014).

Por eso la noción de interseccionalidad resulta clave para pensar al sector social, la raza/etnia y el género como instancias que no sólo se relacionan/interconectan, sino que se moldean a través de sus articulaciones mutuas, fusionándose en las identidades subjetivas.

El desafío es leer estas intersecciones, analizando su impacto en las personas migrantes y refugiadas, desde una perspectiva de derechos humanos, es decir, considerando cómo se relacionan estas intersecciones a la hora de acceder a derechos.

---

51. En este apartado se propone hacer una breve referencia a un tema por demás complejo y extenso, con el propósito de generar un primer acercamiento en quien lee y un interés que idealmente conduzca al deseo de ampliar la información. Para esto, se utilizarán los desarrollos teóricos de Pombo (en OIM, 2014).



Así como es importante el concepto de interculturalidad para comprender cómo y desde qué lugar se tejen las interacciones humanas, es fundamental considerar la globalidad de prácticas psicosociales, respetando las creencias, las representaciones y los saberes de todas las ciencias, disciplinas y filosofías existentes en el mundo. El respeto hacia la diversidad de creencias, cultos y opiniones es altamente importante cuando se trabaja con personas migrantes, para evitar un mayor factor de estrés. En este escenario el estrés se provoca, por ejemplo, cuando una persona quiere imponer sus creencias en vez de respetar las de la otra persona, o al intentar explicarle los beneficios que obtendría si se sometiese a las recomendaciones de médicos de otra cultura.

Cuando a un paciente no se le explica correctamente qué intervención recibirá y cuáles serán sus consecuencias, se pueden generar reacciones como miedo, ansiedad y estrés. Cuando el trato hacia la persona migrante es positivo, marca una diferencia entre ahondar el malestar o colaborar con el bienestar psicosocial de la persona.

## 5. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES: EL MUNDO COMO UNA CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO

### Representaciones sociales y comunicación intercultural

El concepto *representaciones sociales* fue abordado por distintos autores, atribuyéndole múltiples acepciones. En principio alude a miradas, percepciones, discursos, creencias e imágenes sobre el mundo circundante. Pero la relación entre la representación y ese mundo representado no es de reflejo, sino de producciones sociales, formas de conocimiento o modos de interpretar que se encuentran habitualmente naturalizadas.

Como se viene trabajando a lo largo del Manual, las distintas perspectivas críticas (el modelo de salud mental comunitaria, la perspectiva intercultural e interseccional, la epidemiología crítica) se han ido construyendo como enfoques que apuntan a poner de relieve el carácter socio-histórico de los objetos de estudio, de las aproximaciones a la realidad y el efecto que las representaciones sociales, como modos de interpretar el mundo, tienen en la vida de las personas, los grupos humanos, las instituciones y las prácticas sociales. En este apartado se profundizará un concepto que es nodal para comprender la mirada que se tiene de la realidad y que permite revisar las propias prácticas.

Se habla de representaciones “sociales” para hacer énfasis en el carácter compartido de tales ideas o concepciones. No se trata de pensamientos fundados exclusivamente en la experiencia personal sino en prácticas de significación, y como toda práctica humana, difícilmente se encuentran exentas de sentido y de relación al lazo social (Finkelstein, 2015).

De acuerdo con lo expresado por Durkheim (1898), quien fuera el primero en evocar el concepto, las representaciones (que él llamaba “colectivas”) serían un conjunto de formas mentales, de opiniones y de saberes que se estructuran en cuanto sistema.

Por otro lado, Moscovici renueva el análisis de la cuestión, abordando el concepto de representación social en contraposición a la perspectiva conductista, que sólo consideraba como objeto válido a lo observable: el comportamiento (Perera Pérez, 2003). El autor menciona que las representaciones sociales son formas de saber *naïf*o común, socialmente elaboradas y compartidas y que contribuyen a la construcción de una realidad común a determinado grupo social. Moscovici resalta además que el objetivo de dichas representaciones es puramente pragmático, es decir, destinado a organizar el comportamiento y a orientar la comunicación social (Moscovici, 1961).

A su vez, Jodelet (1989), retomando la concepción de Moscovici, plantea que la representación social siempre se elabora en relación con un objeto que puede ser una persona, una cosa, una idea, etc., y que este objeto puede estar presente o ausente. Según la autora, las representaciones sociales constituyen simultáneamente modos de interpretación y construcción de lo real, que van más allá de la inmediatez de los acontecimientos, y su potencia se relaciona con su carácter implícito y con el habitual desconocimiento de las personas sobre el origen y la función social de las propias creencias, que condicionan y determinan la conducta y las prácticas. En las representaciones sociales se interceptan lo psicológico y lo social, y funcionan en su doble aspecto de ser estructuradas y estructurantes (Perera Pérez, 2003).

En ese sentido, lo que cada persona piensa condiciona sus acciones y respuestas, así como los modos en que se representa y percibe a los demás va a configurar el campo de intercambios y prácticas con ellos. La idea de representaciones sociales se encuentra en íntima relación con el concepto de imaginario social. Como toda producción social, el

*Podemos decir que las representaciones sociales son un espacio de producción y reproducción social, porque no describen un mundo preexistente, sino que es a partir de ellas que actuamos en el mundo e incidimos en él.*

imaginario social, y por lo tanto las representaciones, son históricas, es decir, cambiantes (Finkelstein, 2015).



Si se vuelve sobre el **Capítulo 1** desde estas ideas, se puede revisar el breve recorrido histórico que se planteaba allí en relación con la locura y cómo las representaciones sociales en torno a ella fueron determinando las prácticas imperantes de cada época.

**En este punto del presente Manual, el concepto de representación social permitirá avanzar un poco más y revisar las miradas, percepciones, creencias y prejuicios que cada persona tiene acerca de las personas migrantes y refugiadas y cómo éstas determinan su modo de actuar, comunicarse y apoyar a esta población.**

Ahora bien, en el trabajo con personas migrantes y refugiadas, las prácticas deben siempre enmarcarse en concepciones dinámicas de la cultura y de la diversidad, en donde la supuesta homogeneidad de los grupos se reemplace por el reconocimiento de la heterogeneidad y en donde se comprenda que las identidades sociales se resignifican continuamente. En ese sentido, es necesario considerar que es en la interacción, en la comunicación entre las personas, donde la cultura se manifiesta fuertemente, por lo que es probable que el hecho de comunicarse no signifique lo mismo para todas las personas involucradas en esa interacción.

La comunicación intercultural demandará entonces competencias específicas, ya que la base de una comunicación eficiente, en el marco de una interacción intercultural, se encontrará en el reconocimiento de la diversidad, la que se comprende como la expresión de la diferencia sin asimetrías, y en la decisión de entablar un intercambio en un plano de igualdad.

Como se ha dicho en los párrafos anteriores, la comunicación intercultural es necesaria y colabora con el estado de salud mental, pues sentirse atendido y comprendido aumentarán las posibilidades de que haya bienestar psicosocial. Por eso, es fundamental tener en cuenta el concepto de interculturalidad, que en todo caso significa tener en cuenta a la otra persona como sujeto cuyo padecimiento debe ser comprendido con todas las herramientas que los y las trabajadoras psicosociales puedan desplegar para acercarse al sujeto.

#### **RECUADRO 2: TRES REGLAS BÁSICAS PARA LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL<sup>52</sup>**

- » **Enriquecer la propia competencia comunicativa:** esto implica no sólo atender a la comunicación verbal sino también estar atento/a, en uno/a mismo/a y en la otra persona, a todos aquellos datos no lingüísticos que también comunican, por ejemplo: el tono de voz, los movimientos bruscos de las manos, una mirada más o menos atenta, el titubeo en la voz, un silencio o ciertos signos de confusión que, entre otras reacciones, podrían estar comunicando mensajes importantes sin verbalizarlos.
- » **Interesarse por la cultura de la otra persona:** para poder entablar una comunicación comprensiva con los/as otros/as es necesario entrenar el interés por saber desde dónde hablan, por qué manifiestan esas ideas y qué es lo que pueden estar entendiendo de lo que se dice. Es decir, interesarse por el contexto cultural en el que está inmerso cada interlocutor. Tener cierto conocimiento de la cultura con la que se interactúa implica además intentar conocer a esas personas.



» **Reflexionar sobre los contenidos y prácticas de la propia cultura:** tomar conciencia del bagaje cultural con el que cada uno se comunica con otras personas implica darse cuenta de que muchas veces se transmiten valores, ideas del sentido común y conocimientos preconcebidos que ni siquiera se es consciente de poner en práctica al hablar y que, como la otra persona puede desconocer esos contenidos o no manejarlos con tanta facilidad, podría malentender o no comprender lo que se intenta explicar.

52. Tomado de "Migraciones e Interculturalidad: guía para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades en comunicación intercultural", OIM, 2017c.

Entonces, volviendo sobre lo desarrollado hasta aquí, se puede decir que en la comunicación con las personas se juegan aspectos complejos en los que las ideas previas, creencias y representaciones se ponen siempre de manifiesto de un modo más o menos consciente y generan efectos sobre esa comunicación. De aquí la importancia de poder reflexionar sobre estas miradas, percepciones y representaciones para poder deconstruirlas y mejorar el vínculo y el encuentro con los/as otros/as, cuyo vehículo más importante es la comunicación.

## 6. MIRADAS, PERCEPCIONES Y REPRESENTACIONES SOBRE PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS EN DISTINTOS ÁMBITOS

### Discriminación, racismo discursivo y xenofobia

Por diversos motivos, y por su situación particular, las personas migrantes y refugiadas son foco de miradas diversas, provenientes tanto del Estado y sus agencias, como desde distintas instancias de la sociedad civil, de organismos de derechos humanos nacionales e internacionales, de ámbitos académicos y de medios de comunicación de masas (Pacecca, 2012; Finkelstein, 2015).

Desde las ciencias sociales se establece que en toda cultura conviven grupos diferenciados, con identidades constituidas en torno a diversas variables. No obstante, toda cultura que conforma una identidad social supone la elaboración de un “nosotros” que constituye la base de las identidades sociales en relación con rasgos, códigos y a una memoria colectiva común, que opera por diferencia respecto al “otro” construido. Por lo tanto, la otredad es condición de la convivencia social y base de la identidad colectiva, que es, sobre todo, relacional (Margulis, 1999).

Como se ha mencionado anteriormente, el encuentro entre personas con pertenencias culturales, nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas diferentes representa un desafío para todas las personas involucradas. Ese encuentro puede ser fuente de enriquecimiento y desarrollo, pero también de malentendidos y conflictos (Schininà, 2017).

A lo largo de la historia, las personas migrantes han pasado de ser sujetos a objetos. Como sujetos, pueden ser estigmatizadas y discriminadas, pero conservan su individualidad. Sin embargo, como objetos, son encajados en categorías creadas artificialmente que suponen altos niveles de vulnerabilidad. Es esencial para la dignidad de las personas migrantes que sean tratadas como sujetos y ciudadanos. Para acompañarles en esta tarea es vital el rol de los y las trabajadoras psicosociales (Schininà, 2017).

En ese sentido, la diferencia de los marcos simbólicos de referencia y las imágenes que unos colectivos construyen sobre los otros puede llevar a que la comunicación y la interacción se vea alterada.

Según Cohen-Emerique (2011), si el marco de referencia del remitente es distinto al del receptor, habrá “ruidos” e incomprensiones relacionadas a las interpretaciones erróneas de los mensajes en ambos lados y, cuando se trata de la comunicación entre personas de diferentes culturas, el riesgo de malentendidos o incluso de fallas en la comunicación aumenta aún más (OIM, 2018c).

Como se ha venido desarrollando, muchas veces los malentendidos en la comunicación son producto de las diferencias socioculturales y de las visiones prejuiciosas y estereotipadas que entran en juego. Por este motivo, en este apartado se propone comprender cómo se juegan estas miradas, estas creencias y prejuicios tan arraigados en la sociedad respecto de las personas de otras culturas, migrantes y refugiadas.

**La discriminación y el racismo no residen en señalar diferencias, inevitables entre personas y colectivos humanos, sino en la negación del derecho a ser diferente, y en percibir la diversidad de grupos dentro de escalas sociales jerarquizadas.**

Las formas en que se constituyen las relaciones con aquellas personas a quienes se considera distintas configuran pautas de inclusión y exclusión en una sociedad, con efectos concretos en las vidas de las personas (Grimson, 2011).

En posicionamientos etnocéntricos<sup>53</sup>, y más aún en aquellos xenófobos, colonialistas, o racistas, a las personas diferentes no sólo se las considera por su supuesta inferioridad o disvalor, sino que se les adjudica una esencia desprovista de la condición de humanidad, como infrahumana. La estigmatización de las personas migrantes comprende, entre otras cosas, atribuir características comunes a personas que vienen de determinados países. Es importante que los y las trabajadoras psicosociales puedan intervenir prestando especial atención y sometiendo a análisis sus propios prejuicios acerca de determinadas comunidades, ya que lo que objetiviza a las personas migrantes son los prejuicios, las estigmatizaciones y las generalizaciones que se hacen sobre ellas.

De este modo se propende a la deshumanización de un grupo o minoría. Por el contrario, se destaca el gesto de **percibir y reconocer en el otro a un semejante** como lo opuesto y antagónico a toda actitud etnocéntrica (Margulis, 1999). También se ha descrito la dimensión ética implícita en esta posición de reconocer a cualquier otro como un igual, retomada desde concepciones filosóficas por autores del campo de la salud mental y el psicoanálisis (Ulloa, 1999; Levinas en Galende y Kraut, 2006; y Bleichmar, 2011).

La discriminación es el comportamiento que se deriva del prejuicio, negando derechos y oportunidades a los grupos que son objeto de la discriminación, y se sustenta en el sentimiento de superioridad y autoafirmación de un grupo sobre otro (INADI, 2012).

La xenofobia es definida como el desprecio, odio o rechazo hacia personas migrantes provenientes de otras naciones<sup>54</sup> (Mouratian, 2013).

El racismo es un fenómeno fundamentalmente social y moderno, un conjunto de ideologías, pre-conceptos, estereotipos y prejuicios que tienden a segmentar al conjunto humano en supuestos grupos que tendrían características comunes entre sí (y jerarquizables entre los distintos grupos), cuya explicación radicaría en una supuesta herencia genética (INADI, 2005). Se puede incluso agudizar la definición y afirmar que el racismo moderno tiene una fuerte impronta europeísta, siendo que Europa occidental le dio origen en un contexto de expansionismo capitalista. Aunque existen otros tipos de racismo en otras muchas partes del mundo, la forma de racismo más corriente e históricamente devastadora ha sido el racismo europeo contra los pueblos no europeos (Van Dijk, 2001; Mouratian, 2013).

La noción de racismo suele asociarse a acciones, y con menos frecuencia al discurso y al habla coloquial. Ahora bien, las representaciones y las formas de concebir y nombrar a otras personas no son inocuas en el plano de los intercambios ni en las relaciones vinculares y sociales, sino que producen efectos en tanto hechos de discurso.

En ese sentido y desde los aportes del análisis crítico del discurso, Teun Van Dijk (2001) ha indagado en el racismo discursivo, analizando la función del texto y las conversaciones en la reproducción del racismo contemporáneo. Considera que éste, en sus formas más perjudiciales, proviene de las élites, no porque las élites sean más racistas

---

53. Se denominan etnocéntricas a las posiciones en las que la propia cultura es considerada el centro, elevada a la categoría de norma, presuponiendo la superioridad de los propios criterios para desde esta jerarquía dimensionar y valorar culturas, valores y estilos de otros grupos y sociedades (Margulis, 1999).

54. Entre otros autores: Wieworka, 1994; Zaffaroni, 1997; Van Dijk, 2007; Payne, 2008; Javaloy, 1994 (INADI, 2013).

que los sectores populares, sino por su acceso facilitado a formas influyentes del discurso público, como los de la política, educación, investigación, burocracias y los medios de comunicación de masas. De forma similar a otras prácticas sociales dirigidas contra minorías, el discurso puede constituir formas de discriminación. La (re)producción de prejuicios étnicos se produce a través del texto, de la charla y la comunicación, especialmente en sociedades de la información contemporáneas (Van Dijk, 2001).

**El prejuicio suele abordarse como rasgo individual, sin embargo, tanto prejuicios como ideologías étnicas no son innatos, no surgen espontáneamente en la interacción étnica, sino que son adquiridos y aprendidos a través de la comunicación. Resulta importante destacar la existencia de prejuicios que algunos servicios de salud mental y/o profesionales de la salud poseen sobre la población migrante. Les atribuyen ciertas categorías patológicas que no corresponden a su sintomatología sino a rasgos de su país de origen y su cultura.**

En conversaciones cotidianas sobre migrantes, a diferencia de lo que ocurre respecto a otros colectivos de los que cualquier aspecto puede ser tema de conversación, los asuntos se limitan, llamativamente, a determinados tópicos: *diferencia, desviación y amenaza* (Van Dijk, 2001).

Así, los “otros” son referidos en términos de cuán diferente actúan respecto de “nosotros”, ya sea en sus diferentes hábitos, lengua, religión o valores. Es habitual que se describa la amenaza de minorías migrantes como competencia respecto a puestos de trabajo, viviendas o espacios amenazantes respecto a contaminar o no asumir suficientemente “nuestra” cultura dominante.

Sobre las personas “refugiadas”, suele escribirse que representan una “carga financiera” para la sociedad de acogida, y se sugiere que mejor sean cuidados “en su propia región”, y disuadidos de viajar a la región en que cada persona habita porque podrían “sufrir por resentimiento popular”, o recomendándoles permanecer en su propio país “para ayudar a construirlo y desarrollarlo” (Van Dijk, 2001).

Segato (2006), entre uno de los tipos de actitud racista, define al racismo “de costumbre”, caracterizado por ser un racismo automático, irreflexivo, naturalizado, que no llega a ser reconocido o explicitado y por eso tiene efectos negativos profundos y difíciles de poner en cuestión.

Este tipo de racismo hace parte del universo de nuestras creencias más profundas y arraigadas: el profesor que simplemente no cree que un alumno negro o indígena pueda ser inteligente, al que, por eso, no oye ni repara en su presencia dentro del aula; el portero del edificio de clase media que simplemente no puede concebir, espontáneamente, que uno de los visitantes del edificio sea no-blanco; o la familia que apuesta, sin dudar, en las virtudes de su miembro de piel más clara (Segato, 2006: 5).

La autora lo ubica como el racismo que sufren más frecuentemente las personas no-blancas en América Latina:

Curiosamente, a pesar de presentarse como la forma más inocente y bienintencionada de racismo, está lejos de ser inocua, ya que produce víctimas en la convivencia diaria. Es, también, aquella de la que es más difícil defenderse, porque opera sin

nombrar. La acción silenciosa de la discriminación automática hace del racismo una práctica establecida, acostumbrada y, por eso mismo, más difícilmente notificable. Este racismo considerado ingenuo y, sin embargo, letal para los no-blancos, es el racismo diario y difuso del ciudadano común, del buen ciudadano (Segato, 2006: 5).

En este punto se vuelve fundamental destacar que, en los últimos años, el racismo y la xenofobia encontraron un nuevo vehículo de propagación en Internet, fundamentalmente en las redes sociales virtuales y en las plataformas virtuales de los medios de comunicación.

Internet se ha convertido en uno de los medios de comunicación más importantes, también, para la propaganda de extrema derecha: es rápido, económico y aparentemente anónimo. La lucha contra el racismo, xenofobia y antisemitismo en Internet exige la cooperación internacional y no es tarea exclusiva de gobiernos, sino también de la sociedad civil.

Otro objetivo compartido es asegurar que Internet siga siendo un medio democrático y de libre acceso de comunicación e intercambio de información para la sociedad civil (ACNUDH, 2014).

### RECUADRO 3: RACISMO ANTI-INMIGRANTE EN REDES SOCIALES VIRTUALES

Una forma específica del racismo antinmigrante fue indagada en España (Olmos Alcaraz, 2018) a partir de un campo recientemente explorado, las *redes sociales virtuales sobre representaciones del fenómeno migratorio*. Algunos rasgos de las redes sociales virtuales, como la inmediatez de la difusión y la posibilidad de “anonimato” (la identidad digital por seudónimos o alias) evidencian usos verbales provocativos al amparo de la identidad oculta y denotan mayor agresividad y menor corrección política que en otros ámbitos.

Dicha investigación tomó en cuenta comentarios de Facebook de dos diarios de tirada nacional muy importantes en España, y se hallaron ejemplos de rechazo a la inmigración por cuestiones económicas, evocando argumentos del “umbral de tolerancia”<sup>55</sup>. La inmigración fue percibida como carga social, y era vivida como una competencia desigual por recursos sociales. La ayuda social a migrantes fue asociada con la imposibilidad de que la población nativa necesitada la reciba, en una relación directamente proporcional en la que el sostén de un grupo ocurriría en desmedro de otro.

En los comentarios se resaltaba la percepción de la persona migrante como enemiga, violenta, bárbara, delincuente y, por último, quedaba evidenciado un deseo de fortificar y militarizar el control de flujos y fronteras, de acuerdo con la descripción de las personas migrantes como enemigas e invasoras ilegales, de las que habría que defenderse como si se estuviera en una situación “de guerra”. Como conclusión, se observaron representaciones violentas, explícitas o simbólicas contra este colectivo poblacional como manifestación predominante en los comentarios relevados (Olmos Alcaraz, 2018).

55. Se refiere al “punto imaginario, crítico, a partir del cual una sociedad no puede absorber un mayor número de inmigrantes so pena de debilitar su capacidad de tolerancia o de acelerar su riesgo de desintegración” (Aierdi, en Olmos Alcaraz, 2018).

## Representaciones sociales sobre personas migrantes y refugiadas en la República Argentina

En Argentina coexisten en paralelo, por un lado, normativas con más de una década que garantizan los derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas y, por otro, la construcción de sentidos estereotipados en la opinión pública, que no reflejan la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno migratorio, especialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En Latinoamérica y en Argentina, al igual que en el resto del mundo, existen situaciones de discriminación, prejuicios e insultos concernientes a las personas migrantes asociadas a su salud mental. De esta manera, se ahonda más en los problemas de salud mental que en la persona.

Las personas migrantes que también tienen un padecimiento mental enfrentan una doble discriminación por su categorización como migrante “indeseable” y como “enfermo mental”. Los prejuicios y los estereotipos clasifican a las personas migrantes, colocando a algunos grupos como deseables y a otros como despreciables. Se puede observar, como se verá más adelante, que según el país de origen o el momento histórico en que se migró, la etiqueta “migrante” otorga valor o, por el contrario, genera discriminación. Generalmente, el grupo pobre es discriminado, mientras que el grupo de personas migrantes provenientes de Europa o Norteamérica y/o con poder adquisitivo, tiende a ser aceptado y su historia migrante más bien le otorga valor y un estatus social deseable.

Esta situación puede explicarse, en parte, gracias al concepto de *aporofobia* desarrollado por la filósofa Adela Cortina, que da cuenta justamente del rechazo, el temor y el desprecio hacia las personas pobres. Según la autora, “el rechazo al pobre degrada a quien lo practica y es un atentado cotidiano contra la dignidad de personas concretas (...) contra la dignidad y el bienestar de las personas de carne y hueso que sufren el rechazo. Cuando, por si faltara poco (...) no hay nadie que no pueda dar algo a cambio” (2017: 25).

Cabe destacar que la pobreza es también un factor de riesgo para el desarrollo de padecimientos mentales (Patel y Kleinman, 2003; OMS, 2008). Existen diversas posiciones sobre el tema: algunas afirman que la presencia de un trastorno mental generará pobreza (por la pérdida de oportunidades producto del padecimiento), mientras que otras analizan cómo las condiciones de pobreza son las que desencadenan trastornos mentales. En cualquiera de los casos, la pobreza presente en muchas poblaciones migrantes es un factor relevante que se vincula además con la exclusión social y con las barreras de acceso a servicios de salud, entre otros.

En cuanto a la influencia de las condiciones de pobreza en cuestiones de salud mental o de la salud mental influyendo en la pobreza, se resalta que, dadas las condiciones de desprotección y falta de recursos de quienes conforman el conjunto de personas pobres, se genera una pregunta retórica, sin respuesta, pero sí con algunas presunciones. Los padecimientos mentales son socio-psico-culturales. La preocupación por la falta de dinero, de comida, las condiciones precarias del trabajo y su situación migratoria, a veces irregular, provoca daños que se manifiestan en forma de angustia, ansiedad, miedo o desconfianza. No será causante de enfermedad mental, pero sí de generación de malestar emocional que, por definición, se opone a la definición de bienestar psicosocial en salud mental.

Por otro lado, muchas veces las personas con padecimientos mentales no consiguen trabajo y sufren discriminación y estigmatización. Así, quedando en circunstancias de gran vulnerabilidad, su salud psicológica se ve afectada. En conclusión, las condiciones de pobreza afectan el bienestar o malestar psicológico dándole una multidimensionalidad al problema de las personas migrantes (Finkelstein, 2017).

En ese sentido, la OIM destaca la necesidad de “comunicar eficazmente sobre la migración” (OIM, 2011), abordando la percepción que se tiene de los y las migrantes en la sociedad.

Se alerta sobre impresionantes procesos de tergiversación en los debates y discursos públicos, y sobre construcciones de sentido estereotipadas de los colectivos poblacionales de migrantes en la opinión pública, si bien esta última no es homogénea, ya que las percepciones sobre la migración varían según países, subgrupos de las comunidades y tiempos históricos. Sin embargo, en la actualidad es frecuente en diferentes regiones y contextos la exagerada estimación del número absoluto de migrantes, o del porcentaje de la población que representan las personas migrantes en un determinado país o región (OIM en Ceriani Cernadas y Finkelstein, 2013).

Como ya se mencionó en el **Capítulo 2**, al contrario de los supuestos respecto de las migraciones como novedad actual, el porcentaje de migración regional en la República Argentina se mantuvo constante durante casi un siglo y medio.



En este sentido, los discursos y las políticas de exclusión/ inclusión referidos a la migración se configuraron en Argentina principalmente través de dos perspectivas que subsisten y coexisten en el imaginario social actual: por un lado, las personas migrantes como “contribución” o “aporte” y, por otro, como “problema” o “amenaza”. Esto estableció una frontera que distingue a deseables de indeseables, admitidos/as o rechazados/as (Domenech, 2005; Domenech y Magliano, 2008).

Siguiendo con esta línea, el inmigrante europeo se convirtió discursivamente en el prototipo del buen inmigrante, cuyo esfuerzo fue exaltado por sus descendientes, que configuraron un “nosotros” hegemónico desde el cual se enunció la otredad de migrantes internos y de países vecinos (Belvedere et al., 2007).

Por otro lado, “frente al discurso del crisol de razas y del inmigrante europeo como buen inmigrante, la inmigración limítrofe devino en el prototipo de la inmigración no deseada” (Belvedere et al., 2007: 10), siendo lo bueno o malo considerado por la capacidad de ascenso social, y ésta adjudicada a cuestiones de “raza”.

Según estas lecturas, lo social queda reducido a marcas biológicas o corporales y los cuerpos se racializan como objetos de diferenciación social. Tanto la descendencia de la inmigración europea como la “blancura” como sinónimo de la norma, de lo argentino, se suelen dar por sentadas en la Ciudad de Buenos Aires y requieren permanentemente su reconstrucción a través de la construcción de otros (Margulies, en Finkelstein, 2015). En Argentina, y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, se forjó la utopía de hacer otra Europa desde América, a través de la corriente inmigratoria. Desde ese paradigma se constituyó al “otro”, no descendiente de europeos, como ajeno a la nacionalidad y a la ciudadanía (Moreno, 2002). La creación de una imagen modelo, del argentino ideal, civilizado y de piel blanca fue contrapuesta a la de los trabajadores manuales, ignorantes, pobres y morenos (Adamovsky, en Finkelstein, 2015).

