



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Carreño, Alejandra; Blukacz, Alice; Cabieses, Baltica; Jazanovich, Diego
"Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de
salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile
Salud Colectiva, vol. 16, 2020
Universidad Nacional de Lanús

DOI: 10.18294/sc.2020.3035

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73162897048>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



“Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile

“No one seems ready to hear what I’ve seen:” Mental health care for refugees and asylum seekers in Chile

Alejandra Carreño¹, Alice Blukacz², Baltica Cabieses³, Diego Jazanovich⁴

¹Autora de correspondencia.

Doctora en Antropología.
Investigadora y docente,
Programa de Estudios
Sociales en Salud, Facultad
de Medicina, Clínica
Alemana, Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.



²Magíster en Migración
Internacional y Políticas
Públicas. Investigadora
y docente, Programa
de Estudios Sociales
en Salud, Facultad de
Medicina, Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo,
Santiago, Chile.



³Doctora en Ciencias de la
Salud, epidemiología social.
Profesora titular, directora
del Programa de Estudios
Sociales en Salud, Facultad
de Medicina, Clínica
Alemana, Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.



⁴Cirujano Dentista.
Coordinador de la Oficina
de Educación, Facultad de
Odontología, Universidad
Finis Terrae, Santiago, Chile.



RESUMEN El presente artículo analiza las necesidades de atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo de origen latinoamericano en Chile, por medio de un estudio cualitativo descriptivo, realizado en 2018, desde la voz de las personas solicitantes de refugio y asilo (n=8), profesionales de salud que los atienden (n=4), y miembros de organismos e instituciones dedicados en la temática (n=2). Los hallazgos evidencian que las obligaciones asumidas por Chile, a través de la adhesión a tratados internacionales, no han logrado garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental, entendida como parte del derecho universal de acceso a la salud. En lo particular, el artículo documenta la presencia tanto de barreras de acceso a la salud mental en migrantes solicitantes de refugio y asilo, como de factores de estrés posmigratorios que pueden acentuar el riesgo de estos grupos a sufrir trastornos emotivos. También se reporta la insuficiente instalación de capacidades de atención en los equipos de salud mental para abordar las consecuencias psíquicas de los episodios de violencia y persecución que están a la base de la migración forzada. Finalmente, el artículo discute la necesidad de estrechar la vinculación entre la salud mental –como derecho humano fundamental– y el derecho a la protección internacional.

PALABRAS CLAVES Derechos Humanos; Salud Mental; Derecho a Buscar Asilo; Refugiados; Migración Forzada; Chile.

ABSTRACT This article analyzes the results of a descriptive, qualitative study carried out in 2018 on the mental healthcare needs of Latin American refugees and asylum seekers in Chile, through the perspectives of refugees and asylum applicants (n=8), healthcare professionals responsible for delivery of care (n=4), and members of civil society organisations involved in this area (n=2). Our findings indicate that despite Chile’s commitment to international treaties in this regard, little has been achieved in safeguarding the right to access to mental health care, understood as part of the universal right to health care access. This article documents barriers to mental health care access for migrants applying for asylum and refugee status. Post-migration stress factors may also increase the risk of emotional disorders within this group of people. Mental healthcare providers and teams are often not equipped with the tools to deal with the psychological consequences arising from the situations of violence and persecution associated with forced migration. Our study discusses the need to strengthen the link between mental health care – as a fundamental human right – and the right to international protection.

KEY WORDS Human Rights; Mental Health; Right to seek Asylum; Refugees; Forced Migration; Chile.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, Chile ha alcanzado logros importantes en materia de acceso a la salud para la población migrante. A partir del año 2016 el acceso a salud pública quedó garantizado para todos los migrantes internacionales presentes en el país, por medio del Decreto supremo 67. Desde entonces, múltiples dificultades se han registrado en la implementación de la normativa debido a la falta de información en los servicios de atención primaria sobre los derechos de salud de esta población y sobre sus necesidades específicas^(1,2,3). Por otra parte, poco se sabe aún en nuestro país sobre las condiciones de acceso a la atención de salud de migrantes internacionales solicitantes de asilo y refugio en particular⁽⁴⁾. Si bien se acogen a una legislación que proviene del año 2010, año en que se aprueba la Ley 20430 de protección de refugiados, aún existen pocas investigaciones sobre las condiciones de vida y de salud de estas personas, a pesar de ser una población en crecimiento. De hecho, en Chile, las solicitudes de asilo han aumentado entre 2010 y 2018, alcanzando un máximo de 5.727 solicitudes ese año, seguida por una bajada drástica a 780 solicitudes en 2019, según datos del Departamento de Extranjería y Migración⁽⁵⁾. De las 16.352 solicitudes realizadas entre 2010 y 2019, tan solo 665 fueron reconocidas. Con respecto al país de origen de los solicitantes, el 44,2% era de Colombia, seguido por Cuba (29%) y Venezuela (21,5%).

