

Anuario de
Investigaciones

Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
ISSN: 1851-1686
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS EN LA ARGENTINA EN TIEMPOS DE COVID-19

Quercetti, Florencia

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS EN LA ARGENTINA EN TIEMPOS DE COVID-19

Anuario de Investigaciones, vol. 28, núm. 1, 2021

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369170422034>

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS EN LA ARGENTINA EN TIEMPOS DE COVID-19

MENTAL HEALTH OF REFUGEES IN ARGENTINA
DURING THE COVID-19 PANDEMIC CONTEXT

Florencia Quercetti florquercetti@gmail.com

Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Argentina

Anuario de Investigaciones, vol. 28, núm.
1, 2021

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Recepción: 24 Agosto 2021
Aprobación: 14 Octubre 2021

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=369170422034](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369170422034)

Resumen: El trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT 20120190201421B y presenta avances de la investigación doctoral que desarrollo sobre los cuidados de la salud mental de las personas refugiadas en la Argentina desde una perspectiva comunitaria. Siendo que existe evidencia de que el contexto de pandemia ha intensificado las situaciones de sufrimiento de personas refugiadas y solicitantes de asilo, el objetivo del trabajo es describir las estrategias de cuidado de su salud mental. Se realizó un análisis documental con foco en la situación de Argentina y Latinoamérica a partir de Marzo 2020, y nueve entrevistas semi-dirigidas a informantes claves representantes de instituciones públicas, organismos internacionales y de la sociedad civil que trabajan con la población de personas refugiadas y solicitantes de asilo. El análisis de la información relevada en fuentes primarias y secundarias se realizó desde el marco teórico del movimiento de Medicina Social /Salud Colectiva Latinoamericano y la perspectiva de Salud Mental Comunitaria. Se concluye que es a partir de servicios comunitarios que los cuidados en salud mental pueden desarrollarse evitando la estigmatización.

Palabras clave: Salud mental, Personas refugiadas, Pandemia, Sufrimiento psíquico.

Abstract: This is part of the research project UBACyT 2012019020 1421B and of PHD research “Mental health care of refugees in Argentine” from a communitarian perspective. Several studies show how the pandemic crisis (COVID-19) has increased the situations of suffering of refugees and asylum seekers in Argentine. Therefore the objective of this article is to make an analysis about the better strategies to respond to mental health needs. It includes a documentary analysis about the situation in Argentine and Latin- America from March 2020 to present and nine interviews to key informants: members of public organizations, civil society organizations and international humanitarian organization that works with refugees and asylum seekers in Argentina. The analysys of primary and secondary data was made from the “Medicina Social /Salud Colectiva” movement, and the “Salud Mental Comunitaria” perspective theoretical frameworks. It concludes that only with communitarian care policies, the mental suffering could be mitigated, particularly related with social inequality and stigmatization.

Keywords: Mental health, Refugees, Pandemic, Mental suffering.

Introducción

“Voy a intentar soñar contigo para ver si logras lo que has decidido hacer. Entrar y volver a ser visible...”.

(Markell, 2010, pp. 174)