#### **RECUADRO 4. PLAN NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN EN ARGENTINA**

En el contexto internacional, y en vista de lo acontecido a partir de la Conferencia Mundial contra el Racismo (2001), la Conferencia de Examen de Durban (2009), el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial<sup>56</sup> y el Consejo de Derechos Humanos, mediante su examen periódico universal, se ha recomendado que los Estados “adopten planes nacionales de acción contra la discriminación racial”. En enero de 2013 numerosos Estados habían informado al ACNUDH sobre la aprobación

o la preparación de planes nacionales de acción contra la discriminación, incluyendo la discriminación racial<sup>57</sup>.

El “Plan Nacional contra la discriminación de Argentina” reconoce que las víctimas de las violaciones de derechos humanos están sujetas, muchas veces, a múltiples formas de discriminación (género, edad, nacionalidad, orientación sexual, estatus social o económico, discapacidades mentales o físicas, estado de salud, creencias religiosas). Entre las víctimas del racismo, el Plan enumera a comunidades indígenas, africanas y afrodescendientes, inmigrantes y refugiadas. También indica como grupos destinatarios a mujeres, niños y niñas, personas con el VIH/SIDA, personas que viven en la pobreza, víctimas de la trata humana, personas romaníes, gitanas y nómades, apátridas, víctimas de intolerancia religiosa, personas con discapacidad y víctimas de discriminaciones por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Resulta destacable, entonces, que en el Plan Nacional fueron elaborados tanto un pormenorizado y exhaustivo diagnóstico de la situación de diversas minorías, entre ellas migrantes y refugiados/as, como políticas, propuestas estratégicas y recomendaciones específicas para cada grupo afectado por la discriminación y para diferentes ámbitos institucionales.

En la actualidad, la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual<sup>58</sup> elabora recomendaciones específicas<sup>59</sup> respecto al tratamiento de los medios de comunicación sobre migrantes, ya que el área de medios masivos de comunicación fue incluida allí (Defensoría del Público, 2018).

56. El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD, por sus siglas en inglés) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial por los Estados parte.

57. República Federal de Alemania, República Argentina, el Reino de Bélgica, Estado Plurinacional de Bolivia, República Federativa del Brasil, Canadá, República de Colombia, Reino de Dinamarca, República del Ecuador, República Eslovaca, Reino de España, República Francesa, Irlanda, República Italiana, Principado de Liechtenstein, Estados Unidos Mexicanos, Reino de Noruega, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Reino de Suecia, República Oriental del Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

58. La Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, ámbito que la Ley N° 26.522 destinó para que oyentes y televidentes puedan presentar sus consultas, reclamos y denuncias, tiene como misión promover y difundir el derecho a la comunicación democrática de las audiencias de los medios de comunicación audiovisual y a defender los derechos en materia de comunicación de los colectivos vulnerados en el territorio nacional.

59. Se recomienda consultar las recomendaciones citadas en la página oficial de la Defensoría: <https://defensadelpublico.gob.ar/wp-content/uploads/2018/11/Recomendaciones-casos-migrantes.pdf> (consultado el 10 de agosto de 2021).

## Discriminación de personas migrantes y refugiadas en el ámbito laboral y la vía pública



En el ámbito laboral las personas migrantes suelen obtener puestos de trabajo desestimados por la población nativa, tal como se presentó en el **Capítulo 2**, y quedan especialmente a merced de situaciones de discriminación cuando no acceden a procesos de regularización migratoria que faciliten su acceso a puestos formales o de trabajo registrado.

Por su parte, quienes solicitan asilo o refugio experimentan situaciones de discriminación y maltrato que se suman al desgastante proceso burocrático de la solicitud. Un ejemplo son las entrevistas canceladas por empleadores al conocer la condición de



asilo, el desclasamiento social, la pérdida de bienes materiales y de reconocimiento simbólico respecto del país de origen. Se destaca también como obstáculo para conseguir empleo la necesidad de revalidar títulos y los exámenes de conocimientos de escolaridad secundaria requeridos. Pero, además, entre las primeras barreras con las que deben lidiar los y las solicitantes se encuentran el desconocimiento del idioma, la falta de redes sociales y las múltiples formas de discriminación, tanto institucionales (acoso policial, espera y maltrato en oficinas públicas) como inorgánicas (agresiones verbales en la calle, prejuicio en el ámbito laboral) (Kobelinsky, 2011: 192).

En la vía pública, la discriminación de personas migrantes y refugiadas está asociada al desprecio ante determinados fenotipos más que a la condición de regularidad migratoria, estatuto jurídico o de refugio.

Asimismo, se ha documentado discriminación en transportes públicos (Mouratian, 2014; Grimson, 1999). Particularmente, se destaca el tratamiento de la policía a vendedores ambulantes de origen africano, discriminación que no distingue a personas nacionalizadas argentinas. El acto discriminatorio se funda además en desinformación sobre el continente africano o representaciones imaginarias sobre África (Kobelinsky, 2011). Este desconocimiento denota racismo cotidiano (Essed en Kobelinsky, 2011) basado en la atribución de características desvalorizantes debidas al fenotipo.

## Representaciones en torno a las personas refugiadas y solicitantes de asilo

Para lograr la condición de persona refugiada, una de las cuestiones a ser consideradas en el procedimiento de la solicitud de asilo es la verosimilitud de la propia historia. Esto redundante en que muchas veces quienes solicitan refugio experimentan desconfianza por parte de sus interlocutores respecto a sus argumentos; asimismo, en varios ámbitos (laboral, sanitario, habitacional, burocrático) perciben desconfianza o temor, quizás debido al desconocimiento de posibles interlocutores que puedan incidir en su pedido de asilo. Para evitar suspicacias, puede ocurrir que las personas solicitantes prefieran ocultar su condición jurídica, e intentar “soluciones” como la búsqueda de trabajo no registrado o precario o el inicio de trámites de ciudadanía.

Generalmente, en la República Argentina suele ignorarse la existencia de personas refugiadas en el país y esto lleva a la desconfianza y la deslegitimación de su narrativa, y a que se refuercen prejuicios asociados al refugiado como un personaje peligroso, del que hay que alejarse y al cual se le atribuyen estereotipos negativos (Kobelinsky, 2011).

Kobelinsky (2008) sintetiza los juicios morales y las representaciones en torno a los y las solicitantes de asilo en tres figuras: el héroe, el impostor y el busca.

- » **El héroe:** percibidos como sufrientes por su dura trayectoria de vida, son respetados y admirados como *verdaderos* refugiados, distinguiendo su valor y coraje, “los profesionales destacan el dolor por sobre otros aspectos” (2008: 63).
- » **El impostor:** es la otra cara del héroe, representado como un aprovechador, si no responde a requisitos y actitudes esperadas, y como un fraude si se sospecha de la veracidad de su relato. Se suele poner en duda el estatuto de “verdadero refugiado”, de modo que lo legítimo es la imagen del sufrimiento.

Tanto el héroe como el impostor funcionan en una lógica binaria, en las que la confianza o la sospecha se consolidan si los estereotipos previstos se ven en actitudes cotidianas que son permanentemente evaluadas por los otros.

- » **El busca:** caracterizado por su coraje, dignidad y por rebuscárselas. Si las representaciones de héroe o impostor se construyen en torno a la veracidad del pasado, el *busca* en cambio se encuentra en un presente signado por el trabajo y el coraje.

## 7. REPRESENTACIONES ESTEREOTIPADAS COMO BARRERA AL ACCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y SALUD MENTAL

Tal como se ha desarrollado hasta acá, el encuentro entre personas está permeado por las ideas o las imágenes que se tienen del otro, orientando así la comunicación que se establece entre ellas. Aunque esas imágenes no sean necesariamente negativas, cuando lo son pueden generar obstáculos en la comunicación, además de una visión reducida de los actores en cuestión. Siempre se parte de una “imagen generalizada sobre una persona o grupo”, es decir, de un estereotipo, y si esta imagen se manifiesta en actitudes dirigidas hacia esa persona o grupo, se torna en prejuicios. Estos últimos pueden constituir un acto de discriminación si influyen en la toma de decisiones dirigidas hacia esos grupos (OIM, 2018c).

La heterogeneidad cultural asociada a las migraciones es un desafío para las instituciones, dispositivos organizacionales y profesionales en general. En Argentina, el INADI ha realizado publicaciones tales como “Migrantes y discriminación” (Mouratian, 2012a), “Derecho a la Salud sin Discriminación” (Mouratian, 2012b), “Racismo, hacia una Argentina intercultural” (Mouratian, 2013) y el “Mapa nacional de la discriminación” (Mouratian, 2014). Dichas publicaciones abordan las barreras al acceso a la atención de la salud asociadas a las representaciones estereotipadas de la población migrante y refugiada.

Atendiendo al fuerte arraigo que estas representaciones negativas tienen en Argentina, se recorta un párrafo que permite ver algunos números trascendentes:

[...] el supuesto del migrante como problema en el ámbito de la salud es un aspecto presente en los discursos xenófobos del país. Un 39% de los/as encuestados/as en diferentes regiones de Argentina cree que en los hospitales “no hay turnos porque vienen muchas personas de otros lados a atenderse”, haciendo referencia a los migrantes de países limítrofes. Cuando se analiza la percepción sobre la relación de nuestro país con las migraciones, un 36% opina que la Argentina debería ser “sólo para los argentinos y se debería limitar el ingreso de personas migrantes” (Mouratian, 2014: 98 en Finkelstein, 2015).

Teniendo en cuenta estos datos, ¿qué oportunidad tienen los y las profesionales de la salud de no asumir y reproducir miradas estigmatizantes respecto de personas migrantes, refugiadas y otras minorías?

A continuación, se describirán algunas percepciones sobre las personas migrantes que tienen profesionales de la salud del primer nivel de atención, registradas por Finkelstein (2017)<sup>60</sup>, las cuales se organizan en cuatro categorías. Dichas categorías permitirán dar cuenta de cómo las representaciones estereotipadas pueden funcionar como una barrera al acceso de la atención en salud y por qué es importante asumir una perspectiva interseccional que permita leer críticamente esos estereotipos y deconstruirlos. El verdadero desafío es derribar los estigmas arraigados en la sociedad para así garantizar el pleno acceso al derecho a la salud.

---

60. Esta sección está adaptada de Finkelstein, 2017. Presenta parte de los resultados expuestos en la Tesis de Maestría de la autora: “Quedados, astutos, y explotados. Representaciones de profesionales del primer nivel de atención de salud pública de CABA sobre usuarios migrantes regionales,” (Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2015). Dicha tesis fue dirigida por el Dr. Sergio Caggiano. Se estudiaron fuentes secundarias y se realizaron 24 entrevistas en profundidad a administrativos y profesionales de la salud de distintas disciplinas y funciones, de centros de salud públicos de la comuna 8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

### **a. Personas migrantes percibidas como “aprovechadoras de servicios”: astutos/as**

Dentro de esta categoría se registran miradas que perciben a las personas migrantes como “astutas aprovechadoras de servicios y asistencia”, a la cual tendrían menos derecho que la población nativa, bajo una lógica de derecho por merecimiento<sup>61</sup>.

Se describen estrategias y argucias mediante las que obtienen más de lo que les corresponde: “llegan primero... (...) son vivos y astutos... (...) están antes en la fila para la leche, para los turnos, para todo”. Según esta idea, los colectivos migrantes lograrían así prestaciones que no merecen, ejerciendo presión en el sistema asistencial, de recursos limitados, gracias a su destacada “viveza y astucia”<sup>62</sup>. Se sospecha que mienten o esconden información.

En contrapartida con las creencias detrás de esta mirada, se observan otras perspectivas de profesionales que no caracterizan como problema la asistencia a migrantes y que expresan satisfacción con su tarea. Sin embargo, dan cuenta de que su mirada es una alternativa menos frecuente que las concepciones hegemónicas, tanto en ámbitos de desempeño como en la opinión pública.

### **b. Personas migrantes como usuarias del sistema de salud que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje: lentos/as y quedados/as**

La descripción de las personas migrantes como “lentas” alude tanto a los ritmos no congruentes con la rapidez pretendida en las consultas, como a supuestas dificultades cognitivas que obstaculizarían la comprensión de indicaciones terapéuticas. Pero, además, esta idea desconoce que muchas de las personas migrantes latinoamericanas pueden ser bilingües ya que, además del castellano, pueden hablar guaraní, quechua o aymara, entre otras lenguas. Esta cuestión suele quedar invisibilizada en las prácticas de salud y muchas veces genera dificultades reales de comprensión y malentendidos varios por parte de las personas que consultan.

En este sentido, se recoge una cita de Finkelstein que ilustra acerca de los supuestos que subyacen bajo esta mirada:

Cuando el migrante es latinoamericano, se naturaliza que habla y entiende castellano, sin ser indagada la relación del usuario y su grupo familiar con el idioma oficial. Pero si el castellano es hablado como segunda lengua y no como lengua materna, aspectos significativos del intercambio podrán quedar sujetos a la incomprensión o malentendido, y consiguientemente invisibilizados. A la vez, aparecen en primer plano dificultades de entendimiento adjudicadas por un grupo de entrevistados a la esencia de los usuarios, descriptos como “lentos, quedados” o portadores de “pobreza simbólica”. (...) se parte de una relación de desconfianza inicial, en la que tanto el profesional como el usuario experimentan incomodidad, por razones lingüísticas y extralingüísticas que contribuyen a generar un clima de desconfianza. Los usuarios perciben a los profesionales como representantes de la cultura oficial y esta percepción configura el contexto en donde se despliegan los intercambios, que inicialmente se parecen más a un monólogo del profesional consigo mismo que a un diálogo establecido con otro (Finkelstein, 2017: 46).

---

61. Datos similares a las conclusiones halladas en la literatura sobre ámbitos hospitalarios: Jelin, 2006; Caggiano, 2008; Abel y Caggiano, 2006.

62. El resultado sería la inequidad del acceso a la salud de residentes perjudicados por migrantes y el abuso por parte de migrantes predadores, discurso similar al constatado en una provincia de frontera (Caggiano, 2008; Abel y Caggiano, 2006).

Resulta muy llamativo el desconocimiento y la falta de registro que se tiene de las distintas lenguas que se hablan en los hogares de muchos migrantes, así como de aspectos referidos a su condición de vida. Como se desarrolló a lo largo de este capítulo, la comunicación es un aspecto clave en cualquier vínculo, y es el eje en torno al cual se puede o no diagnosticar e indicar un tratamiento. En el caso de las consultas con especialistas en salud mental, la palabra tiene aún un rol más importante, sobre todo en lo que respecta a las psicoterapias, donde el tratamiento ocurre por medio de la palabra como vehículo fundamental para elaborar malestares y angustias. El abordaje terapéutico en salud mental atraviesa la palabra y la construcción de una relación de confianza entre terapeuta y paciente. No se puede hacer psicoterapia sin poder comprenderse y desde un lugar de desconfianza con el otro. Desde esta falta de acercamiento real, quienes se acercan a estos servicios no expondrían su lengua materna por experimentar inadecuación ante lo que suponen se espera de ellos/as y los/as profesionales no indagarían por desconocimiento.

**El ocultamiento de cierta información, los sentimientos de inadecuación o la vergüenza por no hablar en forma fluida la lengua oficial pautan un imaginario sobre un tipo de usuario ideal esperado, caracterizado por la adecuación a la norma, el cumplimiento de indicaciones terapéuticas, hispano hablante, alfabetizado en el paradigma biomédico y homogéneo en cuanto a su nivel educativo formal y clase social con sus profesionales (Perdiguero, 2006).**

### **c. Migrantes como personas en condiciones de vulnerabilidad: explotadas**

Entre otros efectores de salud, ser migrante no es una característica que amerite consideraciones especiales, sino que ponen el foco de atención en la pobreza u otras vulnerabilidades. No consideran que la condición migratoria *per se* sea una causa de vulnerabilidad, sino que esta es causada debido a las necesidades básicas insatisfechas: la vulnerabilidad es causada por la pobreza y no por la migración.

Como ejemplo se puede tomar a la Comuna 8 de la Ciudad de Buenos Aires, en donde el 23,4% de la población es migrante<sup>63</sup>; la Comuna tiene el porcentaje más alto de migrantes limítrofes en la Ciudad. Las personas usuarias de servicios médicos emplazadas en barrios populares de la Comuna presentan bajos ingresos, trabajos inestables o precarios, dependencia de programas estatales de inclusión social, y mayoritariamente cuentan sólo con la cobertura del sistema público de salud (el 42,7% de la población de la Comuna 8 cuenta exclusivamente con esta cobertura, un porcentaje muy alto en comparación con las demás comunas). En este caso, la vulnerabilidad es percibida como transversal a los usuarios de estos efectores de barrios populares en la comuna, sin diferenciar entre migrantes y nacionales<sup>64</sup>.

Por lo tanto, entre estos efectores de servicios de salud la atención se basa en el acompañamiento a personas que tienen problemas complejos de salud, independientemente de su condición de migrante.

63. Los datos corresponden al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2010.

64. Algunas personas entrevistadas, sin embargo, sí consideran que algunas vulnerabilidades pueden ser afectadas por la migración: el desarraigo, las dificultades para conseguir una vivienda, la explotación o cuasi explotación laboral, vivencias de discriminación y racismo, entre otras.

#### **d. Personas migrantes percibidas como portadoras de enfermedades importadas, exóticas y/o como “peligros” sanitarios**

Finalmente, se alude a una mirada (minoritaria) que asocia a las migraciones con el riesgo sanitario. Las personas migrantes son descritas como responsables de la transmisión de determinadas patologías, portadoras de enfermedades exóticas y/o importadas, y un peligro sanitario para el país receptor.

La sociedad receptora es percibida desde esta mirada como una sociedad más avanzada que habría logrado erradicar enfermedades merced a políticas sanitarias y desarrollo científico. Desde estos supuestos, estas enfermedades erradicadas volverían a emerger a causa del contagio con cuerpos migrantes enfermos, quienes serían responsables de reintroducirlas.

Sin lugar a duda, la nacionalidad no puede ser concebida como fuente de enfermedades, ni constituirse en un argumento señalado como causante de patologías, sin concebir a las condiciones de vida de las poblaciones migrantes como la razón de los padecimientos, en distintos contextos<sup>65</sup>.

Es paradigmático recordar cómo la pandemia de COVID-19 provocó y exacerbó miedos y preocupaciones que se han alimentado de la desigualdad estructural y del clima de desconfianza y discriminación contra las personas migrantes. Actualmente, en varios países de la región y del mundo la discriminación y la xenofobia han aumentado debido a la desinformación y temores asociados con la pandemia de COVID-19. Desde el inicio de la pandemia, se han reportado numerosos incidentes xenófobos, discursos de odio y delitos contra las personas, sobre la base de su origen nacional real o percibido (OIM, 2020g). Afirmaciones como “el virus viene de afuera” provocan la estigmatización y discriminación de las personas migrantes y lamentablemente esto no es un fenómeno nuevo. Varias enfermedades a lo largo de la historia han sido asociadas a la migración, atribuyéndole a personas migrantes el origen de las epidemias (OIM, 2020j), exacerbando las desigualdades existentes y exponiendo a las personas en situación de movilidad a los niveles más altos de racismo y xenofobia. Esta situación tiene efectos perjudiciales no solo en la seguridad y la dignidad humana de las personas migrantes sino también en su salud física y mental y en el acceso a los servicios de salud disponibles en las sociedades de acogida.

---

65. Para ampliar consultar, entre otros: Oteiza y Aruj, 2000; Belvedere et al., 2007; Gottero, 2012; Goldberg, 2009; Abel y Caggiano, 2006; Ceriani Cernadas y Finkelstein, 2013.

## Actividades del módulo 3

### ACTIVIDAD N°1<sup>66</sup>

**Objetivos de la actividad:** Reflexionar sobre las prácticas profesionales que cada efector de salud desarrolla en situaciones interculturales, así como sobre los desafíos presentes en esas situaciones. Generar estrategias colectivas para enfrentar los desafíos, orientando a los/as participantes a la aplicación de las reglas básicas de la comunicación intercultural y al desarrollo y fortalecimiento de competencias interculturales.

**Consigna:** Se entrega la encuesta de 5 preguntas a cada participante (o grupo) y se les solicita que piensen una respuesta para cada pregunta.

- » 1. ¿Piensa que su cultura influencia su práctica profesional? ¿Cómo?
- » 2. ¿Cuáles son las principales diferencias que identifica entre la atención a una persona migrante y a otra que no lo es?
- » 3. ¿Cuáles son los desafíos de trabajar con población migrante?
- » 4. ¿Ha vivido alguna situación con pacientes migrantes en la cual la comunicación no fue eficiente a causa de los “ruidos” que aparecieron? Si su respuesta es afirmativa, ¿podría describir esos “ruidos”? ¿Se debían exclusivamente a cuestiones lingüísticas o identificó, además, aspectos culturales? ¿Cuáles?
- » 5. ¿Vivió alguna situación en la cual el paciente rechazó el tratamiento propuesto o le solicitó ajustarlo de acuerdo con sus valores o creencias? Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo manejó la situación?

Luego se debe abrir un espacio para debatir y se trabaja sobre las respuestas. A continuación, se listan los puntos básicos que se espera que surjan en el debate. Si esto no ocurriera, se recomienda que la persona que facilite el taller estimule la discusión hacia los siguientes aspectos, dando así la oportunidad de ponerlos en práctica en futuras situaciones:

- » 1. La cultura es una construcción de significados compartidos por los miembros de un grupo, e influye sobre la formación de representaciones, sentimientos, emociones, ideas y comportamientos. Además, y en función de las distintas culturas, existen diferentes conceptualizaciones en lo que refiere a los procesos de salud-enfermedad. Por esta razón, se puede afirmar que la cultura del profesional de la salud tendrá una influencia sobre su práctica profesional ya que esa práctica está, a su vez, inmersa en un sistema de creencias, valores y conocimientos situados espacial y geográficamente. En ese sentido, no hay prácticas profesionales “neutras” o desprovistas de significados socialmente construidos.
- » 2. La idea es abordar las especificidades que comporta la atención sanitaria que se brinda a las personas migrantes y las competencias profesionales

requeridas para tales situaciones. Se mencionará, además, que la población migrante no es la única que requiere una atención adaptada ya que el sector social, el género y la edad de quien consulta demandan igualmente ciertos ajustes. En esta parte del ejercicio, resulta importante identificar cómo las prácticas profesionales pueden variar de un público a otro y cuanto sería deseable que así fuese cuando el objetivo es brindar una atención pertinente, eficaz y culturalmente adaptada.

- » 3. Se trata de reflexionar sobre los desafíos que enfrentan profesionales de la salud al trabajar con población migrante. Los desafíos expresados por los profesionales pueden estar vinculados a los “ruidos” que surgen en la comunicación intercultural, a las concepciones de salud-enfermedad, a las frustraciones vivenciadas por la falta de herramientas con las cuales pensar y trabajar con la diversidad cultural y lingüística, etc. La idea es identificarlos con claridad a través de situaciones concretas que hayan sido vividas por efectores de salud. Las respuestas a esta pregunta serán necesarias para la actividad que se propone al final del ejercicio.
- » 4. Es una pregunta vinculada a la anterior y que indaga específicamente si los desafíos, incomprensiones y conflictos vividos podrían estar únicamente relacionados al hecho de no hablar la misma lengua o si, además, han identificado que la diferencia de los marcos culturales entre profesional y paciente influye sobre la atención. Se trata de profundizar la reflexión sobre estos aspectos, comprendiendo que, si bien pueden existir tales diferencias, lo importante es desarrollar estrategias y competencias que permitan una atención más adecuada, basada sobre el respeto, la dignidad y la igualdad. Asimismo, la idea es identificar si esos desafíos podrían estar relacionados con los estereotipos y prejuicios que unos tienen sobre los otros.
- » 5. Con esta pregunta, la idea es reflexionar sobre la influencia de las creencias religiosas, valores y costumbres de los/as pacientes sobre la atención de salud propuesta. Se solicita que los/as participantes expliquen al grupo la forma en que gestionaron esa situación, si buscaron otras alternativas para que el tratamiento fuera realizado, si en algún punto negociaron con el paciente o si simplemente desistieron.

Una vez finalizada esta instancia, se solicita a los/as participantes que elaboren colectivamente algunas estrategias para brindar una atención en salud que respete la diversidad cultural y la dignidad de las personas.

---

## ACTIVIDAD N°2

Objetivos de la actividad:

- » 1. Reflexionar sobre representaciones estereotipadas en la sociedad y ámbitos de trabajo por género, etnia, clase y otros.



- » 2. Nombrar grupos identificados sólo como prestadores de servicios de salud, y no como dadores de cuidados, riqueza y salud.
- » 3. Considerar estrategias institucionales para problematizar el estigma y rechazo a minorías en general y personas migrantes y refugiadas en particular.

**Consigna:**

Ver el cortometraje *Tzafar* de la realizadora Nancy Spetsioti, disponible en el siguiente enlace: [www.youtube.com/watch?v=IeJROCuUhQM](https://www.youtube.com/watch?v=IeJROCuUhQM) (consultado el 10 de agosto de 2021).

*Sinopsis:* En el video se presenta una escena en la sala de espera del consultorio médico de una institución. Un hombre joven aguarda sentado ser atendido cuando llega una pareja con su pequeña hija, que se instala manteniendo distancia. Registran mediante miradas sus respectivas presencias, aunque sin hablar, con manifiesta incomodidad, hasta la llamada del médico.

- » ¿A qué puede deberse la distancia e incomodidad entre los presentes? Relacione con lo desarrollado en el capítulo acerca de *miradas, representaciones sociales y estereotipos*.
- » ¿En qué aspectos le parece que se asemejan y se diferencian la familia y el joven? (considerar: nombres, vestimenta, fenotipo, imaginar ocupaciones, nacionalidad, religión, entre otros).
- » Observe la participación del médico: ¿qué efectos tuvo su accionar?
- » ¿Cuáles son las representaciones sobre migrantes y refugiados dominantes en su lugar de trabajo? ¿Se implementan estrategias institucionales similares a las del médico?

---

### ACTIVIDAD N°3

**Objetivos de la actividad:**

- » 1. Reconocer el protagonismo de mujeres migrantes y refugiadas como actores sociales.
- » 2. Construir herramientas que permitan a los equipos de atención y cuidado de la salud realizar intervenciones con perspectiva de género involucrando a usuarios, la comunidad y el Estado.

**Consigna:** Se propone ver el video “Mujeres migrantes: historias para contar” editado por CAREF en: [www.youtube.com/watch?v=T3TJppjVgRc](https://www.youtube.com/watch?v=T3TJppjVgRc)<sup>67</sup>

---

67. Consultado el 04 de agosto de 2021.

En el corto se afirma que las mujeres migrantes, en su condición de cuidadoras del grupo familiar, son quienes acompañan a niños, niñas y otros familiares a consultas y trámites en diversos servicios estatales, como servicios de salud y dependencias de educación. Estas mujeres son las que interactúan de manera cotidiana con distintos funcionarios del estado y son las principales víctimas de discriminación, racismo y xenofobia. Se menciona el caso de una joven boliviana, Marcelina Meneses, que el 10 de enero de 2001 estaba llevando a su bebé al hospital cuando fueron arrojados del tren en movimiento, en el trayecto que va desde Ezpeleta hasta Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.