A esta situación se agrega una ausencia de estudios sobre la condición de la salud mental de migrantes internacionales en Chile⁽⁶⁾, atenuada por algunas intervenciones territoriales específicas de las que emergen datos preocupantes. En un estudio realizado en la comuna de Independencia, un 47,6% de la población migrante entrevistada declaró tener una salud mental mala o regular y un 36,1% de los apoderados de niños o adolescentes migrantes consideran que sus pupilos tienen malestares emocionales significativos, ya sea trastornos mentales comunes, del ánimo o ansiedad^(7,8). Dado este panorama y

considerando la existencia de evidencia de los efectos de la violencia sufrida tanto en los países de origen, durante los procesos de desplazamiento, como en los países de destino, sobre la salud de la población de solicitantes de asilo y refugiados⁽⁹⁾, el presente estudio se propuso explorar las necesidades de atención de salud mental de estos grupos y las principales barreras de acceso que experimentan en la búsqueda de ayuda. El propósito del estudio fue evidenciar los desafíos aún pendientes en torno a la necesidad de implementar servicios de atención de salud mental capaces de abordar los efectos de la violencia y la exposición a episodios traumáticos sobre las migraciones contemporáneas. Los resultados aquí presentados son parte de un estudio mayor titulado "Ser refugiado en Chile: trayectorias institucionales y experiencias de salud de solicitantes de protección internacional de origen latinoamericano", desarrollado durante el año 2018 en Santiago, que indagó en las necesidades de salud y las trayectorias institucionales de esta población.

En este artículo, en primer lugar, se analizan las vinculaciones entre el derecho al refugio y el acceso a la salud mental como derecho humano, así como los antecedentes existentes en materia de salud mental y migración forzada. Luego, se presentan los aspectos éticos y metodológicos del estudio, subrayando su carácter exploratorio, llevado a cabo a través de la aplicación de instrumentos cualitativos de investigación tanto con población refugiada y solicitante de asilo, como con actores institucionales del ámbito de la salud y de la protección internacional presentes en Chile. A continuación, se presentan los principales resultados del estudio y los tópicos de discusión que emergen de él, los que evidencian la existencia de barreras de acceso a la salud mental, la presencia de factores estresores posmigratorios que agudizan la sensación de fragilidad y precariedad de estos grupos, así como la necesidad de realizar intervenciones clínicas adecuadas al trabajo con personas que han vivido experiencias de violencia y persecución. Remover las barreras de atención que aún existen para esta población, facilitar la coordinación entre redes de

atención primaria y salud mental para la atención de la población refugiada y solicitante de asilo, así como capacitar al personal sanitario sobre la especificidad del trabajo con personas que han sido sometidos a migraciones forzadas, son tareas pendientes en el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental como parte del derecho humano a la salud.

SALUD MENTAL COMO DERECHO DE LOS REFUGIADOS Y SOLICITANTES DE ASILO

A nivel internacional, los derechos de los refugiados se rigen por la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y el Protocolo de 1967, ambos ratificados por Chile en 1972⁽¹⁰⁾. La Convención define como refugiado a quien:

...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.⁽¹¹⁾

Asimismo, un solicitante de asilo es una persona que ha pedido protección internacional y cuyo estatus de refugiado todavía no ha sido determinado⁽¹²⁾. En el año 2016, como Estado parte, Chile confirmó su compromiso a aplicar la definición de 1951 sin restricción de tiempo y lugar, y adhirió a la Declaración de Nueva York⁽¹³⁾. Más recientemente, en el 2018 se formuló el Pacto Mundial sobre los Refugiados que establece un marco de respuesta integral y un programa de acción para la aplicación de las normas existentes⁽¹⁴⁾, el cual no fue firmado por Chile.