Las migraciones han sido parte de la historia de la humanidad y de la vida desde siempre. La idea de que son un problema a resolver que requiere de la intervención estatal a través de políticas pública específicas, es decir su carácter de anomalía, es una construcción contemporánea (Gil Araujo, 2020; Sayad 2002; Avellone & Santamaría, 2018). Una persona migrante es aquella que se desplaza a través de una frontera internacional o dentro de un país, independientemente de su situación jurídica, el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento y sus causas (Organización Internacional de Migraciones, 2016). Cuando se habla de migración forzada se hace referencia a un grupo de personas migrantes - altamente vulnerizado por cierto - que por amenaza de vida o subsistencia ha debido abandonar su lugar de origen (OIM, 2016). A este término genérico correspondo el grupo poblacional de personas refugiadas y solicitantes de asilo que es sobre el que trabaja este artículo. Según el derecho internacional, refugiado es una persona que presenta 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 puede -a causa de dichos temores- o no quiere acogerse a la protección de tal país (Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre Refugiados, 1951). En rigor, es un estatuto jurídico que los estados - a través de sus instituciones responsables - asignan a las personas que solicitan asilo si consideran que su situación coincide con los criterios mencionados anteriormente (ACNUR, 1951). Las personas refugiadas y solicitantes de asilo sufren de condiciones y circunstancias de vida muy adversas que deben ser visibilizadas desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989). La condición migratoria, la presencia de problemáticas de salud mental, la clase social, el género y otras condiciones jerarquizadas, operan como ejes estratificadores y condicionan el acceso a derechos (La Barbera, 2017; Magliano, 2015; Picón, 2020; Sayad 2008). La discriminación y desigualdad social de la que son víctimas se traduce en términos de subjetividad en múltiples estigmatizaciones, por lo que resulta fundamental considerar dichos aspectos como determinantes sociales de la salud mental. Desde el movimiento de Medicina Social/ Salud Colectiva Latinoamericano la salud mental no es algo antagónico a la enfermedad, sino el resultado de un entramado de fenómenos de diverso orden: sociales, biológicos, históricos, culturales, psicológicos, etc. (Almeida Filho & Silva Paim, 1999; Laurell, 1981). Esta concepción integral de la salud es la que sustenta los principios contenidos en la Ley nacional de salud mental: "...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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" (Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, 2010, art 3). Como la salud mental es inescindible de otros aspectos que hacen al proceso de salud-enfermedad-cuidado, las situaciones de padecimientos se redoblan cuando las personas presentan déficits en el acceso a vivienda, alimentación, servicios de salud y otros aspectos de la subsistencia. Tal

es la situación de gran parte de la población de personas refugiadas y solicitantes de asilo (Carpio, 2020; Feline Freier, 2020; OIM, 2020; Picón, et.al, 2020).

Un estudio realizado en 2020 sobre afectación de la pandemia en la población de migrantes en la Argentina, revela que el 58% de las personas encuestadas afirmaron haber visto afectada negativamente su salud mental (OIM, 2020). El 27% de las personas encuestadas se identificaron como solicitantes de asilo o refugiadas. Entre los padecimientos más mencionados se encuentran: ansiedad, estrés, miedo, angustia y retraimiento de la interacción social (OIM, 2020). Esas mismas personas reportaron situaciones de desempleo, reducción del salario y de la jornada laboral, y dificultades para recibir el Ingreso familiar de emergencia (IFE) que fue en 2020 la política pública para paliar tales situaciones (OIM, 2020). En el contexto de la pandemia, la desigualdad social también se manifestó en dificultades de acceso a recursos tecnológico-informáticos, ya que devinieron un aspecto indispensable para la vida e inclusión social (Stolkiner, 2020). Estas circunstancias son consideradas desde el marco teórico de referencia determinantes sociales de la salud mental. La crisis devenida de la situación de pandemia muestra de manera contundente la articulación entre los aspectos macro-económicos, las respuestas que se dan desde las instituciones, y las vivencias y padecimientos de las personas. Existen condiciones macro-económicas, institucionales y subjetivas de los padecimientos, que se producen y reproducen de manera relacional y situacional (Stolkiner, 2013). En este tripe eje de análisis se sustenta la categoría de padecimiento subjetivo, entendido como "... todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes..." (Decreto 603/2013)[1]. Los cuidados en salud mental desde una concepción integral y compleja (Morín 1995, García 1989) se realizan a través de servicios comunitarios. Aquellos que apuntan a intervenir, no sobre la enfermedad pensada desde lo individual, sino sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico (Galende, 1990) y del padecimiento subjetivo. Se denominan comunitarios porque están orientados a la integración de las personas a la comunidad y a atender el lazo social (Stolkiner & Ardila, 2012), desarrollan políticas de cuidado integrales - intersectoriales e interdisciplinarias (Ley N° N° 26.657, 2010)-, y se basan en la perspectiva de los/las usuarios/as y en la participación comunitaria (Stolkiner, Ardila, 2012).