- » ¿Cómo puede relacionar el caso con los conceptos de *discriminación*, *racismo*, *xenofobia* y *segregación* que se abordan en el capítulo?
- » ¿Considera que los derechos en la población de mujeres migrantes son vulnerados cuando se presentan a solicitar atención en los servicios de salud? ¿Hay alguna situación similar que haya percibido en su tarea cotidiana?
- » ¿Qué aportes brindaría una perspectiva de derechos humanos y de género en la atención con mujeres migrantes y refugiadas? Se recomienda articular una respuesta desde el concepto de *feminización de las migraciones* abordado en el Capítulo 2.



# 4

## **Salud mental y apoyo psicosocial en procesos de integración de personas migrantes y refugiadas**



### **En el siguiente capítulo se propone:**

- » Comprender la retroalimentación entre los procesos de integración en la comunidad de destino por parte de personas migrantes y refugiadas y el bienestar psicosocial y hacer un breve recorrido sobre las distintas miradas y enfoques sobre el tema.
- » Advertir sobre el riesgo de patologizar la migración y la condición de refugio.
- » Ofrecer información actualizada en torno a la prevalencia de trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas.
- » Brindar herramientas para favorecer la integración en espacios sanitarios, desde una perspectiva intercultural.
- » Evaluar situaciones de vulnerabilidad y trastorno mental.
- » Dar a conocer herramientas clínicas, como la Primera Ayuda Psicológica y la guía MhGAP con el objetivo de disminuir las brechas en la atención de los trastornos mentales incluyendo su manejo en los servicios de salud de tipo general.
- » Conocer algunas experiencias respecto al acompañamiento a víctimas de violaciones a los derechos humanos en la República Argentina.
- » Plantear dificultades y desafíos en las derivaciones y seguimiento en caso de trastorno mental.

## A modo de reflexión inicial: sobre un caso clínico en un centro de salud

Antes de comenzar con la lectura del capítulo se propone reflexionar sobre un breve caso clínico, con la idea de:

- » comprender con qué saberes previos cuenta;
- » establecer desde qué ideas/creencias aborda la práctica cotidiana;
- » reflexionar críticamente sobre las prácticas más habituales en los servicios de salud y cómo se podrían mejorar;
- » reconocer distintas manifestaciones del sufrimiento psíquico.

Se propone que lea la primera parte de una viñeta clínica y luego reflexione acerca de los interrogantes planteados más abajo.

Juana, de 58 años, es empleada doméstica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y vino de Paraguay a vivir en la Argentina hace 10 años. En Paraguay quedaron sus hermanos y un hijo que actualmente tiene 30 años. Llega al centro de salud de su barrio a consultar con un médico porque dice tener, desde hace un mes, mareos constantes, una fuerte acidez estomacal y dolor en el pecho. Tiene miedo de tener un problema cardíaco.

**1° Consulta.** Luego de hacerle una revisión clínica, el médico que la atiende le solicita estudios clínicos de rutina: laboratorio (análisis de sangre y de orina) y un electrocardiograma. Le dice a Juana que encuentra su presión un poco alta y le receta una medicación para bajar la presión que, le dice, deberá tomar de aquí en más todos los días. Le da algunas indicaciones para comer sin sal y, le aclara, debe además cambiar su alimentación, incorporando más frutas y verduras, y comenzar una leve rutina de ejercicio físico porque tiene sobrepeso. Respecto del ejercicio físico, le sugiere que tome por rutina caminar al menos 40 minutos por día. La vuelve a citar para dentro de un mes, cuando tenga los resultados de los estudios.

- » 1. Teniendo en cuenta los modelos de atención abordados en el capítulo 3, ¿desde qué modelo diría que trabaja el profesional que atiende a Juana? Fundamente.
- » 2. Las dimensiones biológica, psicológica, socioeconómica, relacional y cultural determinan, de manera múltiple, la subjetividad de las personas:
  - › a. ¿Qué dimensiones le parece que se tienen en cuenta en la entrevista con Juana? ¿Qué dimensiones no se consideran?
  - › b. ¿Puede pensar por qué motivos ciertas dimensiones quedaron por fuera de la consulta?
  - › c. Si usted fuera trabajador de la salud y hubiera atendido a Juana, ¿qué preguntas le hubiera hecho que no fueron incluidas en la viñeta?

Se propone continuar la lectura del caso para seguir reflexionando.

**2° Consulta.** Un mes más tarde, Juana regresa con todos los resultados. Sus análisis dan bien, le dice el médico, y le recomienda un nuevo chequeo en seis meses, previo recordarle que siga con la medicación y la dieta. Pero Juana insiste en que no se siente bien y en que está preocupada por su salud. A partir de allí el médico hace algunas preguntas que abren paso a otra dimensión de la problemática. Las preocupaciones de Juana rondan alrededor de su hijo, que será padre dentro de unos meses y acaba de quedarse sin trabajo en Paraguay. Ella antes podía enviarle dinero y ahora no le alcanza. A su vez, hace años está en pareja con una persona a la que ya no quiere, pero él se niega a dejar la vivienda de la que ella es dueña. Juana tiene miedo de que él le “haga algo”, porque es muy agresivo. Cuando vuelve a su casa comienzan los mareos y el dolor en el pecho.

- » 3. De las dimensiones mencionadas en la pregunta 2, ¿considera que en esta segunda consulta se abordan nuevas? ¿Por qué?
- » 4. ¿Qué otras preguntas le hubiera parecido importante hacer? ¿Por qué?
- » 5. ¿Cómo sugiere que debería continuar el tratamiento de Juana a partir de ahora?
- » 6. Juana no parece tener dificultades a la hora de expresar lo que le sucede. Eso le resulta de gran ayuda para insistirle al médico en que se siente mal y lograr que éste pueda preguntarle un poco más acerca de su situación personal y social. ¿Qué pasaría en el caso de que hubiera habido barreras idiomáticas? ¿Y en el caso de tratarse de una persona con temor a expresar sentimientos? ¿Se le ocurren modos de facilitar la comunicación en esos casos?

# 1. EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA COMUNIDAD DE DESTINO: LA RETROALIMENTACIÓN ENTRE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL

## Introducción

Según se explicó a lo largo del Manual, las migraciones y los desplazamientos suelen requerir de fuertes adaptaciones, ya que las personas atraviesan barreras interpersonales, socioeconómicas, culturales y geográficas. El proceso de dejar el hogar y el propio país y el hecho de tener que integrarse en un ambiente distinto, en una cultura nueva y en una situación vital diferente puede causar diferentes niveles de estrés. Aún las migraciones planificadas, que se llevan a cabo de forma ordenada, regular y segura, implican una redefinición de roles y sistemas de valores individuales, familiares, grupales y colectivos, y pueden generar malestar y ser una fuente de estrés para las personas, sus familias y las comunidades de origen y destino. Las migraciones pueden generar vulnerabilidades psicosociales específicas que, si se combinan con otros determinantes, pueden afectar la salud mental de las personas migrantes y refugiadas (OIM, 2020c).

Proveer apoyo psicosocial y atención en salud mental<sup>68</sup> a personas migrantes y refugiadas busca reducir las vulnerabilidades psicosociales y ayudar a desarrollar herramientas que faciliten los procesos de integración en la comunidad de destino (OIM, 2018a)<sup>69</sup>. En este sentido, en este capítulo del Manual se propone brindar un marco teórico y algunas herramientas prácticas que orienten y faciliten la tarea de los distintos equipos de trabajo.



Tal como se ha desarrollado en el **Capítulo 2**, las corrientes migratorias más significativas en Argentina actualmente son intrarregionales: fundamentalmente provenientes de países limítrofes y otros de la región. Dichas corrientes se ven favorecidas por la vecindad geográfica, la proximidad cultural, de tradiciones, costumbres y también el idioma.

Generalmente, estas corrientes migratorias están asociadas a la búsqueda de una movilidad social ascendente, principalmente a la necesidad de conseguir mejores oportunidades de trabajo y lograr una mejora en la calidad de vida.

Es importante retomar y recordar las características de estas corrientes para poder pensar intervenciones que favorezcan la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas migrantes y refugiadas en función de estas particularidades. Se hace necesaria la aclaración ya que los desarrollos bibliográficos en torno al bienestar psicosocial de esta población se basan, mayoritariamente, en contextos de crisis o catástrofes que no se suelen dar en esta región.

Por la propia dinámica de las corrientes migratorias en la República Argentina, el presente capítulo abordará fundamentalmente la interrelación entre salud mental, bienestar psicosocial y procesos de integración de personas migrantes y refugiadas en el país de destino, en contextos no atravesados por situaciones de catástrofes, aunque también se brindarán algunas referencias a los contextos de crisis.



En el **Capítulo 3** se ha mencionado la importancia de no patologizar los procesos migratorios y de poder pensar cómo la salud mental y el bienestar psicosocial de las

68. La expresión “salud mental y apoyo psicosocial” se utiliza para describir todo tipo de apoyo, local o externo, cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales (OIM, 2020c).

69. Todas las referencias a este Manual son de traducción propia.



personas migrantes y refugiadas está asociado, en especial, al acceso a derechos y a las posibilidades de integración en la sociedad de destino. Se retomará y profundizará esta idea central en los apartados siguientes.

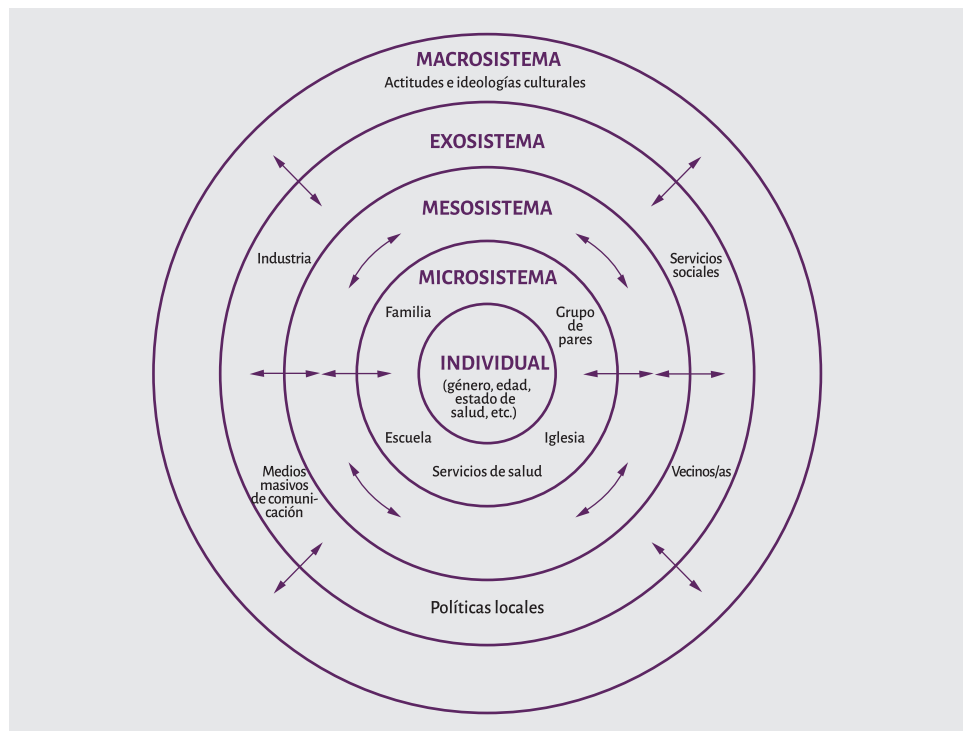
## Retomando algunas nociones sobre salud mental comunitaria



Según se desarrolló en el **Capítulo 1**, asumir el paradigma de la salud mental comunitaria implica, entre otros, un cambio de foco que va desde el individuo a la comunidad como eje principal. Este pasaje permite incorporar nuevos instrumentos, como el diagnóstico comunitario, y nuevas nociones, como población en riesgo, grupos vulnerables e intervención en crisis, que se fueron desarrollando y que se retomarán aquí en función de las personas migrantes y refugiadas.

Este enfoque puede observarse en el siguiente esquema (OIM, 2019d):

**FIGURA 11. SISTEMA SOCIOECOLÓGICO**



FUENTE: ADAPTADO DE BRONFENBRENNER, EN OIM, 2019D.

Las personas son pensadas siempre en relación con un sistema mayor, comunitario<sup>70</sup>. Las comunidades albergan y están atravesadas por la interrelación entre varios otros sistemas (como la familia, el grupo de pares, la religión, la ideología, la pertenencia a instituciones diversas, los lugares de trabajo, entre muchos otros) y, por lo tanto, resultan un eje clave en la planificación de los programas de salud mental comunitaria,

70. "Comunidad" se refiere a un grupo de personas que comparten ciertos rasgos en común: un lugar geográfico, un lugar de origen, idioma, intereses, creencias, entre muchos más. Las comunidades son sistemas humanos caracterizados por interrelaciones e interacciones entre sus miembros en determinados contextos (individuos, familias extendidas, tribus, grupos confesionales, partidos políticos, etc.). Pero estas interrelaciones están a su vez formadas por otros elementos, como culturas, sistemas de creencias, ideologías, historia y percepciones históricas, etc., así como instituciones: sistemas de representación política, escuelas, centros de salud y organizaciones de la sociedad civil y religiosas.

diferenciándose de aquellos programas que tienden a enfocarse en las necesidades individuales (OIM, 2019d)<sup>71</sup>.

Entender a la salud mental como comunitaria implica sostener un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en la persona como eje individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas y en la comunidad misma. El objetivo es modificar los factores que predisponen al padecimiento y así posibilitar más bienestar o al menos generar y difundir la información necesaria para lograr una mejor calidad de vida.

Por tal motivo y, como se verá más adelante, se debe pensar el trabajo con personas migrantes y refugiadas desde una perspectiva comunitaria, integral y multinivel. También comprender que buena parte de las medidas que se toman para mejorar el bienestar de este grupo poblacional se relacionan con poder profundizar y diversificar los factores protectores en la comunidad de acogida y detectar y modificar los factores de riesgo y estresores.

## Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes

Si bien el presente capítulo se centrará en contextos donde no suele haber emergencias y catástrofes, la guía del IASC (siglas en inglés de “Comité Permanente entre Organismos”<sup>72</sup>) presenta recomendaciones que pueden utilizarse en todos los contextos y brinda un marco teórico apropiado en intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial de migrantes y refugiados.

Esta guía fue publicada en 2007 con el propósito de generar recomendaciones que posibiliten que “actores humanitarios y comunidades establezcan, planifiquen y coordinen un conjunto de respuestas multisectoriales mínimas para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas en situaciones de emergencia” (IASC, 2007).

Esta guía se centra, sobre todo, en la puesta en práctica de respuestas mínimas, es decir, de las respuestas imprescindibles y de alta prioridad que deberían ser puestas en marcha tan pronto como sea posible en una emergencia. Las respuestas mínimas son lo primero que debe activarse, son las primeras etapas esenciales que sientan las bases de tareas posteriores más integrales (IASC, 2007).

A continuación, se detallan sus principios fundamentales, que deben orientar todas las acciones de las personas que intervienen en tareas de apoyo psicosocial, independientemente de la situación en la que se lleven adelante:

### » 1. Derechos humanos y equidad:

Quienes proporcionan asistencia humanitaria deberían promover los derechos humanos de todas las personas afectadas y proteger a los individuos y a los grupos que corren mayor riesgo de violación de sus derechos humanos. Los actores humanitarios también deberían promover la equidad y la no discriminación.

---

71. Las citas del Manual “Salud mental y apoyo psicosocial comunitarios en emergencias y desplazamientos” (OIM, 2019d) son de traducción propia.

72. El Comité Permanente entre Organismos (IASC en inglés) es un foro interinstitucional de socios humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas y no pertenecientes a ella. Fue fundado en 1992, con el objetivo de fortalecer la asistencia humanitaria.

» **2. Participación:**

La asistencia humanitaria debería maximizar la participación de las poblaciones afectadas en la respuesta de asistencia humanitaria. En la mayoría de las situaciones de emergencia, hay muchas personas que dan muestras de suficiente resistencia como para participar en las tareas de socorro y reconstrucción.

» **3. Acción sin daño:**

El trabajo en los servicios de salud mental en apoyo psicosocial puede causar daños, dado que trata cuestiones sumamente delicadas. Quienes dispensan asistencia humanitaria pueden reducir el riesgo de generar daño de diversas maneras, entre ellas:

- » a. Participar en grupos de coordinación para recibir información de los demás actores y minimizar la duplicación y los vacíos en la respuesta.
- » b. Diseñar intervenciones sobre la base de una información suficiente.
- » c. Comprometerse a evaluar y a aceptar auditorías y revisiones externas.
- » d. Desarrollar sensibilidad cultural y competencia en las cuestiones en las que se interviene o trabaja.
- » e. Mantenerse al día respecto a las prácticas que se consideran más eficaces.
- » f. Comprender los principios de derechos humanos universales, las relaciones de poder entre las personas extranjeras y las afectadas por una emergencia y el valor de los enfoques participativos, y tenerlos constantemente en cuenta.

» **4. Aprovechar los recursos y las capacidades disponibles:**

Todos los grupos afectados tienen recursos propios positivos y propicios a la salud mental y el bienestar psicosocial. Un principio fundamental -incluso en las etapas iniciales de una emergencia- es el fomento de las capacidades locales, apoyando la auto organización, la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes. Con frecuencia, los programas impulsados y ejecutados desde el exterior conducen a soluciones inapropiadas de salud mental y apoyo psicosocial con escasa sostenibilidad. Siempre que sea posible, es importante fomentar la capacidad propia, tanto del gobierno local como de la sociedad civil.

» **5. Sistemas de apoyo integrados:**

En la medida de lo posible, es preciso que las actividades y la programación estén integradas. La proliferación de servicios y los servicios autónomos, como los que sólo atienden a las personas que han sufrido violencia sexual o a personas con determinados diagnósticos, como el denominado trastorno por estrés posttraumático, pueden crear un sistema de atención sumamente fragmentado.

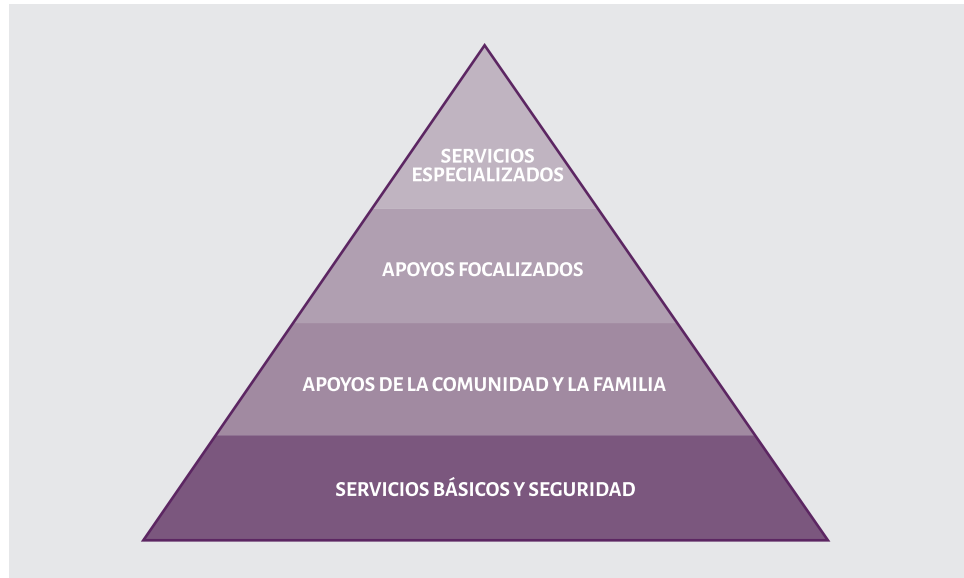
» **6. Apoyos a niveles múltiples:**

En las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto puede ilustrarse mediante una pirámide, tal como se verá a

continuación. Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.

Una vez enunciados los principios fundamentales, se tomará la pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y se desglosará<sup>73</sup>. Si bien el modelo propuesto está pensado para contextos de emergencias y catástrofes, también puede aplicarse a otro tipo de escenarios.

**FIGURA 12. PIRÁMIDE DE INTERVENCIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS**



FUENTE: MANUAL ON COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCIAS AND DISPLACEMENT, OIM (2019D).

### **i. Servicios básicos y seguridad**

Es necesario proteger el bienestar de todas las personas (tanto migrantes como no migrantes) mediante el establecimiento o restablecimiento de medidas de seguridad, un adecuado gobierno y servicios que respondan a las necesidades físicas básicas. Por ejemplo, se considera para este nivel tanto el acceso a información respecto a los derechos y obligaciones que la Ley Migratoria otorga a las personas migrantes en la República Argentina como la obtención del Documento Nacional de Identidad, acceso a la salud y a la educación en condiciones dignas, acceso a la vivienda, entre otros. También se incluye la “Primera Ayuda Psicológica” (PAP), ya que es una intervención que puede ser llevada adelante por personas de la comunidad que no tienen formación específica en salud mental con el objetivo de ayudar y apoyar a personas que se encuentren en graves situaciones de crisis.

Una respuesta de la necesidad de servicios básicos y seguridad acorde con los principios de salud mental y apoyo psicosocial puede incluir lo siguiente: promover ante los actores responsables el establecimiento de dichos servicios, documentar sus efectos sobre la salud mental y el bienestar psicosocial, e influir sobre quienes dispensan asistencia para que presten los servicios de manera que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial.

73. Desarrollo tomado de la mencionada Guía IASC, 2007.

## ii. Apoyos de la comunidad y de la familia

El segundo nivel corresponde a facilitar procesos para reestablecer, en la comunidad de acogida, roles familiares y comunitarios saludables, según el contexto en que se encuentren las personas migrantes. En este nivel, entre las respuestas útiles, cabe mencionar: rastreo y reunificación de la familia, difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos para que las comunidades de acogida participen activamente en la integración de las personas migrantes, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con sus hijos e hijas, actividades de educación escolar y extraescolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.

Es fundamental que, en la llegada a la localidad de acogida, las personas migrantes obtengan contención, información y apoyo para generar vínculos y redes (Carpio, 2019). Para lograrlo, resulta esencial que los distintos actores involucrados en los procesos de integración de las personas migrantes puedan trabajar conjuntamente. En ese sentido, tanto las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones de migrantes, los organismos internacionales y el Estado pueden proponer dispositivos eficaces para la elaboración de la experiencia migratoria, para acceder a información relevante en términos de acceso a derechos, para tejer una sólida red de apoyo y para comenzar a construir un proceso de integración en el país que resulte satisfactorio para quien ha migrado. En el caso de Argentina, se observa un involucramiento importante de las comunidades receptoras a través de organizaciones, asociaciones y redes que cumplen un rol fundamental en estos procesos. Estas últimas facilitan espacios de información, de orientación laboral, de atención psicosocial y de actividades culturales que buscan apoyar y acompañar a las personas en estos procesos que, según ellas mismas, pueden ser más o menos complejos.

## iii. Apoyos focalizados

El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para un número aún más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo, por parte de agentes de salud capacitados y supervisados (pero que tal vez no cuenten con años de capacitación en atención especializada en salud mental y apoyo psicosocial). La focalización hace referencia a las necesidades particulares del grupo de población que requiere un tipo de intervención específicamente diseñado para sus necesidades psicosociales. Esa intervención no se oferta universalmente porque solamente es útil para un grupo específico de población<sup>74</sup>. Además, es posible que las consecuencias psicológicas que este grupo de población presenta requieran intervenciones en el plano terapéutico, algo que no es necesario para quienes se benefician de las intervenciones que se llevan a cabo en los niveles 1 y 2.

Para dar algunos ejemplos, se benefician de este nivel de atención sobrevivientes de actos violentos que tal vez necesiten que agentes de salud comunitarios les brinden una combinación de apoyo emocional y les ayuden a lograr medios para obtener ingresos que les permitan independencia económica. Este nivel también incluye los elementos de primeros auxilios psicológicos (que se desarrollarán más adelante) y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud, tal como propone el modelo de salud mental comunitaria que se desarrolló en el [Capítulo 1](#).

*En Argentina hay una asociación de psicólogos venezolanos que, en articulación con la Asociación Alianza por Venezuela y con el apoyo de la OIM, brinda diferentes espacios de apoyo y contención a las personas migrantes (adultos, niños, niñas, adolescentes y personas de la tercera edad) a los fines de acompañar el proceso migratorio y de facilitar la integración en la sociedad de acogida. El apoyo psicosocial brindado se realiza a través de actividades temáticas grupales que trabajan en la resignificación del proceso migratorio ya sea desde lo discursivo, lo corporal y/o lo artístico. Todas ellas poseen una perspectiva en derechos humanos, género e interculturalidad y se configuran como herramientas en aras del bienestar y de la construcción de una mejor calidad de vida en la sociedad de destino.*



74. Por ejemplo, las intervenciones psicosociales dirigidas a niños/as no acompañados/as no pueden utilizarse también con niñez migrante acompañada, porque las necesidades son distintas y el abordaje terapéutico debe tener en cuenta esos elementos de diferenciación.

#### iv. Servicios especializados

El vértice de la pirámide corresponde finalmente al apoyo adicional que necesita un porcentaje menor de la población cuyos trastornos, pese a los apoyos que ya se mencionaron, son intolerables y que tropezarían con grandes dificultades para el funcionamiento básico cotidiano. Esta asistencia debería incluir apoyo de diversos especialistas en salud mental, incluyendo, pero no limitado a, apoyo psicológico especializado (a cargo de psicólogos clínicos) o psiquiátrico para personas que padecen síntomas que podrían indicar trastornos mentales graves, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, entre otros. Este tipo de servicios especializados son pertinentes cuando las necesidades preexistentes o emergentes de la persona migrante o refugiada son superiores a las capacidades existentes de los servicios de atención primaria de salud y salud en general.

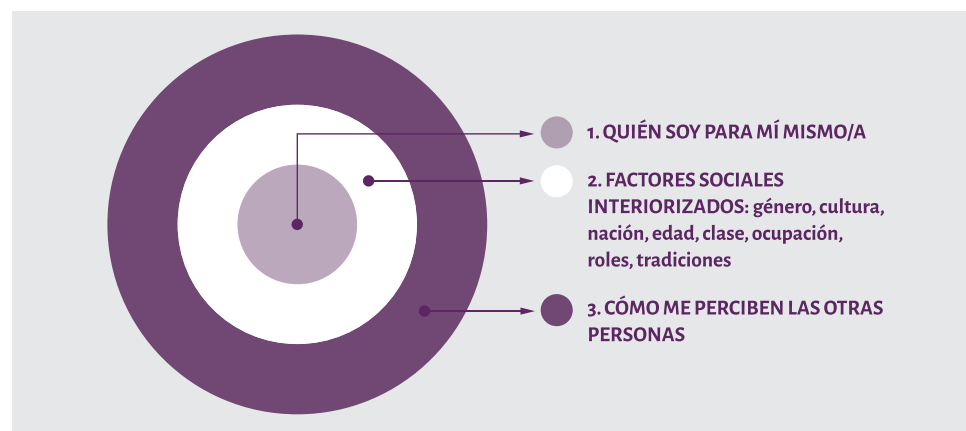
Por supuesto que la respuesta para cada nivel debe diseñarse según las necesidades contextuales y los recursos disponibles. La propuesta que se presenta aquí es un abordaje multinivel de base comunitaria, en el que la comunidad participa en el diseño e implementación de los procesos (OIM, 2019d). Como se observa en la pirámide, es un sistema que organiza los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en múltiples niveles de apoyos complementarios para satisfacer las necesidades de grupos diferentes. Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente (IASC, 2007).