A nivel teórico, existen tensiones entre los conceptos de “migrante” y “refugiado” en lo que concierne, por ejemplo, a la voluntad de migrar, considerándose a veces a los que eligen voluntariamente irse de su país de origen como migrantes y a los que no, como

refugiados. Sin embargo, no todos aquellos que migran por motivos ajenos a los establecidos por el marco legal internacional del derecho de los refugiados lo hacen de manera voluntaria, buscando una vida mejor al enfrentar adversidades ligadas a catástrofes naturales, hambrunas o pobreza extrema, por ejemplo⁽¹⁵⁾. Sin embargo, desde la perspectiva del derecho internacional, los refugiados se diferencian de otros migrantes en la medida en que se encuentran en una situación en la que se demuestra que carecen de protección por parte de su país de origen⁽¹²⁾.

En lo que concierne a la inclusión del derecho a la salud en las normas que establecen los derechos de los refugiados, la Convención de 1951 establece que se debe garantizar el igual acceso a la asistencia y a los socorros públicos y el igual acceso a los seguros sociales⁽¹⁰⁾, la Declaración de Nueva York reitera el derecho al acceso a la salud, y a nivel regional la Declaración de Cartagena refuerza el compromiso de “fortalecer los programas de protección y asistencia a los refugiados, sobre todo en los aspectos de salud”⁽¹⁶⁾. Asimismo, a nivel nacional, la Ley 20430 indica que los refugiados y sus familias tienen acceso a la salud en igualdad de condiciones que los demás extranjeros⁽¹⁷⁾.

Los principales marcos internacionales que rigen los derechos de los refugiados se deben conceptualizar junto con los tratados de derechos humanos y, en particular, con respecto al tema que nos ocupa, los que definen el derecho a la salud mental. Como es sabido, el derecho a la salud es un derecho humano universal establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966⁽¹⁸⁾, que fue ratificado por Chile en 1972, establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁽¹⁹⁾ sin discriminación alguna. A nivel regional, el Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988, reafirma el derecho a la salud “entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁽²⁰⁾. En fin, en lo que

concierno a la implementación del derecho a la salud tanto física como mental, la Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el derecho a un sistema de protección de la salud, que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Según la Observación, esto implica considerar los siguientes principios interrelacionados: la disponibilidad, accesibilidad física, económica y sin discriminación, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud⁽²¹⁾.

En tal sentido, el derecho a la salud del cual gozan los refugiados y solicitantes de asilo en Chile a través del Decreto 67, incluye el derecho a la salud mental. Tal derecho debería implementarse tomando en cuenta los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Diversos autores⁽²²⁾ ya desde la década de 1980 y a partir del modelo de Penanchansky y Thomas⁽²³⁾ el acceso a la salud se entiende como determinado por: a) la disponibilidad de recursos, personal y tecnologías que respondan a las necesidades de la población; b) la accesibilidad referida a las características geográficas que garantizan la posibilidad física de acceso a la salud; c) la aceptabilidad que considera que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud debieran ser respetuosos de la ética médica y culturalmente pertinentes con las poblaciones que atienden; y por último, d) la calidad, que implica ofrecer establecimientos, bienes y servicios de salud apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Salud mental y refugio

Los estudios sobre población refugiada y solicitante de asilo han aumentado a nivel global, alcanzando acuerdos sobre ciertas dimensiones de la experiencia de la migración forzada. Una de ellas tiene relación con considerar la migración como un determinante social de la salud⁽²⁴⁾, en la medida en que se