Metodología

La investigación que da lugar a este artículo tiene un diseño metodológico de tipo descriptivo y exploratorio ya que se trata una temática poco estudiada, y presenta una estrategia de tipo cualitativa que triangula la producción y análisis de datos cuantitativos y cualitativos (Cea D'Ancona, 1998, Brehil, 1994). Se realizó un análisis documental que

incluyó el relevamiento del estado de situación a partir de la pandemia por COVID-19; y los datos estadísticos de la Comisión Nacional para los refugiados (CONARE), el organismo público que tiene por mandato intervenir sobre los trámites de solicitud de reconocimiento del estatuto de refugiado ya sea para su otorgamiento como para su denegación (Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26 165, 2006). Además se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave (nueve): personas representantes de organizaciones que trabajan con la población de solicitantes de asilo y refugiados en la Argentina. Los/las informantes se seleccionaron por un criterio de muestra intencional que permitió identificar casos ricos en información para estudiarlos en profundidad (Patton, 1990); resultando la siguiente distribución: a) representantes de las instituciones públicas de alcance nacional que tienen por mandato la protección de los derechos de personas refugiadas y solicitantes de asilo, fundamentalmente el derecho a la integración social. b) representantes de un programa provincial de asistencia integral a personas refugiadas y solicitantes de asilo provenientes de Siria. c) representantes de uno de los más importantes organismos internacionales de asistencia humanitaria con sede en el país y que cuenta desde hace dos años con un área dedicada a las situaciones de emergencia relativas a la movilidad humana. d) representantes de organizaciones de la sociedad civil con amplia trayectoria en el país en la asistencia a personas refugiadas y solicitantes de asilo. Los datos obtenidos fueron analizados cualitativamente a partir de fragmentos discursivos y narrativos significativos (Glasser y Strauss, 1967) organizados en categorías según los niveles de análisis macro-económicos, institucionales y subjetivos (Stolkiner, 2013) y desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria.

Refugiados y solicitantes de asilo en Argentina

“Me quedé dormida y soñé que mi pasaporte era como dos puertas que se abrían y dejaban a la vista un paisaje que recordaba de mi infancia.”

(Mankell, 2010, pp. 147)

Hacia finales de 2020 se había contabilizado que en la Argentina vivían 4.045 personas refugiadas y 9.176 personas solicitantes de asilo (ACNUR, 2020). En base al criterio de muestras intencionales (Patton, 1990) y a partir de la información relevada, se ubicaron dos grupos poblacionales sobre el total de personas refugiadas y solicitantes de asilo en la Argentina sobre los que se haría foco en mi investigación: el de personas provenientes de Venezuela como tipo de muestra intencional de caso crítico; y el de personas provenientes de Siria como tipo de muestra intencional de caso típico. La selección surgió de cotejar y analizar integralmente datos obtenidos a partir de informantes clave (fuentes primarias) y los datos estadísticos públicos sobre población de personas refugiadas y solicitantes de asilo en la Argentina de la CONARE. La situación de Venezuela constituye una de las principales crisis de desplazamiento a nivel internacional. Es el país de origen con más solicitantes de asilo

en el mundo y representa el mayor éxodo de personas en la región Latinoamericana y del Caribe (ACNUR, 2021). Hasta Agosto de 2020, 5, 18 millones de personas huyeron de Venezuela debido al hambre, la violencia y las violaciones masivas de derechos humanos (Feline Freier & Castillo, 2020). En la Argentina, es el país de origen con más solicitudes de asilo en los últimos cinco (5) años (ACNUR, 2021): desde 2018 se registró una subida exponencial de solicitudes y de reconocimientos de la condición de refugiados con cifras que ya superaron todas las estadísticas (OIM, 2021). Hoy residen en el país aproximadamente 180.000 personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela (ACNUR, 2021). Por tales razones esta población fue considerada como muestra intencional de caso crítico (Patton, 1990), sin duda constituye un punto dramático en el esquema de casos.