### La identidad como concepto central del bienestar psicosocial de las personas y de los grupos<sup>75</sup>

La identidad es un concepto central en el bienestar psicosocial de las personas y grupos, particularmente frente a las adversidades, las crisis y los desplazamientos. La definición de identidad remite a las características que determinan cómo es una persona, y lo mismo aplica a identidades colectivas, incluyendo comunidades e identidades grupales.

A los fines de este Manual, resulta útil generalizar los elementos subyacentes más comunes según las distintas teorías psicológicas y sociológicas de tal modo que se podría resumir que la identidad es un sistema construido por la interrelación de tres componentes:

**FIGURA 13. COMPONENTES DE LA IDENTIDAD**



FUENTE: ADAPTADO DE SCHININĂ (2012) EN "MANUAL ON COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCIAS AND DISPLACEMENT" (OIM, 2019D).

75. El desarrollo conceptual de este apartado fue tomado de OIM, 2019d.

Estos tres componentes se retroalimentan de manera continua los unos a otros, ya que la construcción de identidad es siempre dinámica.

- » El primer componente (en el centro de la figura) es el concepto sobre “sí mismo/a”, que se corresponde con quién es uno para sí mismo/a. Este componente no es neutral, ya que el “sí mismo” se adjudica cualidades, características, creencias culturales y roles basándose en factores sociales internalizados, tales como la cultura, las creencias, la educación, el género y otros roles socialmente aprendidos.
- » El segundo componente es aportado por las teorías dinámicas, que incluyen aquí la influencia de los arquetipos y los elementos heredados inconscientemente, que están atravesados por las culturas hegemónicas y secundarias a las que uno pertenece, como el género, la cultura, tradiciones, etc., ya sea por asimilación o bien por contraposición a ellas (este aspecto está ilustrado en blanco en la figura 13).
- » El último componente es relacional y está determinado por cómo uno es percibido por otras personas: familiares, amistades, colegas, clientes, vecinos y vecinas, personas de autoridad (en violeta en la figura 13).

La identidad es multifacética. El “yo” está compuesto por distintos aspectos: el aspecto familiar, el aspecto profesional, el aspecto romántico, entre otros. Los tres componentes pueden tener distinta incidencia en la forma en la que una identidad se moldea en una determinada comunidad. Y la identidad es el resultado de una negociación permanente entre la conducta de una persona consigo misma, con su cultura y con su comunidad. Asimismo, la identidad se encuentra en permanente desarrollo y cambia de acuerdo con las experiencias propias, la educación y las transformaciones culturales, dentro de un sistema y con los otros semejantes.

La identidad se construye y evoluciona, ya que se ve afectada y modificada en la vida cotidiana de las personas<sup>76</sup> (OIM, 2019d). Existen:

- » cambios evolutivos (aquellos relacionados con el desarrollo de maduración de las diversas etapas de la vida): modos de enfermarse, de crecer, de llegar a la vejez.
- » cambios situacionales (repentinos, ocasionados por causas externas, muchas veces ajenas a las personas): separaciones, pérdidas de trabajo, muertes de seres queridos, cambios constantes de domicilio.

## La identidad en las migraciones y las migraciones forzosas

Hasta ahora se explicó que los distintos cambios en la vida de las personas afectan la identidad y cómo dichos cambios son parte del proceso natural de evolución de una persona en diferentes etapas de la vida, y al enfrentarse a diversas situaciones y contextos. Pero hay determinadas situaciones que se engloban dentro de las emergencias

---

76. Todas las personas sufren cambios y crisis identitarias, este no es un proceso específico de personas migrantes.

y las catástrofes que afectan la identidad en todos los niveles. Dentro de estas categorías, se encuentran los desplazamientos forzados y por eso se pensará a las personas que atraviesan estas situaciones como expuestas a factores de riesgo y estresores que podrían aumentar su vulnerabilidad. Por ejemplo, los factores sociales interiorizados, tales como los sistemas de creencias, muchas veces son puestos en cuestión en las emergencias, especialmente en el caso de conflictos, que son los que llevan a los desplazamientos forzados.

Con respecto a las migraciones y desplazamientos, la cultura hegemónica en el país de acogida puede no compartir los mismos factores sociales que la de las personas migrantes, siendo que el lenguaje, la definición de los roles sociales, los sistemas de significado y elementos simples tales como el sentido del humor pueden variar. Más importante aún, la retroalimentación que quienes migran reciben desde los otros significantes puede verse afectada por la pérdida de alguno de ellos, por el hecho de que otros quedaron detrás o bien por el hecho de estar en una comunidad en la que se es una persona desconocida y muchas veces se es estigmatizada.

Es decir que durante los procesos de integración a la comunidad de destino se desafía esta construcción que es la identidad:

- » porque el estatus personal puede cambiar (por ejemplo, debido a las dificultades de ejercer la profesión u oficio en el país de destino o a la dificultad de encontrar trabajo);
- » porque existen factores que aumentan la estigmatización (nacionalidad, color de piel, religión, género, etc.), que dan forma a la autopercepción para coincidir con la percepción de los demás;
- » porque existen diferencias en los marcos culturales, valores y costumbres en el país de acogida.

**La identidad debe entonces readaptarse. Estos procesos pueden ser dolorosos y desafiantes, pero el desenlace puede ser positivo.**

Sin embargo, en estos procesos puede ocurrir que las personas se sientan confundidas, desorientadas o con fuertes altibajos emocionales. Enfrentarse a los nuevos roles, estructuras sociales, lenguaje y formas de entender el mundo (entre otros) es un desafío que pone a las personas migrantes en la disyuntiva entre adaptarse (aculturarse) o guardar su propia identidad cultural, realidad que puede verse afectada por el ritmo del proceso de integración (más lento, más rápido) y por la posible existencia de discriminación asociada a su condición de migrantes. En situaciones de guerra, el núcleo individual de la identidad tiende a ser asimilado por la narrativa hegemónica de las identidades en guerra. Muchas veces los valores nucleares de las personas se ven puestos en jaque y adherir a valores opuestos a los propios es un prerrequisito para formar parte de una comunidad. Esto puede poner en riesgo la identidad.

En contextos de crisis y emergencia, los equipos de apoyo psicosocial se vuelven referentes afectivos claves para las personas afectadas. En este sentido, se encuentran en posición de co-constructores de la identidad de las poblaciones afectadas, lo cual las ubica en una posición de poder.

En Argentina, el rol de la sociedad civil es fundamental en estas cuestiones. Múltiples grupos de apoyo (conjunto de personas voluntarias que desean colaborar con la integración de las personas migrantes a la sociedad de acogida) dan su soporte a las



comunidades intentando vincular a las personas migrantes para que puedan construir sus propias redes de apoyo. Generalmente, los grupos, comunidades o colectividades se organizan de tal forma que colaboran en la búsqueda de empleos, en educación, en salud y, sobre todo, funcionan como redes de comunicación y vínculo entre las personas migrantes y la comunidad de acogida.

**Se vuelve entonces fundamental que aquellas personas que trabajan en contextos de crisis no contribuyan a crear una identidad negativa en las poblaciones afectadas basando la relación exclusivamente en las necesidades y en las vulnerabilidades de las personas, ya que se corre el riesgo de crear una identidad victimizante o basada en categorías preestablecidas.**

Un enfoque comunitario aboga por la protección de la riqueza de las identidades de las poblaciones afectadas y siempre pensando que quienes intervienen en las crisis (las organizaciones, instituciones, equipos y trabajadores) son una parte del sistema que puede determinar hasta cierto punto el desarrollo de estas identidades.

Como consecuencia:

- » La identidad debe ser entendida dentro de un contexto relacional y comunitario.
- » Debe ser respetada, sobre todo por el hecho de que puede encontrarse en crisis o en transición.
- » Debe ser empoderada, devolviendo su sentido de autonomía y eficacia.

Todos estos conceptos serán retomados a lo largo del presente capítulo.

## 2. LA NOCIÓN DE TRAUMA Y LA IMPORTANCIA DE NO PATOLOGIZAR LA MIGRACIÓN Y EL REFUGIO

### Breve recorrido sobre las distintas miradas y enfoques respecto de migración, refugio y trastornos mentales

Existe la creencia extendida en algunos espacios de que las personas migrantes y refugiadas tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales respecto de la población general. Esta mirada suele considerar la vulnerabilidad como un aspecto inherente de la migración o de la condición de refugiado.

La migración no es una patología y no es, en sí misma, un determinante de trastornos mentales o problemas psicológicos.

La migración puede presentar estresores para las personas y comunidades involucradas que tienen que ver con los motivos para decidir irse, las circunstancias del viaje, la burocracia y pérdida de derechos que pueden acompañar a algunos trámites de acogida y las dificultades de integración. Sin embargo, no existe una correlación clara entre todas las formas de migración y las vulnerabilidades psicológicas. La vulnerabilidad psicológica en la migración está relacionada con las trayectorias de vida individuales, la prestación de servicios, la integración y las capacidades de afrontamiento de las personas migrantes.

**Por lo tanto, sería un error asumir que la migración, en todas sus formas diferentes y variadas, podría traer trauma, depresión, trastorno de estrés postraumático o problemas clínicos, por defecto. Sería un error patologizar las diversas reacciones psicológicas normales que las personas migrantes podrían enfrentar debido a las diversas circunstancias de sus experiencias migratorias, incluidos los procesos normales de duelo.**

La migración, sea forzosa o voluntaria, pero especialmente cuando no forma parte de un plan migratorio bien pensado, puede activar varios elementos de pérdida: familia y amigos, idioma (lengua materna), cultura, hogar (tierra), posición o estatus social, contacto con el grupo étnico y religioso de origen y seguridad física (OIM, 2019d). Sin embargo, el grado de separación de estos elementos no es el mismo para todas las personas migrantes. Para empezar, su adhesión a la cultura y los sistemas sociales de significación de su país de origen pueden no ser tan claras, las identidades son conceptos en evolución y, de hecho, muchas rutas migratorias tienen que ver con pasar de una situación que amenaza la vida o es menos segura (económica, social y políticamente) a una más segura. Finalmente, la migración también puede traer nuevas interacciones sociales, la adquisición de nuevos significados culturales o un renovado y múltiple sentido de pertenencia, por lo que cualquier experiencia psicológica de la migración debe leerse de manera integral, considerando la combinación de efectos positivos y negativos.

Por esta misma razón, la OIM se opone firmemente a cualquier asociación que se haga por defecto y no basada en evidencia de todas las formas de migración con el trauma, TEPT, depresión y otros problemas clínicos con procesos de duelo, así como en contra de la patologización de las consecuencias psicológicas normales de las experiencias migratorias, representando éstas como síndromes migratorios.

En este sentido, a manera de ejemplo se puede mencionar el denominado “síndrome de Ulises”, que pone el acento en el estrés crónico y múltiple que generarían los procesos migratorios, a los que se considera un factor de riesgo para la salud mental (Achotegui, 2009). Por otro lado, existen otros estudios que relacionan directamente los procesos migratorios con el desarrollo de la esquizofrenia (Cabrera y Cruzado, 2014; Bourque, Van Der Ven y Malla, 2011).

Estos desarrollos han sido objetados por múltiples autores, ya que confunden determinantes propios de un contexto sociohistórico con un diagnóstico psicopatológico.

Asimismo, estas lecturas lineales en las que las respuestas esperables de las personas que enfrentan estrés extremo y prolongado son patologizadas, son siempre fuente de estigmatización y discriminación tanto dentro del sistema de salud como por parte de la comunidad. Entonces, además de estar sobrellevando esta sobrecarga psíquica propia del estrés, las personas terminan además teniendo que lidiar con etiquetas y rótulos diagnósticos dentro y fuera del sistema de salud, que pueden afectar negativamente su vida cotidiana.

Por otra parte, la errada descripción de este cuadro psicopatológico como un trastorno mental en sí mismo debe alertar sobre dos posibles destinos a los que suele estar asociada (Cuestas, 2011):

- » la inhibición de proyectos migratorios (cuando migrar, en verdad, es un derecho);
- » la justificación de controles y restricciones.

**Ser una persona migrante o refugiada no es siempre causal de vulnerabilidad, aunque la migración puede convertirse en una condición que favorezca e incluso lleve a experimentar situaciones de vulnerabilidad** (Lussi, 2015). Si se habla de vulnerabilidad en relación con la migración, debe ser entendida como el resultado de las políticas migratorias implementadas en la sociedad de recepción.

Asimismo, resulta importante distinguir si hay vulneración de derechos previos a la migración o en el proceso migratorio. Todas estas son situaciones que deben ser señaladas como productoras de vulnerabilidad (Cuestas, 2011; Pussetti, 2010), a lo que se puede sumar la irregularidad, la falta de apoyos sociales, educativos y sanitarios adecuados, entre otros determinantes sociales de la salud, incluyendo la exclusión y discriminación.

## Algunas consideraciones sobre el Trastorno de Estrés Postraumático

Otro cuadro clínico que suele aparecer asociado de manera lineal a las personas migrantes y refugiadas es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este trastorno, definido por el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM en su versión V), así como también por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE en la versión 10)<sup>77</sup>, describe y define un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están profundamente alterados y tienen una duración superior a un mes. También es frecuente que las personas afectadas sufran estas situaciones incluso mucho tiempo después del episodio.

### RECUADRO 5: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La descripción del manual DSM V para el Trastorno de Estrés define el trastorno por estrés postraumático como:

**A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:**

77. Las clasificaciones más habitualmente usadas por la psiquiatría.

- › Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- › Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otras personas.
- › Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
- › Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil, etc.).

**B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):**

- › Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- › Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
- › Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.
- › Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- › Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

**C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:**

- › Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- › Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

**D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:**

- › Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
- › Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo: “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).

- › Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que la persona se acuse a sí misma o a los demás.
- › Estado emocional negativo persistente (por ejemplo: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- › Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- › Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- › Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo: felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

**E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:**

- › Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- › Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- › Hipervigilancia.
- › Respuesta de sobresalto exagerada.
- › Problemas de concentración.
- › Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

**F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.**

**G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

**H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos, alcohol) o a otra afección médica.**

Es importante tener en cuenta que estas descripciones tienden a homogeneizar los síntomas y no incluyen ni las causas ni los conflictos existentes en los planos intrapsíquicos ni vinculares y sociales. Esto dificulta la comprensión integral de lo que le pasa a las personas con sus emociones singulares, jerarquizando lecturas que conciben los trastornos en términos biológicos, ya que les atribuyen un carácter universal (Pussetti, 2010).

**No incluir el contexto de producción del sufrimiento conduce a producir diagnósticos errados, descontextualizados y puede llevar a medicalizar situaciones que deben entenderse colectiva, social, política y culturalmente.**

Otras de las críticas que puede hacerse a este diagnóstico es que unifica y engloba experiencias traumáticas muy diversas y de origen sumamente disímil, invisibilizando experiencias singulares.

## La importancia de la no patologización de las migraciones

Es muy importante dejar en claro que la migración no es una patología y no es, en sí misma, un determinante de trastornos mentales o problemas psicológicos.

La migración puede presentar estresores para las personas y comunidades involucradas que tienen que ver con los motivos por los que deciden irse, las circunstancias del viaje, la burocracia y pérdida de derechos que pueden acompañar algunos trámites de acogida y las dificultades de integración. Sin embargo, no existe una correlación clara entre todas las formas de migración y las vulnerabilidades psicológicas. La vulnerabilidad psicológica en la migración está relacionada con las trayectorias de vida individuales, la prestación de servicios, la integración y las capacidades de afrontamiento de las personas migrantes.

### ¿Qué sabemos de la prevalencia de trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas?

Según la OMS (2018), muchas personas migrantes y refugiadas pueden sufrir trastornos mentales, aunque las investigaciones disponibles concluyen que la prevalencia es muy variable y cambia de acuerdo con los distintos grupos poblacionales, por lo cual se hace muy difícil poder generalizar. **Actualmente no hay datos que demuestren que las personas migrantes o refugiadas son más o menos vulnerables a desarrollar trastornos mentales severos**, pero hay estudios que evalúan la prevalencia de trastornos mentales en esta población. En este sentido, la OMS realizó un metaanálisis, cuyos hallazgos pueden resumirse del siguiente modo (OMS, 2018):

- » La prevalencia de los trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas muestra una gran variación en los distintos estudios. Un análisis exhaustivo permitió identificar que la prevalencia de la depresión varía entre el 5% y el 44% en grupos de refugiados y migrantes de diferentes estudios, en comparación con una prevalencia de entre el 8% y el 12% en la población general.
- » Para los trastornos de ansiedad, la prevalencia osciló entre el 4% y el 40% en comparación de una prevalencia del 5% en la población general.
- » Menos estudios investigaron la prevalencia de los trastornos psicóticos, pero los valores disponibles mostraron una prevalencia de entre dos a tres veces mayor en personas refugiadas y migrantes que en las poblaciones generales.
- » En la actualidad no hay evidencia clara y consistente respecto de una mayor prevalencia de trastornos psicóticos, de personalidad o de ansiedad en personas refugiadas y migrantes al llegar al país de destino en comparación con la población de acogida. **El único trastorno para el cual se reportaron diferencias sustanciales y consistentes en estudios comparativos de prevalencia fue el trastorno de estrés postraumático; esto específicamente para el grupo de refugiados (9-36% en personas refugiadas en comparación con el 1-2% en población de acogida). Sin embargo, el TEPT no es el trastorno de mayor prevalencia en las personas refugiadas. Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, son más frecuentes en personas refugiadas y**

**migrantes (la prevalencia puede variar entre el 5% y el 44%), aunque la prevalencia no varíe considerablemente respecto de la población de acogida.**

- » Los estudios disponibles muestran que quienes solicitaron refugio y vivieron por más de 5 años en el país de destino tienden a mostrar tasas más elevadas de trastornos depresivos y de ansiedad que las poblaciones de acogida. La estimación de prevalencia para estos trastornos es del 20% o más en las personas refugiadas de estancia prolongada. Sin embargo, la variabilidad es muy elevada (trastornos depresivos: 2,3%-80%; trastornos de ansiedad: 20,3-88%, TEPT: 4,4%-86%).
- » La mayor prevalencia de trastornos mentales en refugiados de larga estancia en el país de destino ha sido asociada a la falta de integración social<sup>78</sup> y, específicamente, al desempleo.

Es muy importante recalcar que los datos presentados se refieren generalmente a la situación de personas migrantes y refugiadas en algunos países de Europa. Las investigaciones regionales son realmente escasas y no se cuenta con estudios transversales que permitan hacer comparaciones concluyentes.

Aún hay grandes interrogantes sin resolver, como por ejemplo:

- » si existen verdaderas diferencias en la prevalencia sobre los distintos grupos de migrantes;
- » si los factores de riesgo pueden predecir la prevalencia de trastornos mentales en grupos migrantes;
- » por qué la prevalencia de trastornos mentales aumenta cuando las personas refugiadas y migrantes se han asentado en el país de destino por períodos prolongados de tiempo.

## **Algunas consideraciones en torno al riesgo de patologizar la migración y a la noción de trauma y estrés postraumático, víctima y victimización en la República Argentina**

Retomando lo abordado en el **Capítulo 1**, históricamente las enfermedades mentales fueron entendidas en función de la representación social que las distintas épocas fueron realizando acerca de la locura, estando esta asociada a la divinidad, a la posesión demoníaca, al exceso de pasión, al desvío moral, a la vagancia o inutilidad productiva y a la enfermedad, según la época o la cultura; por ello los trastornos mentales fueron, y aún lo son en algunas sociedades, percibidos a través del estigma, lo cual afecta las posibilidades de integración social de todas las personas, independientemente de su estatus migratorio.

Históricamente, los discursos sobre migración y desplazamiento estuvieron centrados en los paradigmas sobre el “trauma”. Sin embargo, la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (2007), de la cual la OIM



---

78. Es importante aclarar que la exclusión social también es causa de trastornos mentales en población que no es migrante ni refugiada, pero a la vez las personas migrantes son más propensas a ser excluidas.

es firmante, advierte y desaconseja la propagación del término “trauma” o “traumatizado” para referirse de manera directa y unilateral a las personas migrantes y refugiadas.

Rigurosamente, trauma significa “lesión o daño”, también “perforación o rotura” y define las posibles consecuencias negativas de un evento, no el evento mismo (por ejemplo, la guerra no es un trauma, pero puede provocar traumas, aunque esto no les ocurre necesariamente a todas las personas afectadas por ella). Pero no existe una, sino múltiples nociones de trauma.

Debido a que en la Argentina hay una fuerte impronta del psicoanálisis en la formación y en la práctica en el campo de la salud mental, vale la pena hacer un breve recorrido conceptual en torno a la noción de trauma para esta corriente y cómo debe ser leída desde un lugar que, como se subrayó a lo largo de todo el Manual, no debe funcionar patologizando una condición que tiene múltiples determinaciones.

El psicoanálisis ha aportado extenso material para la conceptualización del trauma, siendo habitual que se utilice la palabra trauma para designar situaciones difíciles y dolorosas. Pero es conveniente hacer distinciones, dado que a su vez dentro de estas situaciones puede haber algunas que susciten reacciones esperables y otras que puedan requerir de ayuda psicológica.

Para esta corriente, el trauma puede ser pensado en una articulación sumamente estrecha entre los factores causales, la configuración de la personalidad, la trama vincular de apoyos previos, los modelos identificatorios, los sistemas de ideales colectivos y las posibilidades de elaboración personal frente a diversos traumatismos que constituyen la historia de una persona (Edelman, Kordon, 2010). Desde esta concepción, no habría acontecimiento o elemento traumático en sí mismo ni tampoco un sistema predispuesto especialmente para el trauma. En este sentido, la responsabilidad del trauma no debería ser atribuida solamente a un elemento (como si fuera absolutamente ajeno a quien lo padece), ni enteramente atribuido al sistema (como si la situación traumática fuera una fantasía o emoción completamente interna). Dentro del psicoanálisis no se concibe al trauma como el efecto directo y exclusivo de un acontecimiento que sería totalmente externo a un sujeto plenamente pasivo.

Entonces, mientras la vulnerabilidad está asociada a una perspectiva colectiva, el traumatismo sería el efecto de la incidencia singular (en la persona y en la trama vincular) de ese evento común.

Desde esta perspectiva, relacionarse con las personas que hayan atravesado situaciones de crisis o catástrofes solo considerando su estatus de “víctima” no es aconsejable. El trabajo con la persona apuntaría a modificar la posición subjetiva ligada al malestar. Por ese motivo, no se pretende hacer de quien atravesó la experiencia de un trauma una persona “traumatizada”, ni se debe convertir al trauma en el elemento o el eje principal del vínculo con esa persona (Sanfelippo, 2010).

Es importante considerar que, en determinadas circunstancias, algunos procesos migratorios pueden estar asociados o formar parte de diferentes tipos de emergencia y/o catástrofe. Pero **la experiencia migratoria no puede ser tomada en sí misma como sinónimo de una emergencia que requiera en todos los casos intervenciones de salud mental específicas.**

Es imprescindible asumir una perspectiva por la cual se brinde apoyo y atención a personas migrantes y refugiadas que denoten sufrimiento psíquico, pero con el cuidado de no generalizar este sufrimiento al conjunto de esta población, ya que **se estaría pensando la circunstancia de migrar como un riesgo psíquico en sí mismo cuando no necesariamente lo es.** Asimismo, el proceso migratorio puede significar una mejoría en el acceso a protección, a una vida digna, etc., y por ello puede potenciar la salud mental de las personas.



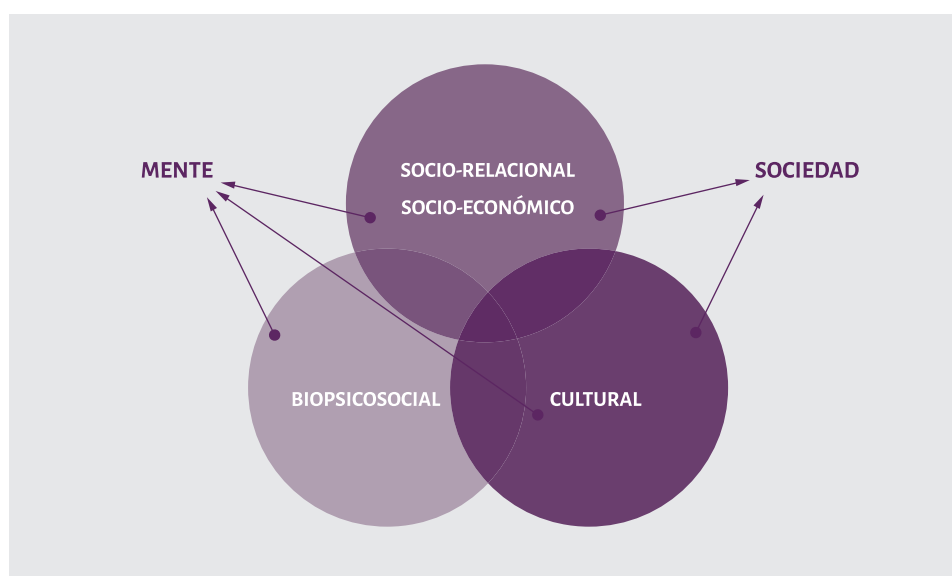
Si bien en la República Argentina los casos pertenecientes a flujos migratorios forzados representan en términos numéricos una proporción muy minoritaria del conjunto de migrantes, son quienes necesitan mayores esfuerzos institucionales y dispositivos de sostén, tanto estatales como de organizaciones de la sociedad civil para garantizar su bienestar psicosocial.

### 3. LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD DE DESTINO

#### El modelo de abordaje psicosocial

El modelo de abordaje propuesto es un abordaje psicosocial para comprender el proceso y los elementos a tener en cuenta para responder a las necesidades de las personas migrantes y refugiadas de manera comprensiva. Desde este modelo, las necesidades de estas personas, así como también la respuesta a estas necesidades, se define desde la interrelación de los factores biopsicológicos, socioeconómicos/sociorelacionales y culturales.

**FIGURA 14. MODELO DE ABORDAJE PSICOSOCIAL PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESPLAZAMIENTOS**



FUENTE: ADAPTADA DE SCHININÀ (2012) EN "MANUAL ON COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCIAS AND DISPLACEMENT" (OIM, 2019D).

El factor **biopsicológico** refiere a las emociones, sentimientos, pensamientos, comportamientos, recuerdos, estrés y reacciones ante el estrés. Las habilidades que cada persona tiene para afrontar el sufrimiento psicológico se encuentran contempladas en esta esfera, en las que el cuerpo y la mente son consideradas un sistema único.

La esfera **socioeconómica / sociorelacional** se enfoca en las interacciones y la interdependencia entre cada individuo y las comunidades a las que pertenece. El aspecto socioeconómico tiene que ver con la disponibilidad y el acceso a recursos como los medios de vida, la atención médica o tecnología de la información. El aspecto sociorelacional, por su parte, tiene que ver con la calidad de las relaciones entre cada individuo, su familia y los sistemas sociales más amplios y comunidades a las que pertenece.

Por último, la esfera **cultural** se refiere a un sistema de elementos materiales e inmateriales compartidos por los miembros de una sociedad, los cuales son usados para significar su mundo y relacionarse entre sí. Estos elementos influyen en la manera en que cada persona hace frente a las adversidades (OIM, 2019d).

Se ve en la imagen que las tres esferas son igualmente importantes, interdependientes y se influyen mutuamente en la definición de las necesidades psicosociales, y deben tener igual peso en la planificación de recursos y respuestas frente a estas necesidades.