puede modificar el estado de salud de la persona migrante durante las diferentes etapas del proceso de migración, influyendo factores como circunstancias y condiciones en las que se emprende el viaje, políticas de acceso a la salud en el país de llegada, condiciones de vida y de trabajo, discriminación, estatus migratorio, entre otros⁽²⁵⁾. Sin embargo, este acuerdo no ha suspendido las divergencias que existen respecto a los modelos conceptuales aplicados para describir, medir e intervenir en la salud mental de las personas con antecedentes de refugio. Uno de los modelos que ha primado en esta conceptualización es el que se ha desarrollado a partir del desarrollo del diagnóstico de síndrome de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés). Este modelo se ha centrado en documentar ampliamente la relación entre exposición a eventos violentos antes o durante la migración y la posibilidad de desarrollar sintomatología psiquiátrica tratable^(26,27,28,29). Si bien la fuerza que ha adquirido el modelo ha permitido documentar la necesidad de desarrollar intervenciones especializadas, promoviendo el desarrollo de centros de salud mental especializados para el tratamiento y rehabilitación de víctimas de tortura, violencia organizada y traumas relacionados con la guerra, sus repercusiones negativas se han hecho sentir en tanto han fortalecido la idea de la población refugiada y solicitante de asilo como naturalmente vulnerable⁽²⁹⁾. Al centrar la salud mental de estos sujetos en la exposición a violencia en el pasado y al combinar esta aproximación con la necesidad de demostrar a nivel jurídico los actos de persecución de los que se huye, el enfoque del trauma ha construido un imaginario de victimización que no reconoce la agencia de los sujetos implicados, ni las trayectorias que viven en los países de llegada. La extensión a nivel planetario del uso de la categoría PTSD para comprender, tratar y significar experiencias de violencia extrema, solo es posible gracias a la acción de lo que Didier Fassin⁽³⁰⁾ llama la patetización del mundo: la imposición del sufrimiento, entendido como una caricaturización de las desigualdades profundas y violentas que caracterizan al mundo

global, como forma de reconocimiento de la condición política del sujeto. En la tesis que Fassin ha desarrollado por varias décadas, la extensión del “imperio del trauma”⁽³¹⁾ solo es posible en la medida en que la gubernamentalidad⁽³²⁾ propia del mundo neoliberal ha trazado un doble movimiento de psicologización y de individualización del sufrimiento, correspondiente a una representación patética de las desigualdades sociales, que permite introducir el pathos (la emoción, el sufrimiento), en lo político, reduciéndolo y sujetándolo al control del Estado.

A partir de estas críticas, instituciones como la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) han adquirido enfoques alternativos que examinan la experiencia de refugio reconociendo no solo los riesgos de sufrir trastornos psíquicos que presentan quienes han sido expuestos a situaciones violentas y de persecución, sino también la fuerza que adquieren factores como las condiciones sociales y materiales de vida que han sido precarizadas, producto del conflicto y/o de la situación que encuentran en los países de llegada^(9,33). Desde esta perspectiva, se evidencia que los factores de riesgo para la salud mental de personas en situación de refugio se encuentran en las distintas etapas del proceso migratorio de los refugiados: la exposición a la guerra o conflictos previos a la migración, experiencias peligrosas en el tránsito y factores estresantes posmigratorios. Igualmente, la introducción de una mirada salutogénica ha permitido identificar recursos de los cuales las personas han tomado fuerza durante las experiencias de migración forzada y asentamiento, aspectos que han tendido a ser ignorados. Hoy en día, la OMS identifica los siguientes factores de riesgo:

- Premigración, en el país de origen: situaciones de guerra, conflicto, persecución y/o adversidad económica.
- En tránsito: riesgos de daño físico, amenaza a la vida y ser víctima de tráfico.
- Al llegar a un país de tránsito o destino: incertidumbre en torno a la permanencia o el retorno y condiciones de vida.
- En el país de destino, en fase posmigratoria o de integración: dificultades de acultu-

ración, dificultades al obtener derechos y definición del estatus de refugiado u obtención de visa de permanencia, aislamiento social y desempleo.

Sin embargo, también se identifican factores protectores, tales como nivel educacional alto, nuevas oportunidades de desarrollo personal, desarrollo de resistencia a factores de estrés y disponibilidad de recursos financieros y materiales⁽³⁴⁾. En vista de estos antecedentes, se reconoce la importancia de indagar en las características específicas que adquieren las necesidades de salud de esta población, de modo de superar el vacío de bibliografía que existe en Chile y generar evidencia para futuras políticas públicas.

METODOLOGÍA

Nuestra investigación se propuso explorar las experiencias y necesidades de salud percibidas por los propios solicitantes de asilo y refugiados de origen latinoamericano que residen en Chile, así como comprender las experiencias de atención y necesidades percibidas por el personal de las instituciones chilenas encargadas.