Luego, la población de personas refugiadas y solicitantes de asilo provenientes de Siria se seleccionó como caso típico por presentar una mediana y/o alta tasa de reconocimiento[2]: 66, 3% en los últimos cinco años (CONARE, 2020). Esta información coincide con lo relevado en las entrevistas realizadas: que prácticamente todas las solicitudes iniciadas por personas Sirias han sido otorgadas. También con la observación de que las causales de solicitud en estos casos suelen ajustarse con claridad a los términos de la Convención Internacional sobre el Estatuto de Refugiado (ACNUR, 1951) y la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado (Ley 26.165, 2006). En tal sentido constituyen casos típicos, pero no necesariamente generalizables a la muestra total (Patton, 1990). En el mundo, Siria ha generado el mayor número de personas desplazados en la década que lleva el país en guerra (6, 6 millones de personas desplazadas) (ACNUR, 2021). En el primer trimestre de 2020 un millón de personas sirias habían abandonado su hogar, con el agravante de que muchos de sus países vecinos habían cerrado sus fronteras con motivo de la pandemia por COVID-19 (CEAR, 2020). La vivencia subjetiva de las personas “detrás” de las cifras fue relevada en la publicación en 2021 de “Crónicas migrantes” a partir de relatos en primera persona (Revista Anfibia y Organización Internacional de Migraciones Argentina, 2021). A continuación se presentarán los testimonios de dos persona representantes de los grupos poblacionales identificados como caso típico y crítico; porque en ellos es posible reconocer el modo en que se entreteje el padecimiento subjetivo, las políticas de cuidado (nivel institucional), y las condiciones macroeconómicas (Stolkiner, 2013).

Gilbert llegó a la Argentina en 2018 proveniente de Venezuela, donde era profesor de secundaria: “Me vine a Buenos Aires sin querer venir. Cuando nació mi hija ya vivíamos en hiperinflación y mi sueldo de dos trabajos no alcanzaba ni para pañales. Llegué con expectativas de traer a mi esposa y mi hija y no pude ejercer mi carrera ni traerlas. Ahora únicamente me quedó el miedo de morirme solo acá” (Anfibia/OIM, 2021 pp. 32). Para él migrar es “... moverse, aprender a caminar de nuevo (...) el cuerpo, un día, empieza a doler. Aunque descanses y duermas mañana y la semana siguiente, el dolor seguirá aferrado como un perro furioso que

no te suelta” (Anfibia/OIM, 2021, pp.35). Los trabajos a los que pudo tener acceso en Argentina fueron informales y altamente precarizados. En menos de dos años fue: bar-tender, ayudante de cocina, hornero, ensaladero, pastero, chofer de Uber y ayudante general en una dietética. La rotación está relacionada con las condiciones laborales puntualiza: “Trabajé hasta quince horas seguidas en gastronomía, en informal, sólo por la propina. Tuve un jefe fascista quince años menor que yo que me pedía las cosas con groserías y a los gritos. Sufrí burlas del tipo ‘denle más comida a Gilbert, debe tener más hambre por ser venezolano” (Anfibia/OIM, 2021, pp. 36). Llegó incluso a enfrentarse a un jefe de cocina que lo amenazó de muerte si no trabajaba más rápido. “Es la cadena alimenticia del trabajo precarizado” (Anfibia/OIM, 2021, pp. 36). Gilbert es una de las 180.000 personas venezolanas que viven en el país a raíz de la crisis en su país de origen. La mitad de ellas se encuentran desempleadas, o tienen trabajos informales y altamente precarizados y un pequeñísimo porcentaje ejerce la profesión/actividad que desarrollaba en el país de origen (Anfibia/OIM, 2021). Según el relato de una informante clave que trabaja en uno de los puntos fronterizos de ingreso al país, las causas de la migración relevadas son cuestiones económicas, persecución política, salarios mínimos y alto costo de alimentos, inseguridad, dificultades para lograr la subsistencia, percepción de que aquello “no es vida”. En nuestro país en 2019, 1.156 personas iniciaron solicitudes mientras que a 294 les fue otorgada la categoría de refugiado/a.[3] (CONARE, 2020). Otro dato más actual muestra que “...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” (OIM, 2021, pp. 70). La criticidad de la situación, también puede visualizarse a partir de los siguientes hechos relevados: creación de un área específica en la Cruz Roja Argentina (sede local de una de las organizaciones de ayuda a la emergencia humanitaria más importantes del mundo); reforzamiento del equipo de oficiales para los procesos de elegibilidad en 2020, y la conformación de la mesa local de la Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela liderada por ACNUR y OIM en la que participan las principales organizaciones que trabajan en el país con esta población. En el marco de esta mesa local, se elaboró un plan para dar respuesta a las consecuencias de la crisis social y económica derivada de la pandemia por COVID-19 (ACNUR, 2021).