Es decir que ninguno de estos factores puede mirarse o atenderse de manera aislada, porque podría dejar por fuera dimensiones sumamente relevantes y definitorias de la situación de la persona con la que se está trabajando.

## Implicancias en el proceso migratorio

Los procesos migratorios tienen distintos momentos. Cada fase/momento presenta retos y, a veces, amenazas para la salud física y mental de las personas migrantes y para su situación psicosocial.

Las personas migrantes y refugiadas pueden estar expuestas a estresores en distintos momentos del proceso migratorio:

- » en el país de origen;
- » en tránsito al país de destino (en la escala o pase por un país intermedio en el viaje hacia el país de destino o bien en el camino hacia allí);
- » en el país de destino (tanto en el ingreso como en la permanencia);
- » en el retorno al país de origen (que puede ser voluntario o forzoso, asistido o espontáneo).

La exposición a los estresores, por supuesto, varía entre los distintos grupos de migrantes (migrantes económicos, refugiados, solicitantes de asilo, migrantes en situación de irregularidad) pero, además, dentro de cada uno de estos grupos también se producen variaciones asociadas al contexto en el que se da la migración y el establecimiento al país de destino (OMS, 2018).

## Factores de riesgo y estresores y factores protectores de la salud mental en personas migrantes y refugiadas

Se propone observar el gráfico de la figura 15 (en la página siguiente).

Se ve que, entre los factores protectores de la salud mental, se encuentran el nivel educativo y sociocultural, el desarrollo de la capacidad de resiliencia, la disponibilidad de recursos materiales y económicos y las nuevas oportunidades para prosperar. Todos estos factores funcionan facilitando los procesos de integración de las personas migrantes y refugiadas en las comunidades de destino.

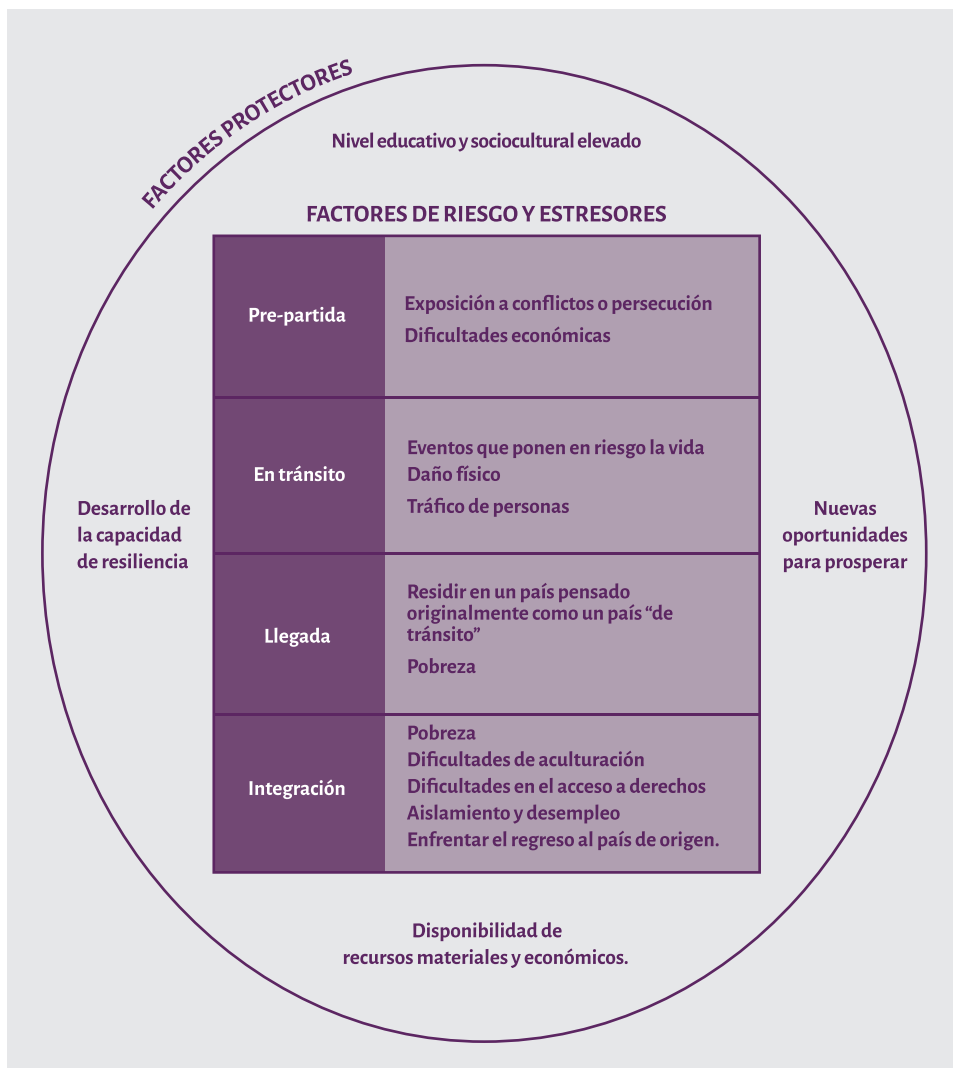
Los factores de riesgo y los estresores pueden ocurrir en distintas etapas del proceso migratorio. A continuación, se enumeran algunos que son frecuentes:

- » Cambios en los roles (familiares, laborales, escolares, sociales)
- » Cambio en las estructuras sociales, económicas y culturales del entorno
- » Devaluación-transformación de los valores tradicionales
- » Estigmatización

La palabra resiliencia se refiere a la capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse luego de experimentar alguna situación inusual e inesperada. Se piensa como resiliente a aquellas personas que, en medio de una situación particular de fuerte malestar y estrés, son asertivas y logran sobrellevar el dolor, transformarlo en una oportunidad o incluso en una ocasión para el cambio. Hay muchas teorías sobre la resiliencia y también hay muchas críticas al concepto, que muchas veces puede implicar desde los programas y políticas públicas el centrarse en las individualidades y favorecerlas, en lugar de intentar cambiar las coyunturas por las cuales las personas sufren y se producen las desigualdades. De cualquier manera, al ser un concepto muy utilizado, conviene conocerlo y destacar que la mayoría de las teorías coinciden en afirmar que la resiliencia reúne tres características fundamentales: la aceptación de la realidad que se está viviendo, la convicción profunda de que la vida tiene un sentido y una gran habilidad para improvisar (Harvard Business Press, 2018).

- » Situaciones de violencia y / o explotación
- » Falta de acceso a los servicios necesarios
- » Procedimientos burocráticos complejos que pueden ser difíciles de comprender y de llevar a cabo
- » Añoranza de seres queridos y falta de red de apoyo
- » Dificultades económicas
- » Situaciones de riesgo durante el tránsito
- » Desempleo

**FIGURA 15. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES EN PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS**



FUENTE: ADAPTADA DE: "MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL HEALTH CARE IN REFUGEES AND MIGRANTS. TECHNICAL GUIDANCE" (OMS, 2018).

Todo abordaje dirigido a estos grupos poblacionales debe indagar profundamente estos factores para comprender la situación particular en la que se encuentran las personas y para poder detectar los casos de mayor vulnerabilidad y las necesidades de intervención urgente y/o derivación a especialistas en salud mental.

## Promover la integración social de personas migrantes y refugiadas

El estado emocional y la salud mental de las personas migrantes y refugiadas está vinculada con las posibilidades de lograr una integración social favorable en las comunidades de destino. En este sentido, fortalecer los factores protectores, como favorecer la capacidad de dominar el idioma local y de establecer redes de apoyo en el país de acogida, pueden ayudar a lograr una integración favorable y disminuir el sufrimiento psíquico.

Los distintos materiales bibliográficos relevados (IASC, 2007; OIM, 2019a; ACNUR, 2019) hacen referencia a la importancia de la participación activa de las personas migrantes y refugiadas tanto individual como colectivamente en la construcción de respuestas a sus distintas problemáticas. La activación de prácticas interdisciplinarias basadas en la comunidad favorece la integración en el país de destino, pero también es importante la implementación de acciones y políticas para alojar, favorecer y garantizar esa inclusión.

La falta de integración social, particularmente el aislamiento y el desempleo, está asociado a una alta prevalencia de trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas (OMS, 2018). Mientras que la exclusión social es un predictor de salud mental en la población general de los países de acogida, migrantes y refugiados/as tienen una tarea particularmente difícil en integrarse a un nuevo país y cultura. Como se desarrolló en el **Capítulo 3**, muchas veces enfrentan actitudes negativas, prejuicios e incluso discriminación, lo que puede socavar y obstaculizar sus esfuerzos para integrarse (OMS, 2018). La exclusión social es un factor de riesgo que genera sufrimiento psíquico y que puede ser modificado y abordado desde distintas intervenciones que favorezcan la promoción de la salud mental.

Tal como fue desarrollado en el primer apartado de este capítulo, **el primer nivel de intervención** en la integración social es garantizar las necesidades básicas, que hacen a las condiciones de subsistencia de las personas, en cumplimiento de los derechos esenciales. Por otra parte, para favorecer los procesos de integración en la comunidad de destino, las ayudas en materia de salud mental deben, por un lado, **considerar siempre la articulación de esquemas de colaboración, establecer un grupo coordinador** que pueda nuclear los diversos aspectos del cuidado de la salud general imbricados con la salud mental y a su vez en articulación con los otros sectores<sup>79</sup>.

La articulación se realiza entre (OIM, 2019d; IASC, 2007):

- › servicios sociales o de protección
- › albergues
- › ayuda alimentaria y otras necesidades elementales
- › centros comunitarios, grupos de autoayuda y de apoyo
- › actividades laborales generadoras de ingreso
- › otras actividades de interés

79. En otros países de la región las respuestas en materia de salud mental se organizaron por fuera de los sectores de salud y de protección (IASC, 2007).

- › educación formal / informal
- › espacios para niños, niñas y adolescentes

Esta articulación es sumamente importante para garantizar los servicios básicos y seguridad de las personas, tal como se vio en la pirámide IASC.

Como se indicó anteriormente, la **comunidad** es el territorio donde se entreteje la subjetividad de las personas con los otros significativos y con las instituciones sociales. Es allí donde se pueden construir, consolidar, fortalecer o resquebrajar las identidades y se despliegan los procesos relacionales de transformación.

De esta manera, la comunidad participa como **proceso** y como **resultado**. Como proceso reduce conflictos, compromete e involucra al semejante en sus distintos niveles gestionando expectativas y evitando malentendidos y facilita la accesibilidad a los diferentes servicios. La comunidad como resultado ayuda a reparar el tejido social desgarrado, fortalece la cohesión social y facilita la recuperación conectando organizaciones que pueden apoyar a los diversos colectivos sociales (OIM, 2019d).

**Un nivel más especializado de intervenciones** podría enfocarse en la educación y en el ámbito sanitario, ya que las instituciones educativas y sanitarias son lugares casi ineludibles para las personas migrantes y refugiadas.

## Herramientas para favorecer la integración de las personas migrantes y refugiadas en espacios sanitarios<sup>80</sup>

El desconocimiento de los marcos de referencia culturales y lingüísticos de quienes consultan en los centros de salud puede generar conflictos y malentendidos. Si además de las dificultades lingüísticas que pueden estar presentes en el momento de la consulta la persona manifiesta inseguridad, incertidumbre y desconfianza hacia el trabajador de la salud, es probable que la atención sanitaria sea insuficiente o no del todo efectiva. Por esta razón, es necesario que el personal sanitario adopte un enfoque intercultural que permita comunicar eficazmente, acortar la distancia en el vínculo con las personas migrantes y generar una relación de confianza a fin de brindar una atención eficiente y pertinente.

**Se trata de respetar las creencias de quien consulta, superando barreras culturales y lingüísticas, y proponiendo una atención sanitaria que no entre en conflicto con su marco de referencia.**

Una cuestión fundamental al trabajar con personas migrantes es respetar los cultos y las religiones que forman parte de su cultura. La perspectiva intercultural supone una comunión de comprensión, entendimiento y respeto hacia la integralidad del bagaje cultural de las personas migrantes y refugiadas. Por eso, se torna relevante que las personas trabajadoras de la salud tengan conocimientos acerca de las prácticas ligadas a la religión, ya que influyen enormemente los puntos de vista que presenta cada persona hacia la salud, los procesos patológicos y su curación (Jelin, 2006).

En ese sentido, es necesario partir de la base según la cual existen diferentes concepciones vinculadas a los PSEAC, en función de las diferentes culturas. Como comentan Langdon y Wilk (2010: 184), “cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo

80. El desarrollo teórico del presente apartado está tomado de la “Guía informativa y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina” de OIM 2018(c).

que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas, gravedad y otros. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas”.

Se ha visto y desarrollado en este capítulo cómo la utilización de categorías diagnósticas sin una vasta comprensión de la cultura a la que pertenece la persona con la que se está tratando puede traer errores diagnósticos y llevar a medicalizaciones inapropiadas. También a clasificar una particularidad cultural como un signo patológico o bien a confundir una manifestación psíquica o somática esperable dentro de un contexto migratorio o de refugio con una manifestación clínica que podría requerir intervención urgente.

**Comprender estas cuestiones puede ayudar a no juzgar las creencias y concepciones que traen las personas y a comprender que esas concepciones forman parte de sus configuraciones culturales. Esas configuraciones, si bien pueden ser diferentes a las que posee el profesional de la salud, no pueden ser consideradas inferiores ni superiores. Por el contrario, es deseable que sean escuchadas y respetadas.**

### **Sugerencias para adoptar un enfoque intercultural en la atención a población migrante:**

- » Tener en cuenta que las personas que consultan, los trabajadores de la salud y el personal administrativo de los centros sanitarios pueden poseer diferentes concepciones acerca de los PSEAC, en función de sus creencias, prácticas y valores. Es recomendable informarse sobre esas concepciones, intentar comprenderlas y respetarlas, buscando puntos de acuerdo entre profesional y paciente para la atención y el tratamiento.
- » Es importante desarrollar y fortalecer competencias interculturales a fin de proponer una atención sanitaria más adecuada, eficaz y pertinente.
- » Generar una relación de confianza con la persona, mostrando empatía y tolerancia frente a las barreras culturales y lingüísticas que puedan manifestarse.
- » Además de la comunicación verbal, es necesario prestar atención al registro no-verbal, como los gestos, las expresiones, las posturas, el tono de voz, los silencios, etc. Este tipo de comunicación puede brindar informaciones valiosas acerca de quién consulta.
- » En lo posible, redactar el diagnóstico y el tratamiento para que, si la persona no pudiera comprenderlo o recordarlo, alguien le pueda leer el resultado de su consulta. No lleva mucho tiempo y puede ahorrar varios malentendidos y demoras.

## RECUADRO 6: LA CREATIVIDAD COMO HERRAMIENTA

La creatividad para comunicarse con personas migrantes es fundamental, dado que la comprensión del otro y el acompañamiento requieren del uso de mecanismos originales. Por ejemplo, tener cartas con imágenes donde se señalan distintas situaciones que pueden atravesar las personas que buscan atención, ya sea acciones comunes, objetos u otras maneras de reflejar sentimientos o emociones, puede resultar útil para comenzar un intercambio. También se pueden usar colores para conectar las cajas de medicamentos con el horario o el orden en que se deben tomar, entre otras opciones creativas.

- » Preguntar u observar si realmente la persona comprende el idioma en el que se le está hablando, o si puede tener dificultades para entenderlo. Si es así, recurrir a un/a intérprete, consultar al personal del centro de salud o, si no existieran tales posibilidades, utilizar medios gráficos de comunicación: dibujos, señalización de partes del cuerpo, etc. En lo posible, evitar que los hijos o hijas de quienes consultan oficien de traductores. Generalmente, y como suelen aprender el idioma y adaptarse al nuevo contexto antes que sus padres y/o madres, se les atribuye este tipo de responsabilidades cuyas consecuencias son la sobrecarga de los niños, niñas y adolescentes, la desmotivación de los progenitores por aprender el español y la inversión de roles que termina afectando estructuralmente a las familias.
- » Muchas veces las dificultades no radican en la lengua, pero sí en el léxico, por eso se sugiere explicar con claridad la situación en la que se encuentra la persona y preguntarle si ha comprendido bien, ya que es posible que parte de la información no haya sido captada. Es un derecho conocer acerca de su estado de salud y es una obligación de sus profesionales colaborar con este objetivo.

Lo desarrollado hasta aquí puede ser pensado como herramientas para facilitar la integración de las personas migrantes y refugiadas en las comunidades de destino desde una perspectiva intercultural que favorece la promoción de la salud y la salud mental. En el apartado siguiente se pensarán las implicancias psicológicas de la migración y el refugio cuando requieren un nivel mayor de especialización, ya sea que se requiera de primeros auxilios psicológicos o de una consulta en el primer nivel de atención o bien se necesite de una derivación con especialistas en salud mental.



## 4. ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA LA PRÁCTICA COTIDIANA EN SALUD MENTAL CON PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS

---

### Implicancias psicológicas de la migración

Como se ha visto hasta ahora, a veces migrar implica atravesar situaciones críticas y lidiar con fuerte angustia, estrés y desesperanza. Y aunque no todas las personas migran por los mismos motivos, siempre se deja el hogar. Según se desarrolló más arriba, una parte importante de la identidad está conformada por los lazos de afecto: la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad. Perder cualquiera de estos lazos puede generar distintas emociones y sentimientos; a continuación, se describirán algunos que son habituales, aunque no deben ser generalizables a todas las personas migrantes:

- › Sentimiento de inestabilidad emocional
- › Falta de confianza, incertidumbre
- › Sentimiento de inferioridad
- › Falta de deseo o de energía
- › Desorientación o confusión
- › Estrés y preocupación permanente
- › Enojo, tristeza, miedo
- › Sentimiento de culpa
- › Impotencia

Estas emociones pueden, además, presentar un correlato somático, es decir, estar acompañadas de dolencias, malestares o dificultades físicas como falta de apetito, dolor de cabeza, molestias digestivas, falta de concentración o dificultad para dormir y para tomar decisiones. Estas sensaciones pueden devenir en aislamiento, desconexión con el presente o añoranza permanente del pasado.

El estrés afecta a cada persona de manera distinta y cada quién reacciona desde sus posibilidades afectivas. Algunas personas se sobreponen rápidamente al malestar, mientras que otras pueden sentirse abatidas por tiempos más prolongados y requerir apoyo.

Cuando en el proceso de integración a la comunidad de destino una persona se encuentra en un estado emocional que puede requerir ayuda psicológica, es importante señalarle que en la República Argentina es habitual buscar orientación en profesionales de la salud y/o salud mental o en personas preparadas para dar contención. También hacer hincapié en que todas las personas atraviesan momentos en los que necesitan de otros u otras para salir adelante y, por lo tanto, **pedir ayuda no quiere decir que se la necesite por largo tiempo, ni que se vaya a perder la libertad de elegir sobre la propia vida**; tampoco significa que la persona que requiere ayuda psicológica tenga una enfermedad mental. Esta aclaración permite contextualizar la ayuda ofrecida a modo de acercarle a quien está padeciendo un problema información acerca de los modos y las acciones de la comunidad a la que se está integrando.

## Contextos productores de vulnerabilidad y enfermedad mental

Existen recomendaciones que consideran imprescindible poder distinguir contextos productores de vulnerabilidad entre las personas migrantes para poder comprender la situación que atraviesan y derivar de manera pertinente, en caso de ser necesario y posible, a especialistas en salud mental. Se alude a una amplia gama de situaciones y aspectos a considerar, entre los que figuran la edad, el género, la vulneración de derechos previo a la migración, ser una persona refugiada, solicitante de asilo, y/o desplazada o ser migrante en condición irregular (IASC, 2007).

Deben ser tenidos en cuenta los trastornos mentales preexistentes para ser abordados de una manera específica, ya que requieren de una atención especial. Esto significa poner especial atención, actuar con celeridad y operar allí donde se necesita para no agudizar las cuestiones afectivas que atentan contra el bienestar psicosocial de las personas migrantes.

Se recomienda al profesional que contextualice la modalidad de migración, averiguar por las condiciones de la ruta migratoria en el caso de migrantes recientes, si hubo o no preservación de derechos en el país de origen, las condiciones de recepción en el país de destino, y si existe la posibilidad de convertirse en objeto de discriminación o estigmatización en la comunidad de acogida. Se recomienda prestar especial atención a las mujeres víctimas de trata o violencia sexual y niños/as separados/as de sus familias o cuidadores, incluidos huérfanos y/o personas que carecen de documentos de identificación.

Algunas situaciones que podrían generar vulnerabilidad social son:

- » ser o haber sido víctimas del tráfico ilícito de migrantes;
- » haber estado expuestos a crisis humanitarias;
- » no hablar el idioma local ni poseer dentro del grupo primario de alguien que oficie de traductor;
- » evidenciar signos de fragilidad emocional;
- » no poseer una red socio familiar o de apoyo;
- » experimentar pérdidas (de familiares, del status laboral, otros);
- » los desplazamientos y migraciones no planificadas y/o masivas (Schininá, Zanghellini, 2018).

**Se debe considerar que se intensifica la necesidad de apoyo psicosocial para las personas que en el país de origen hayan padecido algún tipo de persecución o vulneración de derechos y aquellas que soliciten asilo o hayan obtenido la condición de refugiado. Este grupo de personas es en términos cuantitativos minoritario, pero cualitativamente requiere de mayor sostén tanto respecto a la satisfacción de necesidades básicas de alojamiento, ingresos, apoyo para el aprendizaje del idioma, entre otros, como en cuanto a la esfera psicosocial y el apoyo en salud mental.**

## Primera Ayuda Psicológica

En la pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, ya presentada, se encuentra la “Primera Ayuda Psicológica” (PAP), que es una intervención que puede ser llevada adelante por personas de la comunidad que no tienen formación específica en salud mental con el objetivo de ayudar y apoyar a personas que se encuentren en graves situaciones de crisis.

Si bien la PAP está originariamente pensada como un recurso para responder a las necesidades inmediatas de personas que se encuentran en crisis tras vivir emergencias humanitarias, catástrofes y/o desplazamientos masivos forzosos, esto no caracteriza los procesos migratorios mayoritarios en la República Argentina. No obstante, la PAP ofrece lineamientos que pueden ser considerados tanto por personal de salud en general como por profesionales de salud mental, voluntarios de diversas ONG especializadas o no en el trabajo con migrantes y también por llamantes y familiares que acogen en sus hogares a personas migrantes, solicitantes y refugiadas que atraviesen crisis emocionales.

A continuación, se desarrollarán algunos de sus principios fundamentales, no sin antes aconsejar la lectura completa de “Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo” (OMS, 2012b)<sup>81</sup>. El uso de las técnicas de PAP ha sido recomendado por varios grupos de consenso y expertos nacionales e internacionales, incluyendo el Comité Permanente entre Organismos (IASC) de Naciones Unidas y el Proyecto Esfera.

**La Primera Ayuda Psicológica consiste en la implementación de un conjunto de técnicas que como primera medida respetan los derechos de la persona y como objetivo final posibilitan que las personas logren ayudarse a sí mismas y recuperen sus derechos y bienestar psicosocial. Se trata de una técnica no especializada que puede ser implementada por cualquier persona que haya sido entrenada para esto. No se requiere certificación, titulación o grado académico particular.**

La regla esencial de toda PAP es garantizar seguridad, derechos, privacidad, confidencialidad y respeto por aquello que la persona decida y elija compartir. Para lograrlo, requiere jerarquizar la empatía y descentrar la propia mirada, lo que implica:

- » revisar los prejuicios, estereotipos y preferencias personales;
- » adaptar la acción no imponiendo las propias pautas culturales a las personas a quienes se va a acompañar;
- » mostrar disponibilidad para la escucha (atender al lenguaje verbal y corporal), dando el espacio y el valor necesarios para que la persona comparta su historia si lo desea.

Los tres principios básicos de actuación de PAP en cualquier contexto son **observar**, **escuchar** y **conectar** con atención las necesidades y preocupaciones definidas por las personas, estableciendo prioridades entre lo que urge resolver y lo que puede ser

81. La guía completa puede encontrarse en [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;jsessionid=99Co6AC48B740BE74F8D9150E5497754?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=99Co6AC48B740BE74F8D9150E5497754?sequence=1) (consultado el 10 de agosto de 2021).

pospuesto. El último punto es crucial, dado que implica facilitar el acceso para que las personas migrantes puedan resolver sus necesidades básicas y retomar las que pudieran tener impedidas o restringidas.

A continuación, se transcriben algunas recomendaciones muy importantes a la hora de prestar la primera ayuda psicológica:

**RECUADRO 7: RECOMENDACIONES PARA PRESTAR PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA**

Lo que se debe hacer y decir	Lo que no se debe hacer ni decir
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Intente encontrar un lugar tranquilo para hablar, minimizando las distracciones externas.</li> <li>· Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad de la historia, salvo razones de fuerza mayor.</li> <li>· Sitúese cerca de la persona pero guardando la distancia apropiada según su edad, género y cultura.</li> <li>· Hágale entender que está escuchando, por ej. asintiendo con la cabeza o diciendo “hmm...”.</li> <li>· Tenga paciencia y mantenga la calma.</li> <li>· Ofrezca información concreta en caso de que disponga de ella. Sea honesto/a acerca de lo que sabe y de lo que no sabe. “No lo sé, pero intentaré averiguárselo”.</li> <li>· Dé la información de un modo en que la persona la pueda entender; es decir, de forma simple.</li> <li>· Hágale saber que comprende cómo se siente y que lamenta sus pérdidas y lo que le ha pasado, como haberse quedado sin hogar o haber perdido a un ser querido. “Lo siento mucho. Imagino que esto es muy triste para Ud.”.</li> <li>· Hágale saber que reconoce sus fortalezas y la manera en que se está ayudando a sí mismo/a.</li> <li>· Deje espacios para el silencio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No presione a la persona para que le cuente su historia.</li> <li>· No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta su historia (por ejemplo, no mire la hora, ni hable demasiado rápido).</li> <li>· No toque a la persona si no está seguro/a de que sea apropiado.</li> <li>· No juzgue lo que haya hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No diga cosas como “No debería sentirse así”, “Debería sentirse afortunado/a de sobrevivir”.</li> <li>· No invente cosas que no sabe.</li> <li>· No utilice expresiones demasiado técnicas.</li> <li>· No cuente la historia de otra persona.</li> <li>· No le hable de sus propios problemas.</li> <li>· No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores</li> <li>· No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona en su lugar.</li> <li>· No le quite su fortaleza, su sensación de poder cuidarse a sí mismo/a.</li> <li>· No hable de otras personas en términos negativos (por ejemplo, llamándoles “locos/as” o “desorganizados/as”).</li> </ul>

FUENTE: ADAPTADO DE: “PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA: GUÍA PARA TRABAJADORES DE CAMPO” OMS, 2012B.

Dado que la PAP es una estrategia que incluye diferentes niveles de intervención multisistémica, es sustancial que la persona que va a prestar la ayuda se ubique como un eslabón dentro de una red de funciones y responsabilidades de diferentes personas y servicios que están colaborando. El apoyo implica trabajar siempre como un “enlace” que potencie la adquisición progresiva de nociones de autocuidado por parte de las personas que reciben la ayuda y teniendo siempre en cuenta los alcances de la propia tarea.