El segundo testimonio seleccionado es el de Okba Aziza quien escapó intempestivamente de Siria antes de verse compelido a integrar el ejército, quedando sus trámites de solicitud de refugio por la mitad y teniendo que ingresar al país con una autorización de sólo dos días. Okba estudió en la Universidad de Latakia donde se recibió con honores en Literatura Inglesa. Cuando se desata la Primavera Árabe[4] él se encontraba en Londres realizando un Master para el que había sido becado. Desde allí recibía por parte de su hermano en Siria las dramáticas noticias de la situación de guerra que se estaba iniciando y que duraría más de nueve años. Al volver a su país en 2012 la vida era muy dura. Uno de sus hermanos había muerto y el otro había tenido que escapar a

Alemania por amenazas relacionadas a su trabajo como periodista. Había quedado solo con sus padres y no quería ir a la guerra. La mayoría de sus compañeros del secundario habían tenido que conformar el ejército y habían muerto. Sentía haber caído en una fuerte depresión y lo que lo hizo moverse fue un ultimátum para integrarse al servicio militar obligatorio, cuando ya había agotado todas las formas legales para evitarlo. (Anfibia/OIM, 2021). Ingresó a Argentina por el Programa Siria a través de un llamante[5] y al poco tiempo consiguió un trabajo como profesor de inglés. Cuando el llamante se iba a trabajar, lo dejaba encerrado, escondía los elementos de cocina, controlaba todo lo que hacía y, cuando estaba en la casa, lo insultaba. “Me quedaba en Plaza San Martín sentado sin querer volver. No conocía mis derechos” (Anfibia/OIM, 2021, pp. 57). Cuando se le consultó que significa para él ser una persona refugiada, contó: “Ser refugiado es un estado, no un tipo de persona, un ser o una personalidad. Es ser fuerte porque don’t give up (no me rindo)” (Anfibia/OIM, 2021, pp. 57). Con la ayuda de otra llamante pudo contactarse con otras personas provenientes de Siria y aprender el idioma, lo que lo habilitó a ir consiguiendo otros y mejores trabajos, autonomía e inclusión en la comunidad. Actualmente vive con su pareja a quien conoció en la Argentina y con su hijo. “Yo soy como un árbol. Llegué necesitando tierra y ahora doy fruta” (Anfibia/OIM, 2021, pp. 58). En la Argentina existen políticas públicas dirigidas a dar respuesta a la problemática Siria. A nivel nacional el Proyecto Siria fue creado en 2014 ante el aumento de solicitudes de asilo de personas afectadas por la guerra en Siria, y su objetivo fue en principio facilitarles el ingreso con visa humanitaria a personas que contaban con familiares o algún/a referente en el país que funcionaría en calidad de “llamante” (Dirección Nacional de Migraciones, 2014). En la actualidad, está implementado el patrocinio humanitario a cargo de varias familias para prevenir situaciones como la relatada por parte de Okba. En 2017 la provincia de San Luis se constituyó como “llamante” y creó el Programa Corredor Humanitario y el Comité de Refugiados de San Luis[6] para asistir integralmente a personas sirias que requieren protección. Tal como fue descrito por sus gestores y algunos de sus beneficiarios[7], el programa brinda servicios de traslado desde Siria, alojamiento y manutención, escolarización, servicio de traducción, enseñanza del idioma, formación y empleo, atención psicológica y asesoramiento jurídico. El trabajo de integración a la comunidad incluye eventos públicos de difusión de la cultura Siria, la membresía en clubs, el acompañamiento por parte de familias y de personas de la comunidad religiosa de la provincia, etc. (Gobierno de la Provincia de San Luis, 2018). Un análisis del programa desde los niveles de análisis macro-contextual, institucional y subjetivo mostró que las personas y familias sirias que fueron asistidas han podido construirse un proyecto vida, pensar en un futuro, integrarse a la vida laboral y educativa, y formar parte de una comunidad que los aloja, lo que se constituye en un factor protector de la salud (Quercetti, 2020).

Solicitantes de asilo, pandemia y cuidados de la salud mental

“Cada día me parecía una espera prolongada entre dos latidos de corazón.”
(Mankell, 2010, pp. 141)

El acceso de la población de solicitantes de asilo y refugiados a servicios de salud mental era muy limitado antes de la situación de pandemia en la mayoría de los países del mundo, pero especialmente en los países de ingreso bajo y medio como el nuestro (Carpio, 2020). Las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental a nivel mundial son evidentes, y tal como lo detalla un documento elaborado por la Organización de Naciones Unidas, la gran mayoría de las necesidades de salud mental han permanecido desatendidas (ONU, 2020). Las deficiencias en los sistemas de salud por baja financiación y escasa orientación a servicios comunitarios son la principal causa de ello (Carpio, 2020). Existen registros que puntualizan la falta de servicios de prevención, sensibilización y atención relacionados con las problemáticas de salud mental en los países de la región (OIM, 2021).

En entrevistas realizadas durante el 2020 y 2021 a personas representantes de instituciones del subsector estatal que trabajan con personas refugiadas y solicitantes de asilo en la Argentina, se relevó que las principales necesidades de las personas solicitantes y refugiadas en el país eran: la situación habitacional/laboral en primer término, y en segundo lugar el aprendizaje del idioma español para aquellas personas que no es su lengua materna. La afirmación de que la pandemia visibilizó la situación de extrema vulneración de derechos de las personas solicitantes de asilo estuvo presente en todos los relatos. Cuando el asilo se realiza a partir de programas que dan asistencia en los distintos aspectos de la integración social (educación, salud, comunitaria, laboral, etc.) la subsistencia se vió asegurada por políticas públicas. Tal es el caso del Corredor Humanitario de San Luis, en el que las situaciones que requirieron atención en salud mental fueron más acotadas. Respecto a las personas que llegan al país por sus propios medios, solicitan asilo y están en situación de vulnerabilidad social; si requirieren atención en salud mental, el acceso a servicios comunitarios resulta dificultoso. La cuestión idiomática y cultural es una barrera de accesibilidad adicional al sistema de salud. En algunos casos se habilitan consultas individuales y se gestiona el acceso a tratamientos psicofarmacológicos. Con anterioridad a la pandemia los organismos internacionales dedicados a la población de refugiados y solicitantes de asilo recomendaban estrategias comunitarias para la prevención de las problemáticas de salud mental, y para su atención en caso de que surjan en los países que dan asilo (ACNUR, 2016; International Medical Corp, 2017; Parlamento Europeo, 2016). A los fines de visualizar en prácticas la perspectiva comunitaria, me referiré al relato de un voluntario del programa Corredor Humanitario que se constituyó en uno de los principales referente de acompañamiento y contención para algunas de las familias sirias en los primeros tiempos en el país. Se trata de un cura que trabajaba para el programa y cuya iglesia se había transformado en un lugar de referencia ante cualquier situación emocional, vincular, o de

otro orden que surgiera en la cotidianidad, pero también en un lugar de encuentro y de compartir con otras personas, reproduciendo de alguna manera el modo de socializar en la cultura de origen que es principalmente desde la actividad religiosa. Con el tiempo las personas fueron generando otros vínculos y redes sociales y se fue amenguando la centralidad de esa referencia en sus vidas cotidianas. Esta práctica fue pensada desde el conocimiento de la cultura siria y constituye un ejemplo de lo que implica alojar comunitariamente el padecimiento.

También surge de las entrevistas realizadas a representantes de organismos públicos, que cuando las personas no cuentan con redes y/o acciones que acompañen su inclusión a la comunidad y presentan problemáticas de salud mental, en ocasiones terminan internadas de manera prolongada en hospitales monovalentes de salud mental (como el Borda y el Moyano en la Capital Federal), en ausencia de otros recursos comunitarios para alojar el padecimiento. Según se releva, estas personas tienen además serias dificultades para externarse, justamente por no contar con medios de subsistencia, ni red social, ni políticas públicas que los/las amparen. Esta situación de extrema vulneración de derechos invita a una necesaria reflexión sobre cuáles deberían ser las características de una estrategia de cuidado de la salud mental.