En este sentido, pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP. Es importante conocer los propios límites y buscar ayuda, por ejemplo, de personal sanitario (si está disponible), compañeros u otras personas de la zona, autoridades locales o líderes comunitarios o religiosos. Las personas que están en las situaciones narradas a continuación necesitan apoyo médico inmediato o de otro tipo como prioridad para salvar sus vidas:

- » personas con lesiones graves que ponen en riesgo la vida y que necesiten atención médica urgente;
- » personas que están tan alteradas que no pueden ocuparse de sí mismas o de sus hijos/as;
- » personas que pueden hacerse daño a sí mismas;
- » personas que pueden hacer daño a otros/as.

## Guía MhGAP: atención en el primer nivel y derivación en salud mental

La Guía de Intervención MhGAP en su versión en español 2.0 fue publicada por OPS en 2017. Se elaboró con el objetivo de capacitar en salud mental a trabajadores de salud que prestan atención no especializada en establecimientos de atención de salud de primer y segundo nivel. Existe también otra versión de la Guía de Intervención MhGAP, focalizada en el manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Es conocida como “Guía de intervención humanitaria mhGAP” (GIH-mhGAP)<sup>82</sup>. En este Capítulo haremos referencia a la primera.

Su objetivo más importante es el de reducir las brechas de acceso y disponibilidad de atención en salud mental ya que está claro que depender exclusivamente de los especialistas para prestar servicios a las personas con trastornos mentales, dificultades neurológicas o con dependencia o abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, impediría tener acceso a los servicios que necesitan millones de personas en el mundo.

Se trata de una herramienta que se ha probado, con amplia y robusta evidencia científica, que funciona muy bien para ampliar progresivamente a mayor escala los servicios de salud mental a nivel regional y nacional, con la idea de fortalecer la capacidad de profesionales y trabajadores de la salud. La guía es un protocolo clínico basado en metaanálisis sobre las intervenciones medicamentosas y psicoterapéuticas eficaces para tratar cada trastorno; como tal, es esencial que sea adaptada a situaciones nacionales o locales específicas. Brinda herramientas para la toma de decisiones y el manejo clínico.

En la República Argentina, durante 2018 y 2019 se capacitó a 24 jurisdicciones de todo el país en el formato de formación de formadores, para generar capacidad instalada y que cada jurisdicción pudiera replicar la formación con sus propios recursos. Es importante conocer esta herramienta y se recomienda su lectura completa. A continuación, se resumen los puntos de acción más importantes<sup>83</sup>.

---

82. Esta Guía puede consultarse en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

83. Se puede acceder a una versión completa de la guía en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071> (consultada el 05 de agosto de 2021).

Sus principios generales son:

- » **Uso de habilidades de comunicación eficaces**, para lo cual se propone:
  - › Crear un ambiente que facilite la comunicación abierta en un lugar privado, de ser posible.
  - › Hacer participar a la persona en todos los aspectos de la evaluación, tanto como sea posible.
  - › Comenzar por escuchar, mostrándose comprensivo y sensible.
  - › Ser amistoso y respetuoso en todo momento, sin juzgar a la persona.
  - › Usar buenas aptitudes verbales de comunicación, con lenguaje sencillo y claro.
  - › Responder con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles (como agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas).
  
- » **Promover el respeto y la dignidad**,
  - › sin discriminar ni pasar por alto las prioridades o los deseos de las personas con trastorno mental y protegiendo la confidencialidad de las personas.
  - › También promoviendo la autonomía y la vida independiente en la comunidad.

*En 2009, el Grupo de la OMS para la Elaboración de la Guía mhGAP evaluó los datos disponibles comparando la primera ayuda psicológica y la intervención psicológica breve (“debriefing psicológico”). Llegaron a la conclusión de que a las personas muy angustiadas por haber estado expuestas recientemente a una situación traumática había que ofrecerles primera ayuda psicológica y no “debriefing psicológico”. El “debriefing psicológico” es descrito como promoción de la ventilación emocional, pidiendo a la persona que describa breve pero sistemáticamente sus percepciones, pensamientos y reacciones emocionales durante el acontecimiento traumático. No se recomienda esta intervención, que es diferente al “debriefing” operativo de rutina de los trabajadores humanitarios utilizado por algunas organizaciones al final de sus misiones o tareas de trabajo (OMS, 2012b).*

Entre los elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental se sugiere **siempre evaluar primero la salud física de la persona**, tomando nota de los antecedentes y preguntando sobre los factores de riesgo. A la vez, acompañar con un examen físico en el cual se considere un diagnóstico diferencial y se detecten las comorbilidades. Tener siempre presente que se trata de una oportunidad para promover un modo de vida saludable y asesorar acerca de la importancia de crear hábitos de vida que incluyan actividad física y alimentación saludable.

A modo de ejemplo, se puede volver al caso clínico de Juana, planteado al inicio del capítulo. Allí el médico que recibe a Juana sigue al pie de la letra estas indicaciones clínicas, ya que realiza un examen exhaustivo y solicita análisis complementarios (un análisis de laboratorio y un electrocardiograma). A su vez, al encontrar la presión de Juana un poco elevada, da recomendaciones que promueven un estilo de vida saludable (comer con menos sal, incorporar más frutas y verduras en la alimentación y hacer una rutina diaria de ejercicio físico).

En un segundo momento se sugiere entonces realizar **una evaluación para determinar si existe un trastorno mental, neurológico o por abuso en el consumo de sustancias** y, aquí, la guía ofrece protocolos de acción de acuerdo con los diagnósticos más habituales, que se dividen en depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño, niña y adolescente, demencia, trastorno por consumo de sustancias o autolesión/suicidio.

Teniendo en cuenta el marco teórico de la salud mental comunitaria, la guía brinda protocolos **que permiten evaluar y, en caso de diagnóstico, tratar la problemática en el primer nivel de servicios de sistema de salud o bien, según el caso, derivar a especialistas en salud mental**. Incluye, además, detección y manejo de la urgencia.

Regresando al caso clínico de Juana, se podría pensar que, siendo que en la primera consulta la dimensión de la salud mental no se consideró de una manera específica, la segunda consulta podría ser el momento apropiado para realizar una evaluación según el protocolo de la guía MhGAP para hacer una evaluación profunda de los síntomas de Juana y ver si se puede realizar un seguimiento desde el primer nivel de atención o si será necesario derivarla con un especialista.

No es intención de este apartado brindar un conocimiento profundo respecto de la guía, pues excede el objetivo del Manual, pero sí dar a conocer su existencia y estructura para que quienes trabajen con personas migrantes y refugiadas y se encuentren en el ámbito de la salud no especializada puedan encontrar allí valiosas herramientas clínicas.

## Cuidar a quienes cuidan<sup>84</sup>

La principal causa de estrés para quienes trabajan con personas que atraviesan o han atravesado situaciones de profundo malestar o se encuentran en crisis emocionales es el propio estrés del trabajo diario. Las personas que trabajan la salud mental y que brindan apoyo psicosocial en general suelen tener largas jornadas de trabajo, responsabilidades abrumadoras y estrés laboral.

Estas personas pueden llegar a sentirse responsables del cuidado de quienes ayudan y sentir que deben resolver todos sus problemas, o bien pensar que lo que hacen no alcanza y experimentar frustración. Asimismo, escuchar relatos terribles sobre destrucción, violencia o muerte o historias sobre el dolor y sufrimiento de otras personas son experiencias que pueden llegar a afectar a quienes brindan apoyo y contención.

### Las siguientes sugerencias pueden ser útiles en el manejo del estrés:

Cabe destacar que las sugerencias no deben limitarse al autocuidado, sino también al establecimiento de mecanismos de cuidado de los equipos, incluyendo por ejemplo supervisión de casos, rotación de horarios, etc. La responsabilidad del cuidado no es exclusiva de la persona que brinda el apoyo, sino también de la organización.

- » Tomarse tiempo para comer, descansar y relajarse, aunque se trate de periodos breves.
- » Intentar mantener un horario de trabajo razonable de forma de no extenuarse.
- » Recordar que no se es responsable de resolver todos los problemas de las personas y que el acento debe estar puesto en que cada persona se ayude a sí misma (establecimiento de límites y generar nociones de autocuidado).
- » Buscar formas de apoyo mutuo entre colegas y compañeros de trabajo.
- » Supervisar el trabajo en espacios donde consultar dudas o inquietudes.
- » Apoyarse en el núcleo íntimo de afectos, hablando de sus sentimientos con personas en las que confíe.

*La Guía mhGAP Humanitaria se elaboró teniendo en cuenta los problemas mentales, neurológicos y trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas que padecen personas adultas, niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia. Es una herramienta sencilla y práctica adaptada para su uso en emergencias humanitarias. Esta guía sirve para que quienes trabajan con las personas migrantes puedan comprender las consecuencias mentales y sociales en los grupos afectados. En su desarrollo contempla diferentes módulos tales como el estrés agudo, el duelo, los trastornos depresivos por PTSD, la psicosis, las crisis epilépticas, la discapacidad intelectual, el consumo nocivo de alcohol y drogas y el suicidio.*

*Se recomienda a todas aquellas personas trabajadoras de la salud que proporcionan ayuda humanitaria utilizar esta guía para poder enfrentar de forma consciente y preparada las diversas situaciones de emergencias humanitarias con las que se pudieran encontrar.*

84. Adaptado de OMS, 2012b.

## 5. SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

### Desarrollo de la salud mental en la República Argentina

En la región, muchos de los materiales y guías de atención en salud mental, de apoyo psicosocial, o atención en situaciones de crisis, han sido elaborados bajo la óptica de potenciar las oportunidades de brindar asistencia, apoyo, o acompañamiento en situaciones de catástrofe o trauma social para regiones o estados con mínimas o escasas dotaciones de los denominados “recursos humanos” especializados en salud mental.

En este marco, resulta preciso contextualizar aspectos referidos a la Argentina, cuyo amplio y sostenido desarrollo en salud mental, debido a diversas causas, se destaca no sólo a nivel regional sino en el contexto internacional, representado por distintos indicadores, **entre los cuales sobresale la proporción de trabajadores de la salud mental por habitante, insertos en distintos ámbitos o sectores de servicios estatales (salud, educación, desarrollo social, justicia, etc.) de las distintas jurisdicciones y de servicios no estatales.**

A la vez que se registra una presencia significativa de estos trabajadores/as, es también tradición el trabajo interdisciplinario e intersectorial tal y como define la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, desarrollada en el **Capítulo 1**, y formulada en base a estándares internacionales.

1

Sumado a lo antedicho, se ha señalado la gran difusión del campo del psicoanálisis, en especial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La concurrencia a los consultorios para realizar tratamientos psicoterapéuticos no suele representar un tabú, estigma o vergüenza, al menos en los centros urbanos. Tal acción está incorporada en culturas institucionales y suele ser difundida desde los medios masivos de comunicación. Se trata de una sociedad en la que con naturalidad se acude a la psicoterapia para resolver situaciones emocionales.

Por ejemplo, resultan cotidianas las derivaciones de niños, niñas y adolescentes por parte de sus docentes en la escuela para que realicen tratamientos con especialistas en salud mental por diversos motivos: desde trastornos severos a conflictos vinculares, problemas de comportamiento o de aprendizaje, entre otros. Del mismo modo resulta habitual la derivación de diversas especialidades médicas cuando se presume alguna etiología o incidencia emocional en el desarrollo de alguna patología orgánica. Esta difusión y naturalidad para consultar a trabajadores de salud mental no sucede en todo el mundo del mismo modo que en Argentina y conviene revisarse al tratar con personas migrantes y refugiadas de diversa procedencia, como ya se explicitó.

### Perspectiva de derechos humanos y participación de la comunidad: demandas y actores sociales

Asimismo, y con singular importancia, Argentina se destaca por los altos niveles de participación de su sociedad civil mediante diversas organizaciones sociales, pero especialmente desde aquellas ligadas a la defensa de los derechos humanos, cuyos miembros han resistido, en calidad de víctimas y familiares de víctimas, a las dictaduras militares. Dichas organizaciones se han conformado como actores sociales de gran relevancia y han logrado instalar en la agenda política una temática que durante los años de las dictaduras militares e incluso después había sido relegada. Agenciaron reivindicaciones y demandas judiciales con persistencia y tenacidad y lograron que muchas de sus batallas se traslucieran en política de estado.

*La República Argentina es un país con mucha presencia de trabajadores de salud mental. Existe diversidad de oferta de carreras de grado y posgrado en el ámbito público y privado y suelen ser de gran demanda por los y las estudiantes. En particular, es muy fuerte la presencia de psicólogos/as en todo el país. Se estima que hay 82.776 psicólogos activos, es decir, casi 200 por cada 100.000 habitantes, según la información publicada en el Atlas de Salud Mental de 2014, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, mientras que en los países desarrollados la proporción es tres veces menor por país (Alonso y Klinar, 2015).*



En esta línea se encuentra como antecedente la labor desempeñada por el Centro Dr. Fernando Ulloa. Se trata de un centro de asistencia a víctimas de crímenes de lesa humanidad y de violaciones a los derechos humanos en contextos de democracia, y está enmarcado dentro de las políticas de reparación de derechos humanos, e integrado en una concepción de salud mental inserta en la salud pública, derecho básico y bien común al que se accede a través de equipos psico asistenciales y de acompañamiento (Calmels et al., 2015).

Dicho trabajo es realizado en el marco de la conformación de equipos interdisciplinarios y con articulación sectorial. Incluye, además, el trabajo con menores (hoy adultos y adultas) hijos de personas desaparecidas, expropiados de sus familias en el contexto de la dictadura militar (1976-1983) y con adopciones fraudulentas. Las concepciones de trabajo psíquico sobre la imposibilidad de elaboración de duelos en contextos de impunidad jurídica y de reelaboración de la identidad en ocasión de ser restituidos a sus familias fueron ejes sostenidos en el acompañamiento de psicoanalistas y otros profesionales de salud mental, y lograron amplio reconocimiento por su originalidad y eficacia.

El área de acompañamiento psicosocial del Centro Ulloa también ha atendido a personas migrantes y refugiadas, mediante las siguientes actividades: reuniones semanales abiertas para personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo para compartir su experiencia en la sociedad acogida, talleres para microemprendedores y atención a las necesidades generales y derivación a lugares específicos para que se los pudiese atender. Además, se han realizado talleres de género y sobre masculinidades y migraciones.

Este Centro ha funcionado como un lugar de encuentro entre profesionales y migrantes, con el objetivo principal de generar condiciones dignas y ayudar a las personas a que conozcan sus derechos, colaborando con su bienestar psicosocial. Contar con información sobre sus derechos contribuye a apoyar a las personas migrantes a integrarse a su nuevo país. Como resultado, se constató la formación de nuevos vínculos entre las personas que buscaron atención y los y las coordinadoras. El Centro también ha contado con la presencia funcionarios de migraciones para apoyar la resolución de situaciones de irregularidad.

Otro de los aspectos que se abordaron en salud mental en el país ha girado en torno a las vicisitudes de la práctica clínica psicoanalítica con personas exiliadas y en el exilio. En la década del '70 diversos psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas argentinos emigrados y exiliados trabajaron desde su propio exilio en el exterior con otros migrantes, refugiados y exiliados latinoamericanos<sup>85</sup>.

## Políticas públicas sobre migraciones, salud, salud mental y derechos humanos en la República Argentina

Además del desarrollo en salud mental y en derechos humanos que se acaba de mencionar, en el país existen leyes y políticas que promovieron la migración internacional, tal como fue desarrollado en el **Capítulo 2**. También, se destaca la conformación y alcances del sistema público de salud, gratuito y de cobertura universal, con inclusión de dispositivos, concepciones y prácticas de salud mental en los distintos niveles del sistema sanitario.

Pero si bien se ha visto que las normativas vigentes y las prácticas en salud mental,



85. Títulos como *Migración y exilio. Estudio psicoanalítico*, de Grinberg, L y R. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1996, o *El fantasma del exilio en el psicoanálisis*, Felber-Villagra, N. Revista cubana de psicología, Vol 14, No. 1, 1997.

migración, refugio y derechos humanos registra importantes conquistas, persisten, sin embargo, desigualdades y desafíos hacia el futuro.



Algunos de los desafíos se relacionan, por un lado, con la brecha existente entre las personas que presentan enfermedades mentales y las que reciben alguna clase de tratamiento de salud mental, tal como se dijo en el [Capítulo 1](#); por el otro, a las desigualdades persistentes en el acceso a derechos entre personas migrantes y nativas. Asimismo, como se mencionó, los logros y avances en el plano normativo deben poder sustanciarse en el campo de las prácticas, donde aún resta mucho por hacer.

## 6. ABORDAJES ACTUALES EN SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

---

### Algunas reflexiones para la intervención en salud mental con personas migrantes y refugiadas

A continuación, se transcriben algunas reflexiones para la intervención en salud mental con personas migrantes y refugiadas que pueden ser de gran ayuda en la construcción de un lazo confiable.

- » Establecer contacto con organizaciones de migrantes, de derechos humanos y otras asociaciones que puedan dar información precisa sobre la situación de migración o refugio de las personas que se acercan a la consulta.
- » Reconocer y respetar la cultura de todas las personas migrantes y refugiadas. No establecer jerarquías culturales de ninguna índole ni considerar que la occidentalización es un objetivo deseable. Esto se debe tener en cuenta en el acercamiento psicosocial al migrante. Respetar su identidad, sus orígenes, su cultura y su idiosincrasia. Los trabajadores/as de salud mental deben aguardar la demanda de atención psicosocial y no imponer sus conocimientos teóricos, puesto que, para la comprensión del otro, se necesita escucharlo y luego decidir la estrategia a seguir.
- » Recordar que los marcos teóricos desde los cuales se ejerce la práctica están determinados histórica, social y culturalmente, y por tanto son el reflejo de la cultura en la que se está inserto. Existen otros modelos de atención diversos que se deben reconocer como válidos y siempre se debe indagar sobre los itinerarios de cuidado. Siempre hay que respetar los orígenes.
- » A la hora de acercarse a la atención psicosocial de las personas migrantes, es fundamental estar atento a la diversidad de configuraciones familiares: familia nuclear, familia ampliada, mono parentalidad, familia monoparental con mujer jefa de hogar, familia ensamblada, homoparentalidad, familias y nuevas tecnologías reproductivas, y especialmente considerar la **maternidad a distancia y las cadenas transnacionales de cuidado**<sup>86</sup>.
- » Para hacer un trabajo más eficiente, es recomendable tomar recaudos respecto a ejercer juicios de valor sobre modelos familiares diversos, por ejemplo, ante niños, niñas o adolescentes al cuidado de familiares en sociedad de origen: abuelas/os, tías/os, vecinas/os, sobre ejercicio de función de sostén y de corte, concebida como materna-paterna. Esto redundará en un mejor acompañamiento psicosocial, porque cuanto más se conozca al otro, mejor será el resultado.
- » Indagar si las etapas vitales *infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez* existen como tales en comunidades de origen y son concebidas de modos similares a los de la sociedad receptora.

---

86. Consultar OIM, 2014.

- » Revisar y cuestionar las lecturas que suponen la migración como sinónimo de ruptura de vínculos e indagar sobre redes sociofamiliares de sostén, incluidas las de personas del vínculo íntimo en sociedad de origen, con quienes se mantengan conversaciones periódicas, de sostén.
- » Indagar sobre la existencia de lazos e intercambios con personas nativas. Además, si se indaga sobre esto y se intenta vincular a migrantes y personas nativas, será menor el impacto y el dolor que muchas veces la migración produce. El estar mucho tiempo aislado atenta contra la salud mental de las personas.
- » Considerar la complejidad de situaciones de personas que migran con hijos/as, y aquellas con hijos/as en sociedades de origen.
- » Evitar el juicio moral que culpabiliza, del estilo “abandonó a sus hijos/as”, especialmente en migrantes mujeres y madres. Muchas veces, a pesar de la distancia, se toman y mantienen decisiones respecto de la crianza en diálogos frecuentes con las personas que quedaron a cargo de los hijos e hijas.

## Actividades del módulo 4

### ACTIVIDAD N°1

**Objetivo:** reflexionar sobre los procesos identitarios vinculados a los procesos de integración de las personas migrantes en las sociedades de acogida.

**Consigna:** Leer la historia de Delphine en <https://iamamigrant.org/es/stories/mauritania/delphine><sup>87</sup> y responder las siguientes preguntas a modo de reflexión:

- » ¿En qué momento de su proceso migratorio relata Delphine sus mayores dificultades? ¿Por qué?
- » ¿Qué aspectos de su identidad considera que se vieron desafiados cuando llegó al país de destino? Para pensarlo, se propone volver al apartado “La identidad como concepto central del bienestar psicosocial de las personas y de los grupos”.
- » Según el relato, ¿qué factores ayudaron a la integración de Delphine en el país de destino? ¿Qué ocurrió con la religión?

---

### ACTIVIDAD N°2

**Objetivo:** reforzar la adopción de un enfoque vinculado con la no patologización de las migraciones.

**Consigna:** Para realizar esta actividad, leer la historia de Olivier en: <https://iamamigrant.org/es/stories/argentina/olivier><sup>88</sup> y responder las siguientes preguntas a modo de reflexión:

- » ¿Qué extraña Olivier de su vida en Francia? El sentimiento de nostalgia en Olivier, ¿justifica pensar en el duelo como un proceso patológico?

---

### ACTIVIDAD N°3

**Objetivo:** problematizar acerca de una posible situación de atención clínica hacia una persona migrante.

**Consigna:** A continuación, se propone la lectura del siguiente caso clínico, un pequeño recorte sobre la entrevista de admisión de Ángel, un albañil de origen peruano de 35 años, quien es derivado por su médico de cabecera a un centro especializado en consumo problemático de sustancias psicoactivas para su atención y seguimiento.

---

87. Consultado el 10 de agosto de 2021.

88. Consultado el 10 de agosto de 2021.

**Psicólogo:** Cuénteme, ¿por qué lo derivó su médico de cabecera?

**Ángel:** El doctor dice que tomo mucho alcohol, pero, la verdad, tomo lo mismo que mis compañeros de trabajo, y a ellos no los derivó nadie que yo sepa.

**Psicólogo:** ¿Alguna vez fue a trabajar habiendo bebido o bebió durante el trabajo?

**Ángel:** Sí, algunas veces, pero nunca hice mal mi trabajo por eso.

**Psicólogo:** ¿Alguna vez la bebida le trajo algún problema o algún malestar de algún tipo?

**Ángel:** Bueno, depende cómo lo vea. Yo creo que los problemas me llevaron a la bebida y que la bebida me ayuda a llevar adelante los problemas.

**Psicólogo:** ¿Y cuáles son esos problemas?

**Ángel:** Yo vine a vivir a la Argentina hace seis años. Allá en Perú dejé a mi madre enferma, que murió a los pocos meses de llegado yo aquí. No pude viajar para su entierro (llora). En Perú también dejé a mi mujer y a mis dos hijos, recién los pude traer el año pasado y mi mujer desde que vive aquí es muy infeliz y se quiere volver. Allá en Perú no teníamos trabajo, aquí tenemos y podemos vivir mejor económicamente, pero con mi mujer nos estamos llevando muy mal (silencio).

**Psicólogo:** Parece que tiene muchos motivos para sentirse mal. ¿Me quiere seguir contando un poco más?

**Ángel:** Preferiría no hacerlo, me pone mal hablar de esto con un extraño.

**Psicólogo:** No se preocupe. Es lógico que se sienta así, todavía no me conoce. Le voy a seguir preguntando algunas cosas más formales y si usted no se siente a gusto, me lo hace saber.

Una vez leída la viñeta, se propone responder los siguientes interrogantes a modo de reflexión:

- » De acuerdo a los temas que fueron surgiendo en la entrevista, ¿considera que fue bien derivado Ángel por parte de su médico de cabecera al centro especializado de tratamiento? ¿Por qué?
- » ¿En qué aspecto de la vida de Ángel podría ubicar el mayor sufrimiento?
- » Si se ubicara en el rol de quien hace las preguntas ¿qué podría preguntar para evaluar los factores protectores y los factores de riesgo?



# 5

## **El impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población migrante**





## 1. INTRODUCCIÓN

---

El 31 de diciembre de 2019 se informó sobre la presencia de casos de “neumonía vírica” en Wuhan (República Popular China). Esta enfermedad estaba causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, y se la conoce como “COVID-19”. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud caracterizó al Covid-19 como pandemia.

Además de causar problemas sanitarios a nivel mundial, la pandemia ha tenido un impacto sin precedentes en la movilidad de las personas, tanto en la gestión migratoria y de fronteras como respecto de la situación de todas las personas en movimiento, incluyendo a quienes son desplazados por conflictos o desastres (OIM, 2020e).

La OIM considera que las personas migrantes presentan muchas de las mismas vulnerabilidades que el resto de los ciudadanos, pero a menudo en mayor medida. Con frecuencia, estas poblaciones suelen alojarse en casas con muchas personas o tienen empleos a corto plazo o precarios en los que sus derechos suelen verse obstruidos. Puede que tengan acceso limitado a servicios de salud pública o bien, por diversos motivos, temen acceder a ellos. Pueden también ser excluidos de los programas informativos de salud pública o bien puede que, cuando reciben información, no cuenten con los medios financieros para poder manejar los períodos de aislamiento o cuarentena sugeridos por las autoridades sanitarias (OIM, 2020e).

La OMS reconoce que los efectos que la pandemia tiene sobre la salud no se detienen en las consecuencias físicas, sino que también afectan a la salud mental y el bienestar general de las personas. Es indudable que la adversidad asociada con las consecuencias socioeconómicas, la necesidad de distanciamiento físico, la cuarentena, el miedo al virus y su propagación han tenido un fuerte impacto sobre la salud mental de las personas. Algunas reacciones esperables frente a la pandemia son el miedo, la tristeza, la ansiedad y la preocupación, y para un pequeño porcentaje de la población estas reacciones pueden empeorar y tornarse incapacitantes, más aún si la persona no puede acceder a atención en salud mental y apoyo psicosocial (OPS, 2020).

En el presente capítulo se desarrollará el impacto que la pandemia ha tenido sobre la salud mental y el bienestar de las personas migrantes, entendiendo que estas enfrentan muchas de las mismas vulnerabilidades que el resto de la población, pero que, en algunos casos, sus condiciones de vida constituyen un factor adicional a considerar.

## 2. COVID-19 Y SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN EN GENERAL

---

Debido a que la pandemia por COVID-19 fue identificada en la República Popular China, este país ha publicado varios estudios respecto a sus efectos. Por ejemplo, la Comisión Nacional de Salud de la República Popular China ha divulgado documentos con directrices desde enero de 2020, que van desde la notificación de los principios para la intervención de emergencia en crisis psicológicas para la epidemia de COVID-19, hasta la notificación de las pautas para las líneas directas de asistencia psicológica. Algunas autoridades en la temática han llamado la atención sobre poblaciones de pacientes que pueden necesitar intervenciones personalizadas: adultos mayores y trabajadores migrantes internacionales (Liem et al., 2020).

Liu y col. (2020) destaca que la epidemia de COVID-19 ha subrayado posibles brechas en los servicios de salud mental durante las emergencias, al tiempo que pone a prueba la capacidad de recuperación de las personas involucradas en el trabajo de la salud mental y los sistemas médicos. Se ha notado asimismo un aumento de los problemas psicológicos durante esta epidemia, que incluyen ansiedad, depresión y estrés (Duan y Zhu, 2020) además de insomnio, negación, ira y miedo (Torales et al., 2020).