Conclusiones

El contexto de crisis derivado de la pandemia por COVID- 19 supuso que las situaciones que pueden provocar padecimiento psíquico en las personas hayan aumentado en la población de personas refugiadas y solicitantes de asilo en particular, pero también en la población en general (Feline Freier & Castillo, 2020). No me refero a un aumento de patologías mentales, sino a que se han multiplicado las situaciones de vulneración de derechos. Las condiciones en las que se dan las migraciones forzosas contemporáneamente constituyen determinantes sociales de la salud mental (Quercetti, 2020). En rigor, no existe evidencia clara que demuestre que la prevalencia de trastornos mentales en la población de personas solicitantes de asilo y refugiadas sea mayor que en la de población general (OIM, 2021). Pero sí es evidente que vivencian padecimientos particulares. Las personas que han sufrido algún tipo de persecución o vulneración de derechos y que solicitan asilo o ya han obtenido la condición de refugiado/a, requieren de mayor acompañamiento para cubrir sus necesidades básicas, de alojamiento, de ingresos; y apoyo para el aprendizaje del idioma y para cuidar su bienestar emocional (OIM, 2021). La debilidad de nuestro sistema de salud para dar respuestas desde servicios de base comunitaria, explica en gran medida la situación de desprotección que algunas personas pueden terminar vivenciando (Carpio, 2020). Nuestro país no dispone de una política específica de atención de emergencia destinada a las personas refugiadas o solicitantes de asilo (Observatorio Argentino de las Juventudes, 2020). En efecto las personas migrantes en general, y los solicitantes de asilo en particular, han quedado fuera del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) como

política colectiva de cuidado ante el Aislamiento Social y Preventivo (ASPO) establecido en 2020 por lo menos en los primeros meses de su implementación. Dicho de otra manera, tales políticas que fueron planificadas para población vulnerable, ni siquiera los/las consideraron. En ausencia de la protección del estado, se desarrollaron estrategias comunitarias de ayuda - a menudo entre personas provenientes del mismo país - altamente valiosas - pero insuficiente para dar respuesta a las necesidades.

Desde el punto de vista de las políticas en salud mental, la participación comunitaria y la perspectiva de los/las usuarios/ usuarias que se plantean como pilares fundamentales de las reformas en salud mental son, dentro de los aspectos que caracterizan los servicios comunitarios, los menos desarrollados en nuestro país, y también en la región latinoamericana (Yoma, 2017). Ya en 2017 el Informe del Relator oficial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud mental, mencionaba la necesidad de la participación de todos/as en la adopción de políticas en salud mental y en particular de las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad (ONU, 2017). Se concluye que la inclusión de la perspectiva de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en el diseño de políticas que los asisten, pareciera ser un indispensable aspecto a trabajar para la efectiva garantía de su derecho a los cuidados en salud mental. Sobre todo si consideramos las recomendaciones de organismos internacionales respecto a la necesidad de enfoques interculturales para la garantía de la salud integral (OIM, 2021). El enfoque intercultural es aquel que reconoce la diversidad como un valor, por lo promueve relaciones equitativas y de intercambio con la participación protagónica de los grupos involucrados (OIM, 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agencia de la ONU para los refugiados (2016). Récord de muertes en el mar Mediterráneo. <https://www.eacnur.org/noticias/2016-record-de-muertes-en-el-mar-mediterraneo>
- Agencia de la ONU para los refugiados (2020) Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2019.
- Agencia de la ONU para los refugiados (2021). Datos Básicos. <https://www.acnur.org/datos-basicos.html>
- Almeida-Filho, N.; Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico-Sociales. 75: 5-30
- Anfibia/OIM Argentina (2021). *Crónicas migrantes*. OIM Publicaciones. Buenos Aires. Argentina.
- Avallone, G. y Santamaría, E. (2018). *Abdelmalek Sayad: una lectura crítica. Migraciones, saberes y luchas (sociales y culturales)*. Dado Ediciones.
- Breilh, J. (1994). Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

- Carpio, K. (2020). ¿Por qué hablar de salud mental de migrantes en medio de la pandemia por COVID-19? *Revista de Migraciones Internacionales*. Organización internacional de migraciones, 6, 31-45.
- Cea D'Ancona, MA. (1998). *Metodología Cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación*. Síntesis.
- Comisión Argentina para los Refugiados (2020). Alimentación y acceso a Programas y Seguridad Social: la principal preocupación de la población migrante y refugiada durante el ASPO. https://ov.pemsv28.net/caref/caref_bulk_140/cshtgs_a31695
- Comisión Española de ayuda al Refugiado (2020). Principales países de origen de las personas refugiadas y desplazadas en el extranjero.
- Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE) (2020). Estadísticas 2012-2020. http://www.migraciones.gob.ar/pdf/conare/estadisticas_conare_2020.pdf
- Crenshaw, M. (1985). An Organizational Approach to the Analysis of Political Terrorism. *Orbis*, 29, 465-489.
- Feline Freier, L., Castillo, J.S. (2020). Movilidad y políticas migratorias en América Latina en tiempos de COVID-19. *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020*. 50-65.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. 1ra edición. Paidós.
- García, R. (1989). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires, Argentina
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for quality research*. Aldine Publishing Company.
- Gil Araujo, S. (2010). *Las argucias de la integración. Políticas migratorias, construcción nacional y cuestión social*. IEPALA.
- International Medical Corp (2017). *Mental Health and Psychosocial Support*.
- Laurell, A.C. (1981). La Salud enfermedad como Proceso Social, *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- La Barbera, M.C. (2017). Interseccionalidad= Intersectionality. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, 191-198.
- Ley N° 26165 (2006). Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/12000-0-124999/122609/norma.htm>
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto reglamentario. Decreto 603/2013.
- Mankell, H. (2010). *Tea-Bag*. Tusquets Editores.
- Magliano, M.J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). *Hablemos de cuidados. Nocións básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros*. Jefatura de Gabinete y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación. Documento de Trabajo.
- Observatorio de Jóvenes y Adolescentes (8 de Mayo de 2020). Informe final sobre "La situación de la población migrante extranjera en argentina ante el avance del Coronavirus".

- Organización de las Naciones Unidas (1951). Convención sobre el estatuto de los refugiados. https://eacnur.org/files/convencion_de_ginebra_de_1951_sobre_el_estatuto_de_los_refugiados.pdf
- Organización de Naciones Unidas (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. <http://jyp.megadatesystem.com/IMG/pdf/informe-relator-onu-derecho-salud.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (2020). Policy Brief: COVID-19 and the need of actions in Mental Health. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Organización Internacional de Migraciones (2016). Glosario sobre migración. Derechos internacional sobre Migración N°7. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>
- Organización Internacional de Migraciones (2020). Efectos de la COVID-19 en la población migrante. Principales Sondeo en Argentina. Junio/Julio 2020. Organización Internacional de Migraciones (2021). Manual de Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina. <http://argentina.iom.int/co/manual-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial-para-la-atenci%C3%B3n-de-la-poblaci%C3%B3n-migrante-y-refugiada-en>
- Parlamento Europeo (2016). Resolución 0082/2016 presentada de conformidad con el artículo 136 del Reglamento sobre la salud mental de los solicitantes de asilo.
- Picón, A., Sticco, G., Huerta Morán, A. (2020). Migración y género en argentina en contexto de COVID-19. *Revista de Migraciones Internacionales. Organización internacional de migraciones*, 6, 45-59.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (3ra edición) Newbury Park, Sage Publications.
- Quercetti, F. (2020). Análisis de un dispositivo de cuidado para personas refugiadas en la argentina”. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVII Jornadas de Investigación y XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 25 al 27 de Noviembre de 2020.
- Sayad, A. (2008). “Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración” *Apuntes de investigación del CECYP*, 13, 101-113.
- Sayad, A. (2002). *La doppia assenza. Dalle illosioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milán, Raffaello Cortina Editore.
- Stolkiner, A., Ardila-Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Lerner, H. (comp.) *Los sufrimientos*. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques (211-239). Ed. Psicolibro.
- Stolkiner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Revista soberanía sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>

Yoma, S. (2017). Participación de las personas usuarias en políticas públicas de salud mental: una revisión integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2499-2507.