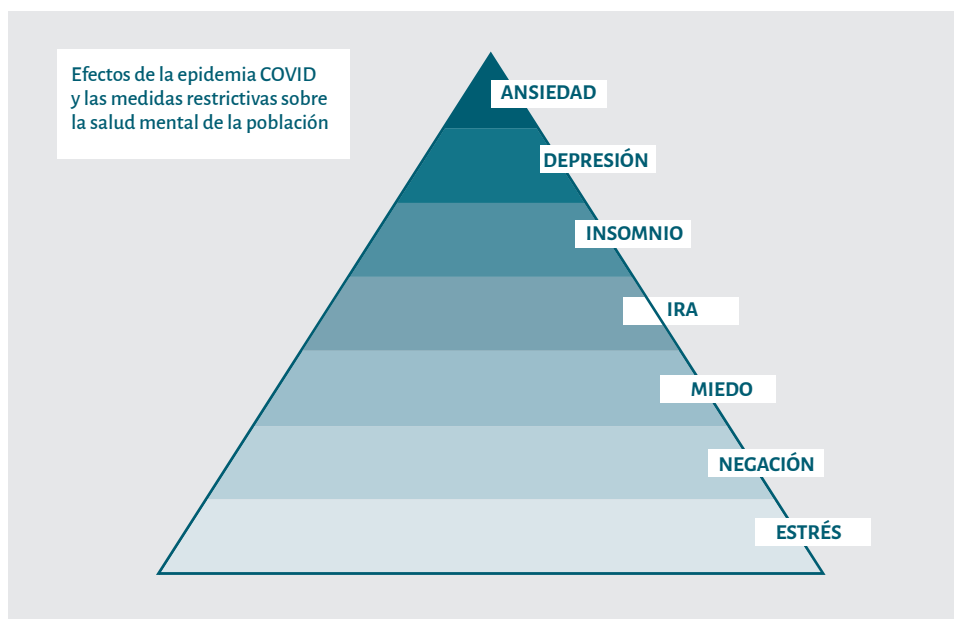
Por otra parte, considerando datos epidemiológicos de alto impacto, un metaanálisis reciente que evalúa el impacto del COVID-19 en la salud mental de personas de diferentes países, señala que la prevalencia combinada de ansiedad y depresión fue del 33% y 28% respectivamente. Esta prevalencia fue la más alta entre aquellas personas con afecciones preexistentes e infección por COVID-19 (56% y 55%), y fue similar entre el personal de salud y el público en general. Estudios en la República Popular China, la República Italiana, la República de Turquía, el Reino de España y la República Islámica de Irán informaron una prevalencia mayor que la agrupada entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los factores de riesgo comunes incluyeron: ser mujeres, ser enfermeras, tener un nivel socioeconómico más bajo, tener un alto riesgo de contraer COVID-19 y el aislamiento social. Los factores de protección incluyeron: tener suficientes recursos médicos, información actualizada y precisa y tomar medidas de precaución. En conclusión, las intervenciones psicológicas dirigidas a poblaciones de alto riesgo con gran sufrimiento psicológico son una necesidad urgente (Min Luo, 2020).

Asimismo, algunos estudios mencionan que podrían aumentar las tasas de suicidios relacionadas con el COVID-19 (Sher, 2020). El aislamiento social, la ansiedad, el miedo al contagio, la incertidumbre, el estrés crónico y las dificultades económicas pueden conducir al desarrollo o exacerbación de trastornos depresivos, ansiedad, uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en poblaciones vulnerables, incluidas personas con trastornos psiquiátricos preexistentes y personas que residen en áreas de alta prevalencia de COVID-19. Es probable que las consecuencias para la salud mental de la crisis de COVID-19, incluida la conducta suicida, estén presentes durante mucho tiempo y alcancen su punto máximo después de la pandemia (Sher, 2020).

Según un análisis de las Naciones Unidas realizado en 2020 en la República Argentina, en mujeres, niños, niñas y adolescentes, el impacto de la pandemia, específicamente de las medidas de aislamiento, puede afectar el acceso al cuidado de la salud, como por ejemplo: los controles prenatales, el acceso a medicamentos, los tratamientos de anticoncepción, los controles del desarrollo infantil, entre otros. Esta situación afecta el crecimiento, desarrollo y bienestar de estos grupos. En este mismo análisis se señala que la salud mental de niñas, niños y adolescentes puede verse afectada por el estrés, la angustia, el miedo y la presión por el cumplimiento de las tareas escolares a distancia o virtualmente ya que no siempre se cuenta con el apoyo,

el equipamiento o la conexión a internet para el correcto desarrollo de éstas. A su vez, la dificultad para implementar medidas de higiene en los sectores más vulnerables expone aún más a estas poblaciones a contraer COVID-19 y otras enfermedades infectocontagiosas. Adicionalmente, el informe menciona que, según una encuesta rápida realizada por UNICEF a más de 2600 hogares con el objetivo de captar percepciones y actitudes frente a la pandemia y a las medidas adoptadas por el gobierno argentino, el 36% de las y los adolescentes participantes del estudio manifiesta sentirse asustado (22,5%), angustiado (15,7%) o deprimido (6,3%) (UNICEF, 2020).

**FIGURA 16: COVID-19 Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

### 3. IMPACTOS DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

---

Desde que la OMS declaró a la COVID-19 como pandemia, las estrategias de América del Sur para controlarla se han encontrado con dificultades propias de condiciones socioeconómicas previas, inherentes a la región: desigualdad, pobreza y sistemas públicos de salud muchas veces insuficientes. De esta manera, el confinamiento, el cese de la actividad económica, la pérdida de empleo, sobre todo de aquellas personas que trabajan de forma no registrada, afecta a todos los estratos sociales, pero principalmente a aquellas personas que carecen de seguridad social y ahorros, como es el caso de parte de la población migrante.

El cierre de fronteras y la restricción comercial han afectado de manera particular a la población migrante por la pérdida de medios de subsistencia y por las dificultades para suplir necesidades básicas de alimentación, vivienda y salud. Con la pandemia del COVID y las medidas impuestas, se genera un impacto negativo en las poblaciones en situación de vulnerabilidad. En este contexto, la población migrante en situación irregular se encuentra particularmente afectada. La pérdida de empleo, la precariedad laboral, la toma de deudas y las dificultades para acceder a servicios básicos de alimentación, vivienda, salud y educación, son factores que aumentan la exposición a la trata, al abuso y a otras formas de explotación.

Lamentablemente, no se cuenta con cifras oficiales para poder elaborar un informe objetivo sobre el impacto en la salud mental de las personas migrantes causado por la pandemia (en términos numéricos). Sin embargo, existen publicaciones que sugieren que las personas que se desplazan podrían encontrarse en situación más vulnerable por la pandemia, por ejemplo, por la cuarentena, debido a que el encierro y el alejamiento de los vínculos provocan un aislamiento que va en desmedro de la socialización con otras personas. Como se ha dicho a lo largo de todo el Manual, el bienestar psicosocial de las personas depende también de la esfera relacional (Aragona, 2020).

Por otro parte, es necesario destacar que según un relevamiento realizado por Agenda Migrante 2020, un colectivo que integran Amnistía Internacional, el Centro de Estudios Legales y Sociales y la campaña Migrar no es Delito, entre un centenar de organizaciones más, el 58% de las personas migrantes encuestadas para este estudio dejó de percibir un salario o ingreso al comienzo del aislamiento social preventivo y obligatorio establecido a nivel nacional el 20 de marzo de 2020 a través del DNU N° 297/2020. La principal razón es la situación de informalidad laboral en la que se encuentra la mayoría de las personas migrantes encuestadas (75%) y la falta de documentación declarada por el 29% de la población migrante participante del estudio. Además, se mencionan en el informe las dificultades habitacionales que la pandemia ha incrementado y el escaso acceso a servicios y beneficios sociales. Se destaca también que, dentro de las personas migrantes participantes del estudio que poseen un empleo registrado, muchas se encuentran realizando tareas que implican un alto grado de exposición al contagio y precariedad laboral (servicios de envíos, tareas de limpieza, cuidado de personas mayores, cajeros o vendedores de comercios de alimentos, personal médico y enfermería, restaurantes, tareas agrícolas, etc.). Por último, cabe destacar que las personas encuestadas expresan estar más preocupadas por enfrentar problemas económicos (75%) que por enfermarse de COVID-19 (50%), lo cual deja entrever el impacto del aislamiento y de la pandemia en sí sobre la salud mental de esta población.

La situación de las personas migrantes, incluso en otros continentes, no parece distar de la situación en la República Argentina. Una publicación reciente del *Asian*

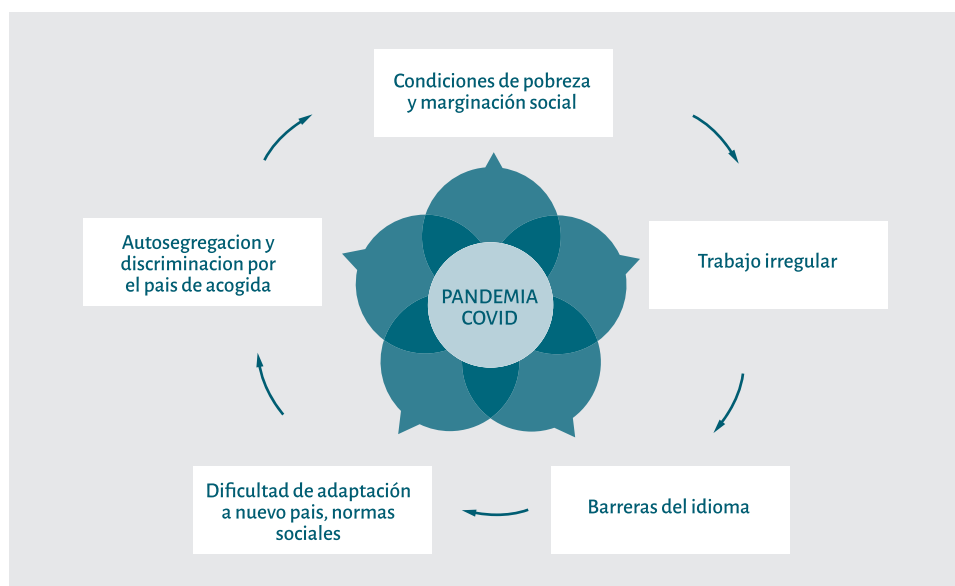
*Journal of Psychiatry* señala que la pandemia de COVID-19 y la estrategia de bloqueo de fronteras resultante ha afectado a todas las personas. Sin embargo, el impacto ha sido más prominente en la vida de las personas migrantes. El bloqueo fronterizo paralizó la vida de quienes migran, ya que ni poseía trabajo ni podían viajar de regreso a sus lugares de origen. Esto se ve agravado por el hecho de que algunas de estas personas no pueden satisfacer sus necesidades diarias debido a limitaciones económicas. La estrategia básica de distanciamiento social no pudo garantizarse en esta población, ya que en su mayoría residen en comunidades densamente pobladas y habitaciones hacinadas, con un espacio mínimo de separación entre personas. Las preocupaciones inmediatas que enfrentan las personas migrantes se relacionan con la comida, la vivienda, la atención médica, el miedo a infectarse o propagar la infección, la pérdida de salarios, las preocupaciones sobre la familia, la ansiedad y el miedo (Singh, 2020).

A veces, también enfrentan acoso y reacciones adversas por parte de la comunidad local. En otro trabajo, realizado en la República de la India, tres cuartos de los trabajadores migrantes resultaron positivos ya sea para depresión o ansiedad. Todos los que resultaron positivos para ansiedad también resultaron positivos para depresión, sugiriendo alta comorbilidad. Además, un quinto resultó positivo solo para depresión (Kumar, 2020).

Una publicación reciente titulada “The neglected health of international migrant workers” (Liem et al., 2020), sugiere que en comparación con otras personas migrantes internacionales (es decir, estudiantes internacionales), los trabajadores migrantes internacionales (IMW) encuentran más barreras para acceder a los servicios de salud en los países de acogida (por ejemplo, debido a que poseen un seguro médico inadecuado), en particular las trabajadoras domésticas migrantes.

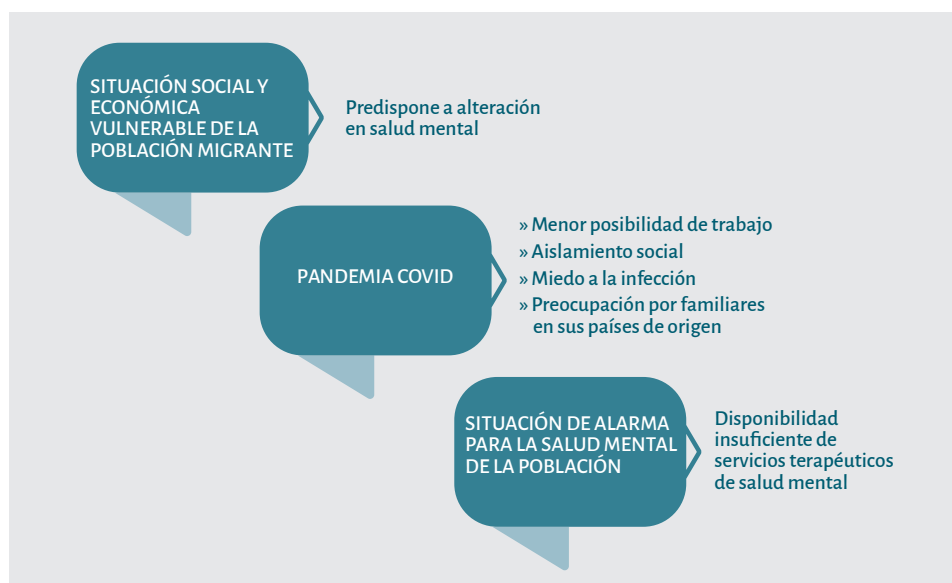
Por otro lado, es necesario mencionar que la barrera del lenguaje es otro de los factores que afectan a la población migrante. En ausencia de información confiable en su propio idioma, las personas migrantes también pueden no reconocer la gravedad de la epidemia o no recibir información precisa sobre cómo protegerse de la infección (Liem et al., 2020).

**FIGURA 17: CICLO DE RETROALIMENTACIÓN DEL MALESTAR PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

**FIGURA 18: CONDICIONES QUE AGRAVAN LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Resulta menester mencionar que la OIM ha desarrollado un material específico<sup>89</sup> para apoyar a los equipos de primera respuesta en las actividades de apoyo a la salud mental y bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes. Este consiste en una guía y caja de herramientas sobre salud mental y apoyo psicosocial para el contexto de COVID-19. Si bien en un principio fue diseñada para los propios equipos de la OIM, las sugerencias contenidas en este material pueden resultar útiles para otras organizaciones que trabajen con personas migrantes en diferentes espacios de vulnerabilidad como campamentos, centros de detención y tránsito, entornos urbanos y albergues, entre otros espacios.

El documento, elaborado por la Sección Global de SMAPS de la OIM en consulta con coordinadores de SMAPS y puntos focales en misiones de la OIM, y con la unidad de bienestar del personal, recopila el material existente relacionado con la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial (SMAPS) para la crisis del COVID-19, incluyendo otros recursos que pueden ser aplicables a dicho contexto. Además, se incluyen buenas prácticas y herramientas identificadas a través de dichas consultas y el involucramiento de socios (OIM, 2020h).

Entre las diversas recomendaciones que hace la OIM al respecto, se sugiere

promover la implementación de medidas de protección e higiene, particularmente en entornos en donde el distanciamiento físico es difícil de alcanzar como los albergues, centros de detención y campamentos. Se recomienda el desarrollo de campañas de comunicación con enfoques interculturales y utilizando canales informales como redes sociales, podcasts y radio; de manera que la información llegue a las personas migrantes en su idioma. Se recomienda asimismo promover rutinas saludables en las personas migrantes, pero considerando las posibilidades de cada contexto para implementarlas. En este sentido se recomienda también facilitar el equipo e insumos necesarios para llevar a cabo las actividades de forma segura, teniendo en cuenta las

89. Guía y herramientas para el uso de los equipos de SMAPS de la OIM. Disponible en: [https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/4.\\_salud\\_mental\\_y\\_apoyo\\_psicosocial\\_smaps\\_respuesta\\_covid-19.pdf](https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/4._salud_mental_y_apoyo_psicosocial_smaps_respuesta_covid-19.pdf)

provisiones nacionales de salud, higiene y distanciamiento. Asimismo, se recomienda la organización de rituales religiosos diarios o semanales para las personas migrantes en los idiomas adecuados, tanto vía remota como presencial en caso de ser posible, así como la facilitación de rituales funerarios para quienes deben enfrentar la pérdida de un ser querido durante la pandemia (OIM, 2020d: 41).

Por estas razones, es importante que todos los actores involucrados en la movilidad humana tengan en cuenta las necesidades de las personas migrantes y que las políticas públicas y los dispositivos y recursos nacionales y locales disponibles en materia de apoyo psicosocial y salud mental incluyan a estas poblaciones.



## 4. HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS Y PREVENTIVAS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE PERSONAS MIGRANTES

En la República Argentina se puede obtener soporte de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones e instituciones gubernamentales que trabajan con personas migrantes. Algunas de estas son:

### **ADRA - Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales**

**Dirección:** Av. Juan de Garay 4360, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Página web:** [www.adra.org.ar](http://www.adra.org.ar)

Trabaja para mejorar la calidad de vida de personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y brinda asistencia en emergencias.

### **CAREF - Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes**

**Dirección:** J. B. Alberdi 2236, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Página web:** [www.caref.org.ar](http://www.caref.org.ar)

Brinda servicios profesionales gratuitos de asesoramiento, orientación, asistencia social y jurídica para personas migrantes y refugiadas, así como talleres de capacitación en temáticas vinculadas al ejercicio de derechos para actores sociales relevantes y para los propios migrantes.

### **FCCAM - Fundación Comisión Católica Argentina de Migraciones**

**Dirección:** Laprida 930, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Página web:** <https://cemi.org.ar/>

Brinda asesoramiento a personas migrantes y refugiadas en temáticas socio educativas, laborales, legales, entre otras.

### **SJM - Servicio Jesuita al Migrante**

**Dirección:** Av. Callao 542, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Página web:** [www.sjmargentina.org](http://www.sjmargentina.org)

Acompaña a las personas migrantes en su proceso de integración social en Argentina. Posee sucursales en San Miguel (Provincia de Buenos Aires) y Córdoba.

### **Fundación Amal Argentina**

**Dirección:** Quesada 3615, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Correo electrónico:** [info@amalargentina.org](mailto:info@amalargentina.org)

Servicio de atención psicológica para población migrante y refugiada, y atención especializada para población refugiada LGBTQ+.

### **Alianza por Venezuela**

**Página web:** [info@alianzaporvenezuela.com](mailto:info@alianzaporvenezuela.com)

Es una red de aliados venezolanos que contribuye a atender necesidades de esta comunidad en la República Argentina. Entre sus diversas actividades, cuenta con el Programa Bienestar Migrante que, con el apoyo de PSICOVEN, busca dar apoyo psicosocial a las personas migrantes en el país.

### **PSICOVEN – Psicólogos Venezolanos en Argentina**

**Instagram:** [@psicologosvenezolanos.ar](https://www.instagram.com/psicologosvenezolanos.ar)

**Correo electrónico:** [psicologosvenezolanos.ar@gmail.com](mailto:psicologosvenezolanos.ar@gmail.com)

Agrupación de psicólogas/os venezolanos dedicadas/os a realizar apoyo psicosocial, construyendo y fomentando espacios para garantizar el acceso a la salud mental de personas migrantes y refugiadas en Argentina.

Instituciones gubernamentales también han dado respuesta a las necesidades de salud mental de las personas migrantes en Argentina, particularmente durante la pandemia.

Tempranamente se destaca el establecimiento de una guardia presencial en las oficinas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para la atención de consultas

telefónicas. Con el correr de los meses, la atención se amplió a través del dispositivo *Acompañar Salud Mental*, una línea gratuita de asistencia telefónica cuyo propósito es reforzar el apoyo y acompañamiento a la población en el actual contexto sanitario.

#### RECUADRO 8. ACOMPAÑAR SALUD MENTAL

Línea telefónica gratuita: **0800 222 1002 opción 6**

Funciona de **lunes a sábados de 9 a 17hs** y es atendida por profesionales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, entrenados y formados especialmente para prestar primera ayuda psicológica (PAP) ante los eventos y reacciones emocionales frente a la emergencia sanitaria de acuerdo con normativas y consensos internacionales con enfoque en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS). Se cuenta además con un correo electrónico oficial para recibir consultas: **saludmental.apoyo@msal.gov.ar**

La atención es específica para personas en espera de resultado por hisopado; personas con diagnóstico confirmado por COVID-19; personas en aislamiento por ser considerada contacto estrecho con una persona diagnosticada con COVID-19; familiares y allegados de las personas afectadas, directa o indirectamente, por COVID-19; y toda persona que requiera apoyo psicosocial.

También se impulsó la inclusión del componente salud mental en el **operativo DETECTAR** - Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de la República Argentina. Este operativo busca trabajar fuertemente el eje preventivo y brindar respuestas oportunas y de calidad frente a problemáticas de salud mental, considerando que la detección precoz y el cuidado de la salud mental de la población resulta fundamental para favorecer mecanismos protectores y afrontar el impacto de la pandemia.

Asimismo, se organizaron líneas telefónicas<sup>90</sup> de atención en salud mental y apoyo psicosocial en el contexto de la pandemia en todas las provincias del país, y se elaboraron, validaron y publicaron recomendaciones y protocolos sobre el componente salud mental en el contexto de la pandemia, disponibles para todo el país<sup>91</sup>.

La limitación de la presencialidad implicó la búsqueda de soluciones creativas no solo para informar a la población, sino también para capacitar. Por ello, se puso en funcionamiento una iniciativa de formación abierta y accesible a toda persona, el aula virtual "Salud Mental en Emergencias y Desastres: COVID-19", disponible en la Plataforma Virtual de Salud del Ministerio de Salud de la Nación<sup>92</sup>.

En el mismo sentido, se inició un ciclo de capacitaciones virtuales sobre temas de salud mental en el contexto de la pandemia vía la **Plataforma Telesalud**, con el propósito de acompañar la capacitación y actualización de información de los equipos de salud y salud mental que tienen inserción en el territorio en cada jurisdicción.

Por último, se estableció un dispositivo de **apoyo para los trabajadores y trabajadoras del sistema de salud**, cuyo objetivo principal es apoyar a las diferentes jurisdicciones del país para brindar contención a través del desarrollo de un dispositivo grupal que permita garantizar y potenciar la Salud Mental y funcionalidad operativa del equipo de salud. Se busca así, a través de la confidencialidad, la escucha especializada, la

90. Se puede consultar el listado completo en: [www.argentina.gob.ar/coronavirus/telefonos/apoyo-psicosocial](http://www.argentina.gob.ar/coronavirus/telefonos/apoyo-psicosocial) (consultado el 06 de agosto de 2021).

91. Se pueden consultar en: [www.msal.gov.ar/index.php/component/bes\\_contenidos/?filter\\_problematika=28&filter\\_soporte=0](http://www.msal.gov.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=28&filter_soporte=0) (consultado el 06 de agosto de 2021).

92. Se puede visitar en: [www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/salud-mental-covid](http://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/salud-mental-covid) (consultado el 06 de agosto de 2021).

detección precoz de problemáticas y la articulación con los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud, acercar y poner en marcha herramientas de Salud Mental que favorezcan el procesamiento saludable de vivencias y emociones intensas experimentadas durante la pandemia e identificar y estimular fortalezas específicas de cada grupo. Este tipo de dispositivos colabora en el fortalecimiento del sistema sanitario y en el cuidado del recurso humano en tanto elemento esencial del sistema.

### RECUADRO 9: ACTIVIDADES SMAPS APOYADAS POR LA OIM ARGENTINA

OIM Argentina, desde el año 2020 y a través de algunos socios implementadores, como Alianza por Venezuela, la Asociación de Psicólogos Venezolanos en Argentina y la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, apoya alrededor de 20 actividades en materia de apoyo psicosocial y salud mental para personas migrantes.

Algunas de esas actividades son:

- › Grupos de contención y acompañamiento
- › Ronda de Bienvenida
- › Habitando el cuerpo migrante
- › Cine, migración y diversidad
- › Jugando y construyendo: taller para niñas y niños migrantes
- › Taller de adolescencia y migración
- › Ciclo de apoyo a familias migrantes neurodiversas
- › Taller de escritura creativa

En caso de desear más información sobre alguna de estas actividades, puede comunicarse a: [IOMBuenosAires@iom.int](mailto:IOMBuenosAires@iom.int), aclarando “Actividades de Salud Mental” en el título.

<p><b>PROGRAMA BIENESTAR MIGRANTE 2021-II</b></p> <p><b>CINE, MIGRACIÓN Y DIVERSIDAD</b></p> <p><b>HISTORIAS CRUZADAS (The help)</b> Director: Tate Taylor</p>  <p>VIERNES 20 hs [ Arg ] Modalidad On Line Frecuencia: Semanal * ACTIVIDAD GRATUITA INICIA: 06 AGOSTO</p> <p>OIM ONU MIGRACIÓN PSICOVEN ALIANZA POR VENEZUELA ARGENTINA</p>	<p><b>PROGRAMA BIENESTAR MIGRANTE 2021-II</b></p> <p><b>JUGANDO Y CONSTRUYENDO: TALLER PARA NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES</b></p> <p><b>MI PROCESO MIGRATORIO</b></p>  <p>SÁBADO 14 hs [ Arg ] Modalidad On Line Frecuencia: Semanal * ACTIVIDAD GRATUITA INICIA: 07 AGOSTO</p> <p>OIM ONU MIGRACIÓN PSICOVEN ALIANZA POR VENEZUELA ARGENTINA</p>
<p><b>PROGRAMA BIENESTAR MIGRANTE 2021-II</b></p> <p><b>RONDA DE BIENVENIDA</b></p>  <p>VIERNES 19hs [ Arg ] Modalidad On Line Frecuencia: Mensual * ACTIVIDAD GRATUITA INICIA: 13 AGOSTO</p> <p>OIM ONU MIGRACIÓN PSICOVEN ALIANZA POR VENEZUELA ARGENTINA</p>	<p><b>PROGRAMA BIENESTAR MIGRANTE 2021-II</b></p> <p><b>HABITANDO EL CUERPO MIGRANTE</b></p> <p><b>DESAFÍOS DE SER MIGRANTES EN PANDEMIA</b></p>  <p>SÁBADOS 10:30 hs [ Arg ] Modalidad On Line Frecuencia: Semanal * ACTIVIDAD GRATUITA INICIA: 21 AGOSTO</p> <p>OIM ONU MIGRACIÓN PSICOVEN ALIANZA POR VENEZUELA ARGENTINA</p>

## CONCLUSIÓN

---

La falta de conocimiento general sobre la realidad de los distintos países de los que provienen las personas migrantes y refugiadas que residen en la República Argentina muchas veces obstaculiza la posibilidad de que puedan establecerse instancias de encuentro e intercambios fructíferos y potencia, más bien, la emergencia de miradas estereotipadas.

Como vimos, estas miradas atraviesan a la sociedad y sus instituciones, de lo que no están exentas las instituciones del sistema sanitario, las educativas y las dependencias estatales en general. El Manual realiza, entonces, una profunda revisión de estas miradas con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios por parte de este colectivo poblacional.

El objetivo de esta Manual ha sido brindar información actualizada y herramientas de ayuda en pos de mejorar la salud mental y el apoyo psicosocial de las personas migrantes y refugiadas residentes en la República Argentina. Para eso, aceptar lo desconocido, indagar desde una posición de no saber, incorporar el error, revisar la propia mirada y acercarse a los otros y las otras con empatía ha sido una propuesta de cada uno de sus capítulos, que tiene a las personas que trabajan en la ayuda a personas migrantes y refugiadas como destinatarias principales.

Se han desarrollado algunas herramientas, a nivel teórico y práctico, desde la perspectiva interseccional y con un enfoque intercultural, sobre todo para los servicios sanitarios. Allí se advirtió sobre el riesgo de patologizar los procesos migratorios y se hizo hincapié en la importancia de pensar la retroalimentación que se da entre el bienestar psicosocial de las personas migrantes y refugiadas y los procesos de integración en la comunidad de destino.

Apenas se han esbozado líneas de trabajo, con la idea de plantear las problemáticas más importantes y algunas orientaciones para la labor cotidiana de los equipos de ayuda. Pero sabemos que el trabajo no termina aquí y que se debe incluir a otros sectores, como los medios masivos de comunicación.

Lograr una concientización sobre las particularidades de las personas migrantes y refugiadas busca por un lado conmover el imaginario colectivo de una sociedad que se pretende cosmopolita pero que aún tiene mucho trabajo por delante, y así también contribuir a promover el acceso universal a los sistemas de salud mental y apoyo psicosocial sin dejar a nadie atrás.

## GLOSARIO DE CONCEPTOS

---

### **Apátrida** – *stateless person*

Persona no considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación.

### **Autocuidado** – *self care*

Acciones que implican la propia responsabilidad en torno al cuidado en las diferentes dimensiones del ser humano. La valoración del autocuidado implica reconocer que todas las comunidades y culturas tienen formas del autocuidado que implementan como medidas de autogestión de la salud y que parten del saber que esa comunidad ha adquirido en su historia.

### **Bienestar psicológico** – *psychological well-being*

Expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. Parte de las vivencias y se relaciona estrechamente con aspectos específicos de su funcionamiento físico, psíquico y social.

### **Comunidad** – *Community*

Las comunidades son sistemas humanos que se caracterizan por la interrelación y las interacciones de sus miembros en un determinado contexto. Entendida como un territorio, con su población, recursos y demandas que participa activamente y tiene acceso a las decisiones; capacidad para involucrarse en la definición de sus problemáticas y en la posibilidad de resolverlas.

### **Personas desplazadas internas** – *internally displaced persons*

Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida.

### **Emigración** – *emigration*

Movimiento, considerado desde la perspectiva del país de salida, que realiza una persona desde el país de nacionalidad o de residencia habitual hacia otro país, a raíz del cual el país de destino se convierte efectivamente en el nuevo país de residencia habitual.

### **Empoderamiento** – *empowerment*

El traspaso a los ciudadanos/as, grupos, organizaciones y comunidades, del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas.

### **Empoderamiento comunitario** – *community empowerment*

La adquisición de poder técnico y conciencia política para la implementación de estrategias para alcanzar un mayor nivel de salud.

### **Factores de empuje y atracción de la migración** – *push & pull*

Los factores de empuje (*push factors*) son las circunstancias y sucesos que ocurren en el país de origen y que llevan a una persona a migrar, voluntaria o forzosamente. Algunos ejemplos serían los conflictos, las crisis medioambientales, la falta de empleo o la discriminación hacia determinados grupos sociales. Los factores de atracción (*pull factors*)

se dan en el país receptor y son aquellos que motivan a una persona a querer ir a ese lugar porque cree que allí tendrá una vida mejor. Por ejemplo, al hacerse mayores y jubilarse, algunas personas deciden establecerse en lugares con clima templado: en este caso el clima sería un factor de atracción (UNICEF, 2016).

**Flujo migratorio (internacional)** – *migrant flow (international)*

Número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico.

**Inclusión social** – *social inclusion*

Designa el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural.

**Inmigrante** – *immigrant*

Desde la perspectiva del país de llegada, persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual.

**Institución monovalente** – *monovalent institution*

Institución con dependencia sanitaria cuyo modelo asistencial se aplica a una patología en particular y en la cual se pone de manifiesto el predominio de concepciones y prácticas de tipo asilar. En el desempeño de estas instituciones se han identificado históricamente procesos de anomia, aislamiento, vulneración de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención y, fundamentalmente, de desplazamiento de fines, ya que la institución no puede cumplir satisfactoriamente con su rol asistencial y contribuye mediante su accionar a la generación de efectos iatrogénicos asociados a la cronicación e institucionalización.

**Menores no acompañados** – *unaccompanied children*

Menores, de acuerdo con la definición del artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que están separados de ambos padres y otros parientes y no están al cuidado de un adulto al que, por ley o costumbre, incumbe esa responsabilidad.

**Migrante** – *migrant*

Término genérico que refleja la comprensión común de una persona que se muda de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, temporal o permanentemente, y por una variedad de razones. El término incluye una serie de categorías legales bien definidas, como los trabajadores migrantes; personas cuyos tipos particulares de movimientos están legalmente definidos, como los migrantes de contrabando; así como aquellos cuyo estado o medios de movimiento no están específicamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales<sup>93</sup> (OIM, 2019a: 30).

---

93. A nivel internacional, no existe una definición universalmente aceptada para "migrante". La definición actual fue desarrollada por la OIM para sus propios fines y no pretende implicar o crear ninguna nueva categoría legal.

**Migración interna** – *internal migration*

Movimiento de personas dentro de un país que conlleva el establecimiento de una nueva residencia temporal o permanente.

**Migración internacional** – *international migration*

Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales.

**Integración** – *integration*

Proceso bidireccional de adaptación mutua entre las personas migrantes y las sociedades en las que conviven, por el cual se incorporan a la vida social, económica, cultural y política de la comunidad receptora. Ello conlleva una serie de responsabilidades conjuntas para los migrantes y las comunidades, y comprende otras nociones conexas como la inclusión y la cohesión social.

**Recuperación (Enfoque)** – *recovery*

El enfoque de la recuperación "recovery" en el ámbito de la salud mental supone una apuesta decidida por poner a la persona que presenta un problema de salud mental como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

**Refugiado (Convención de 1951)** – *refugee (1951 Convention)*

Persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

**Resiliencia** – *resilience*

La resiliencia refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia con la salud mental.

**Reunificación familiar (derecho a la)** – *family reunification (right to)*

Derecho de personas extranjeras a entrar y residir en un país en el que sus familiares residen legalmente o del cual poseen la nacionalidad, a fin de preservar la unidad familiar.

**Salud y migración** – *migration health*

Temática de salud pública que se remite a la teoría y la práctica de examinar y encarar los factores relacionados con la migración que pueden afectar el bienestar físico, social y mental de las personas migrantes, y la salud pública de las comunidades de acogida.

**Servicios de salud** – *health services*

En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados<sup>94</sup>.

---

94. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Capítulo I, Artículo 4).

**Sistemas de salud adaptados a las necesidades de las personas migrantes** – *migrant-friendly health systems*

Sistemas de salud que incorporan deliberada y sistemáticamente las necesidades de las personas migrantes en el financiamiento, la normativa, la planificación, la ejecución y la evaluación en el ámbito de la salud, con inclusión de consideraciones tales como los perfiles epidemiológicos de las poblaciones migrantes, los factores culturales, lingüísticos y socioeconómicos pertinentes, y los efectos del proceso migratorio en la salud de los migrantes.

**Solicitante de asilo** – *asylum seeker*

Persona que busca protección internacional. En países con procedimientos individualizados, un solicitante de asilo es una persona cuya solicitud aún no ha sido objeto de una decisión firme por el país donde ha sido presentada. No todos los solicitantes de asilo son reconocidos como refugiados, pero todos los refugiados en estos países son inicialmente solicitantes de asilo.



## BIBLIOGRAFÍA

---

Abel, L. y S. Caggiano

2006 Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera. *En: Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (Jelin, E. dir.). IDES, Buenos Aires, pág. 57.

Achotegui, J.

2009 Límite y estrés sanitario: el síndrome migratorio con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Gachette Médica de Bilbao*, N°106, págs. 122 a 133.

Almeida-Filho, N.

2006 Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, Vol. 2, págs. 123 a 146.

Alonso, M. y D. Klinar

2015 *Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2014*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

Alsina, M. R.

1999 *La comunicación intercultural*, Anthropos, Barcelona.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)

2014 *Elaboración de Planes Nacionales de Acción Contra la Discriminación Racial*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Nueva York, Ginebra.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

1984 *Declaración de Cartagena sobre Refugiados*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Cartagena.

2013 *Reunión de expertos. Interpretación de la definición ampliada de refugiado contenida en la Declaración de Cartagena sobre Refugiados de 1984*, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Uruguay.

2018 *Pacto Mundial sobre Refugiados*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Nueva York.

2019 *Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2018*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Ginebra.

2020 *Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2019*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Ginebra.

2021 *Global Trends – Forced Displacement in 2020*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Ginebra.

Aragona, M. et al.

2020 Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health*, N° 186, págs. 52 a 56.

Ardila, S. y A. Stolkner

2012 Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el

pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX*, Vol. 23, N°101, págs. 52 a 57.

Ase, I. y J. Burijovich

2009 La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, Vol. 5, N°1, págs. 27 a 47.

Ausburger, A.

2002 De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81, págs. 61 a 75.

Bang, C.

2010 *La estrategia de Promoción de Salud Mental Comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. En: MEMORIAS II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires.

Belvedere, C. et al.

2007 Racismo y discurso. Una semblanza de la situación argentina. En: *Racismo y Discurso en América Latina* (Van Dijk, T. A. coord.). Gedisa, España, pág. 35.

Berlinguer, G.

1994 *La Enfermedad: Sufrimiento, Diferencia, Peligro, Señal, Estímulo*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Bleichmar, S.

2011 *La Construcción del Sujeto Ético*. Paidós, Buenos Aires.

Bourque F., E. Van Der Ven y A. Malla

2011 A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, Vol. 41, N° 5, págs. 897 a 910.

Bronfenbrenner, U.

1987 *La ecología del desarrollo humano*. Editorial Paidós, Barcelona.

Cabrera, S. y L. Cruzado

2014 Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuropsiquiatría*, Vol. 77, N° 2, págs. 116 a 122.

Caggiano, S.

2008 “Que se haga cargo su país”: la cultura, los estados, y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy. En: *Hegemonía e Interculturalidad. Poblaciones Originarias y Migrantes. La Interculturalidad como uno de los Desafíos del Siglo XXI* (García Vazquez, C. comp.). Prometeo libros, Buenos Aires, pág. 243.

Calmels, J. et al.

2015 *Experiencias en Salud Mental y Derechos Humanos: Aportes desde la Política Pública*. Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

Carpio, K.

2019 Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas. *Salud Regional*, Año 2, N° 2, págs. 9 a 14.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

2015 El desafío de Implementar la Ley Nacional de Salud Mental. En: *Derechos Humanos en la Argentina, Informe 2015*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires, pág. 467.

2019 *Derechos Humanos en la Argentina, Informe 2019*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

Ceriani Cernadas, P.

2011 *De Políticas Migratorias y Editoriales Políticas: Inmigración y Xenofobia en el Diario La Nación*. Puede consultarse en: [www.saij.gob.ar/pablo-ceriani-cernadas-politicas-migratorias-editoriales-politicas-inmigracion-xenofobia-diario-nacion-dacfi10154-2011/123456789-0abc-defg4510-11fcanirtcod](http://www.saij.gob.ar/pablo-ceriani-cernadas-politicas-migratorias-editoriales-politicas-inmigracion-xenofobia-diario-nacion-dacfi10154-2011/123456789-0abc-defg4510-11fcanirtcod)

Ceriani Cernadas, P. y L. Finkelstein

2013 El miedo a la igualdad: prejuicios y argumentos sobre el derecho a la salud de las personas migrantes. En: *Tratado de Derecho a la Salud*. (Clérico, L., L. Ronconi y M. Aldao). Abeledo Perrot, Buenos Aires, pág. 627.

Cerrutti, M.

2011 *Salud y Migración Internacional. Mujeres Bolivianas en la Argentina*. UNFPA - CENEP, Buenos Aires.

Comes, Y. y A. Stolkiner

2003 Concepción de “responsabilidad individual” en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires. *UBA, Facultad de Psicología. Memorias de las jornadas de investigación*. Vol. 10, N° 2, págs. 29 a 31.

Comisión Nacional para los Refugiados (Co.Na.Re.)

2019 *Informe Estadísticas Periodo 2014-2018*. Comisión Nacional para los Refugiados (Co.Na.Re), Buenos Aires.

Cortina, A.

2017 *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*. Paidós, Barcelona.

Courtis, C. y M. I. Pacecca

2007 Migración y derechos humanos: una aproximación crítica al “nuevo paradigma” para el tratamiento de la cuestión migratoria en Argentina. *Revista Jurídica de Buenos Aires*. Número especial sobre Derechos Humanos, págs. 183 a 200.

2010 Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Papeles de Población*, Vol. 16, N° 63, págs. 155 a 185.

Cuestas, F.

2011 Sobre Locura y Emigración en el Mundo Globalizado. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. Vol. 10, N° 1, págs. 21 a 45.

Defensoría del Público de Medios de Comunicación Audiovisual  
2018 Recomendaciones para el tratamiento periodístico responsable de las migraciones y los derechos de las personas migrantes. Puede consultarse en: <https://defensa-delpublico.gob.ar/wp-content/uploads/2018/11/Recomendaciones-casos-migrantes.pdf>

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires  
2013 Actuación N°: 3024/12 Accesibilidad al primer nivel de atención de la ciudad de Buenos Aires: un relevamiento en el sistema público hecho desde la Defensoría del Pueblo.

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES)  
1998 *Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), Nueva York.

Desviat, M.  
2007 Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Revista Psiquiatría Universitaria*, Vol. 3, págs. 88 a 96.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)  
2017 *Natalidad y Mortalidad en 2017. Síntesis estadística N°5*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Buenos Aires.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA)  
2018a *Arte y Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Buenos Aires.

2018b *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Buenos Aires.

2018c *Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Buenos Aires.

2019a *Atención de las Urgencias en Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Buenos Aires.

2019b *Conceptualizaciones sobre Salud Mental Infante Juvenil*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Buenos Aires.

Domenech, E.  
2005 *Migraciones Contemporáneas y Diversidad Cultural en la Argentina* (compilación). Colección CEA/UNC, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Domenech, E. y M. J. Magliano  
2008 Migración e inmigrantes en la Argentina reciente: políticas y discursos de exclusión/inclusión. En: *Pobreza, Exclusión Social y Discriminación Étnico-Racial en América Latina y el Caribe*. (Zabala Argüelles, M.C. comp.). CLACSO / Siglo del Hombre Editores, Bogotá, pág. 423.

Duan, L. y G. Zhu  
2020 Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet*, Vol. 07, N° 4, págs. 300 a 302.

Durkheim, E.  
1898 Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, N° 6, págs. 273 a 302.

Edelman, L. y D. Kordon

2010 Trauma social: trabajo elaborativo en grupos de reflexión. *Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad*, N° 5.

Finkelstein, L.

2015 *Quedados, astutos, y explotados. Representaciones de profesionales del primer nivel de atención de salud pública de CABA sobre usuarios migrantes regionales*. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

2017 Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones Internacionales, Reflexiones desde Argentina*, N° 02, págs. 40 a 58.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

2016 *Pasaporte de Humanidad: Los Derechos de los Niños y Niñas Migrantes y Refugiados*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), España.

2017 *Migración y derechos. Preguntas y respuestas para las instituciones educativas*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Buenos Aires.

2020 *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Buenos Aires.

Foucault, M.

1967 *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. Ediciones Siglo XXI, España.

2012 *Historia de la locura en la época clásica I*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Freud, S.

2009 *Obras Completas. Tomo XXI: El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura, y otras obras (1927-1931)*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.

Galende, E.

1990 *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una Crítica de la Razón Psiquiátrica*. Paidós, Buenos Aires.

2008 *Psicofármacos y Salud Mental. La Ilusión de No Ser*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Galende, E. y J. Kraut

2006 *El Sufrimiento Mental: el Poder, la Ley y los Derechos*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Global Health Metrics (GBD)

2018 Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, N° 10159, págs. 1789 a 1858.

Giberti, E.

1981 Para una teoría de la prevención. En: *Sobre la Teoría y la Práctica*. Publicación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Buenos Aires.

Gil Araujo, S.

2019 Gobernar por decreto. Antecedentes, contenidos e implicaciones de los cambios en la política migratoria argentina (2016-2017). *Informes de Coyuntura* N° 6, Grupo

de Estudios sobre Migraciones, Familias y Políticas Públicas (MiFaPP) I.I.G.G., Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires.

Giustiniani, R.

2004 *Migración: un Derecho Humano. Ley de Migraciones N° 25.871*. Prometeo, Buenos Aires.

Grimson, A.

1999 *Relatos de la Diferencia y la Igualdad. Los Bolivianos en Buenos Aires*. Eudeba, Buenos Aires.

2011 *Los Límites de la Cultura*. Siglo XXI, Buenos Aires.

Grimson, A. y G. Karasik

2017 *Estudios sobre Diversidad Sociocultural en la Argentina Contemporánea*. CLACSO, PISAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Harvard Business Press

2018 *Inteligencia Emocional, Resiliencia*. Ed. Reverté Management, Barcelona.

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

2005 *Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación: la Discriminación en Argentina*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), Buenos Aires.

2012 *Migrantes y Discriminación*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), Buenos Aires.

2016 *Migración, Derechos Humanos y Políticas Migratorias*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), Buenos Aires.

Inter-Agency Standing Committee (IASC)

2007 *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Inter-Agency Standing Committee (IASC), Ginebra.

Jelin, E.

2006 *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*. IDES, Buenos Aires.

Jodelet, D.

1989 *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France, Paris.

Kobelinsky, C.

2008 La evaluación moral cotidiana de los candidatos al estatuto de refugiado en Francia. *Revista Runa*, vol. 28, págs. 59 a 75.

2011 Refugiados y discriminación. En: *Discriminaciones Étnicas y Nacionales: un Diagnóstico Participativo* (Courtis, C. y M. I. Pacecca, comps.). Asociación por los Derechos Civiles: Ediciones Del Puerto, Buenos Aires.

Kohn R. et al.

2018 Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42, págs. 1 a 10.

- Kumar, K. et al.  
2020 The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the migrant workers: A cross-sectional survey. *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 53.
- Langdon, E. y F. Wilk  
2010 Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, Vol. 18, N° 03, pags. 459 a 466.
- Liem, A. et al.  
2020 The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 7, N° 4.
- Lodieu, M. et al.  
2012 Conceptualización de la salud mental y la salud mental comunitaria. En: *Curso de Salud Mental Comunitaria. Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias*. Departamento de Salud Mental Comunitaria, Editorial UNLa, Buenos Aires.
- Luo, M. et al.  
2020 The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health*, Vol. 291.
- Lussi, C.  
2015 *Políticas Públicas e Desigualdades na Migração e Refúgio*. Psicologia USP, San Pablo.
- Margulis, M.  
1999 *La Segregación Negada. Cultura y Discriminación Social*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Menéndez, E. L.  
1994 La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, Vol 7, N° 4, págs. 71 a 83.  
2003 Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciênc Saúde Coletiva*, Vol.1, N° 8, págs. 185 a 207.  
2005 Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. Vol.14, págs. 33 a 69.
- Ministerio de Salud de la Nación  
2012a *Algunos Problemas de Salud Complejos*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.  
2012b *Interculturalidad y Salud*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Moreno, M.  
2002 Uno no constituye una acción política por los ahorros. *Diario Página/12*, 28 de enero.
- Moscovici, S.  
1961 *La psychanalyse, son image et son produit*. Presses Universitaires de France, Paris.

Mouratian, P.

- 2012a *Migrantes y Discriminación*. INADI, Buenos Aires.
- 2012b *Derecho a la Salud sin Discriminación*. INADI, Buenos Aires.
- 2013 *Racismo, hacia una Argentina Intercultural*. INADI, Buenos Aires.
- 2014 *Mapa Nacional de la Discriminación*. INADI, Buenos Aires.

Novick, S.

- 2000 Políticas migratorias en la Argentina. En: *Inmigración y discriminación. Políticas y Discursos*. (Oteiza, E., S. Novick y R. Aruj). Trama Editorial y Prometeo libros, Buenos Aires.

Olmos Alcaraz, A.

- 2018 Alteridad, migraciones y racismo en redes sociales virtuales: un estudio de caso en Facebook. *REMHU, Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, vol. 26, N° 53 págs. 41 a 60.

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

- 1951 *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Puede consultarse en: [www.acnur.org/5bo766944.pdf](http://www.acnur.org/5bo766944.pdf).
- 2020 *Análisis inicial de las Naciones Unidas - Covid-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental*. Organización de las Naciones Unidas, Buenos Aires.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

- 2011 *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2011, Comunicar Eficazmente sobre la Migración*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2012 *Perfil Migratorio de Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2014 *Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2016 *Migración, Derechos Humanos y Política Migratoria, Serie Migración y Derechos Humanos*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2017a *Tendencias Migratorias en América del Sur*. Informe Migratorio Sudamericano N°1. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2017b *Guía para el Desarrollo y Fortalecimiento de Habilidades en Comunicación Intercultural*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2017c *Migraciones e Interculturalidad: guía para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades en comunicación intercultural*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2018a *Guía para la Atención Psicosocial a Personas Migrantes en Mesoamérica*. Organización Internacional para las Migraciones, San José.
- 2018b *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2019*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2018c *Guía Informativa y de Fortalecimiento de la Comunicación Intercultural para la Integración de la Población Beneficiaria del Programa Siria en Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2019a *Glosario de la OIM sobre Migración - Términos Fundamentales*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2019b *El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular (GCM)*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2019c *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.



- 2019d *Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement*.
- 2019e *Monitoreo de Flujo de Población Venezolana – Argentina. Ronda 4*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2020a *Migration data portal*. Datos sobre la migración para los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Puede consultarse en: [www.migrationdataportal.org/es/sdgs#0](http://www.migrationdataportal.org/es/sdgs#0) (consultado el 10 de agosto de 2021).
- 2020b *Missing Migrants. Tracking deaths along migratory routes*. Puede consultarse en: [www.missingmigrants.iom.int](http://www.missingmigrants.iom.int) (consultado el 10 de agosto de 2021).
- 2020c *Salud mental, respuesta psicosocial y comunicación intercultural*, División de Salud Mental y Migración, OIM Ginebra.
- 2020d *Revista Migraciones Internacionales Nro. 6*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2020e *Coronavirus Disease 2019. IOM Global Strategic Preparedness and Response Plan*. Febrero–Agosto 2020. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2020f *Guía para el fortalecimiento de la perspectiva intercultural y de derechos humanos destinada a formadoras/es en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2020g *COVID-19: Desafíos para América del Sur. N°7 - Estigmatización, Discriminación y Xenofobia*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2020h *Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en Respuesta al COVID-19. Guía y Herramientas para el Uso de los Equipos de SMAPS de la OIM: Versión III-Final*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2020i *Efectos de la COVID19 en la población migrante. Principales hallazgos. Sondeo en Argentina. Junio/Julio 2020*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2020j *Countering Xenophobia and Stigma to Foster Social Cohesion in the COVID-19 Response and Recovery*. Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra.
- 2021a *Movimientos migratorios recientes en américa del sur. Informe anual 2021*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2021b *DTM. Diagnóstico de monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad en Mendoza, Misiones y Jujuy. Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.
- 2021c *DTM. Diagnóstico de monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Argentina - Monitoreo de flujo de población venezolana. Ronda 6 – Ingresos*. Organización Internacional para las Migraciones, Buenos Aires.

#### Organización Mundial de la Salud (OMS)

- 1986 *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Ottawa.
- 2001 *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2008 *Policy brief1. Breaking the vicious cycle of mental ill-health and poverty*. Organización Mundial de la Salud. Puede consultarse en: [www.who.int/mental\\_health/policy/development/MHPB1.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/development/MHPB1.pdf)
- 2012a *Plan de Acción Sobre Salud Mental (2013-2020)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2012b *Primera ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2013 *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2015 *Mental Health Atlas 2014*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

2017a *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

2017b *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, Washington D.C.

2018 *Mental Health Promotion and Mental Health Care in Refugees and Migrants*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

2018 *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

2020 *Covid-19: Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia*. Junio. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Organización Panamericana para la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

2017 *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Organización Panamericana para la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington.

Pacecca, M. I.

2012 *Curso Migraciones, Interculturalidad y Salud. Concepciones y Prácticas*, Grupo Salud y Migraciones. Disertación. CABA: Dirección de Capacitación y Docencia.

Paiewonsky, D.

2007 *Feminización de la Migración*. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW).

Patel, V. y A. Kleinman

2003 *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 81, N° 8, págs. 609 a 615.

Perdiguero, E.

2006 *Una reflexión sobre el pluralismo médico*. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. (Fernandez Juarez G. coord.). Ediciones Abya-Yala, Quito.

Perera Pérez, M. A.

2003 *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. CD Caudales La Habana, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, La Habana. Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V)

2020 *Plan de respuesta para refugiados y migrantes 2020*. Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela.

Pussetti, C.

2010 *Identities in Crisis: immigrants, emotions and mental health in Portugal*. *Saúde Soc.* vol.19, N° 1, págs. 94 a 113.

Rehm, J. y K. D. Shield

2019 *Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders*. *Current Psychiatry Reports*, Vol. 21.

Sanfelippo, L.

2010 La noción de trauma. Apuntes para una interlocución entre el psicoanálisis y la memoria social. En: *Inconsciente e Historia Después de Freud. Cruces entre filosofía, Psicoanálisis e Historiografía*. (Acha, O. y M. Vallejo comp.). Prometeo, Buenos Aires.

Saraceno, B.

2003 *La Liberación de los Pacientes Psiquiátricos*. Editorial Pax, México.

Schininà, G.

2017 Objectification and adjectification of migrants: reflections to help guide psychosocial workers. *Current Affairs*, Vol. 15, N° 2, págs. 100 a 105.

Schininà, G., y T. E. Zanghellini

2018 Internal and International Migration and its Impact on the Mental Health of Migrants. En: *Mental Health and Illness in Migration. Mental Health and Illness Worldwide* (D. Moussaoui, D. Bhugra, y A. Ventriglio, eds) Springer, Singapore, pág. 1.

Segato, R.

2006 *Racismo, Discriminación y Acciones Afirmativas: Herramientas Conceptuales*. Departamento de Antropología, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasilia: Série Antropología, Brasilia.

Singh, S.K. et al.

2020 Reverse migration of labourers amidst COVID-19. *Economic and Political Weekly*, Vol. 55, N° 19, págs. 28 a 31

Sher, L.

2020 The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, Vol. 113, N° 10, págs. 707 a 712.

Sousa Campos, G.W.

2001 *Gestión en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Spinelli, H.

2010 Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, vol. 6, N° 3, págs. 275 a 293.

Stagnaro, J. et al.

2018 Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 28, N° 2, págs. 240 a 250.

Tavares Lima, C. et al.

2020 The emotional impact of Coronavirus 2019 nCoV. *Psychiatry Research*, Vol. 287.

Tajer, D.

2012 Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Género y Salud. Las Políticas en Acción*. (Tajer, D.comp.) Lugar Editorial, Buenos Aires.



Torales, J. et al.

2020 The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 66, N° 4, págs. 317 a 320.

Ulloa, F.

1999 *Sociedad y Crueldad*. Conferencia, Córdoba.

Van Dijk, T. A.

2001 Discurso y Racismo. En: *The Blackwell Companion to Racial and Ethnic Studies*. (Goldberg D. y J. Solomos, eds.). Blackwell, Oxford.