El estudio se diseñó desde el paradigma de investigación cualitativa⁽³⁵⁾. Dada la ausencia de investigaciones precedentes en el tema en Chile, se diseñó como un estudio descriptivo-exploratorio, con una muestra intencionada y razonada que se dividió en tres subgrupos: a) población de solicitantes de asilo y refugiados (n=8), b) equipos de salud pública con experiencia en atención a esta población (n=4), y c) personal de instituciones encargadas del reconocimiento de protección internacional (n=2) (Tabla 1). Los tres subgrupos se seleccionaron a partir de criterios teóricos y prácticos, que incluyeron participantes cuyos contactos fueron puestos a disposición por la Fundación Apoyo a las Iglesias Cristianas (FASIC), una de las ONG que históricamente ha trabajado en temas de salud mental y derechos humanos. En el segundo y tercer grupo se incluyeron miembros

Tabla 1. Composición de la muestra de participantes del estudio. Santiago, Chile, 2018-2019.

Universo	Muestra			
	n	Condición	Nacionalidad	Género
Refugiados y solicitantes de asilo	1	En proceso de solicitud de asilo	Venezuela	F
	1	En proceso de solicitud de asilo	Venezuela	M
	1	En condición de refugio aceptada	Colombia	F
	1	En condición de refugio aceptada	Venezuela	F
	1	Con experiencia extendida en condición de refugiado/a	Colombia	M
	1	Con experiencia extendida en condición de refugiado/a	Colombia	F
	2	Con experiencia extendida en condición de refugiado/a	Perú	F
Equipo de salud que atienden refugiados y solicitantes de asilo	2	Representantes de atención primaria y salud municipal	Chile	M
	1	Representantes de atención primaria y salud municipal	Chile	F
	1	Representantes de atención primaria y salud municipal	Perú	F
Instituciones encargadas del reconocimiento de protección internacional	1	Representante de la Fundación Ayuda Iglesias Cristianas	Chile	F
	1	Representante de clínicas jurídicas	Chile	F

Fuente: Elaboración propia.

de equipos de salud que atendieran a población de solicitantes de asilo y refugiados e integrantes de instituciones dedicadas a la asesoría y reconocimiento de la condición de refugio.

Se contó con un total de 14 participantes, todos mayores de edad, residentes en la región metropolitana de Santiago. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y finalmente se realizó un análisis temático⁽³⁶⁾ de la información, considerando categorías emergentes de los testimonios. El análisis temático permitió la sistematización de la información a partir de un proceso de codificación basado en categorías y subcategorías coherentes con las hipótesis y preguntas del estudio. Para el análisis del material del estudio mayor se crearon cuatro categorías, una de las cuales fue salud mental (Tabla 2). En ella se identificaron tres subcategorías: a) barreras de acceso, b) experiencias de atención, y c) estrés posmigratorio. Estas subcategorías fueron codificadas y analizadas siguiendo los patrones temáticos de convergencia y divergencia, obteniendo de este modo los resultados aquí expuestos.

El estudio contó con la aprobación del comité de Ética Institucional de la Universidad del Desarrollo y contempló la aplicación

de protocolos de consentimientos informados en los que se comunicó claramente las características del estudio y los límites en el uso de la información de las personas participantes. De común acuerdo con los participantes, las entrevistas se realizaron en las dependencias de la Fundación Apoyo a las Iglesias Cristianas (FASIC). Se contó también

Tabla 2. Categorías y subcategorías del análisis temático estudio "Ser refugiado en Chile". Santiago, Chile, 2018-2019.

Categorías	Subcategorías
Trayectorias institucionales de la solicitud de asilo	Barreras de ingreso/proceso de la solicitud Acción del gobierno y ministerio interior Espera/burocracia Cambio visa/regularización Rechazo/irregularidad
Necesidades sociales y económicas de solicitantes y refugiados	Proceso de asentamiento Necesidades laborales Situación económica Necesidades educativas Necesidades de vivienda
Necesidades y experiencias de atención de salud	Afiliación de salud Experiencias de atención Experiencias de no atención y barreras de acceso Necesidades sanitarias y motivos de consulta
Salud Mental	Barreras de acceso Experiencias de atención Estrés posmigratorio

Fuente: Elaboración propia.

con el apoyo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Se consideró un reembolso equivalente a U\$ 5 dólares para gastos de movilización de los refugiados y solicitantes de asilo. Los miembros de equipos de salud y los funcionarios de las instituciones dedicadas a temas de refugio fueron entrevistados en oficinas de sus dependencias y no recibieron reembolso por traslado. El estudio se desarrolló entre los meses de julio de 2018 (mes de aprobación del protocolo de ética) y abril de 2019.

RESULTADOS

Los principales hallazgos del estudio, en lo que concierne a salud mental, se ordenaron en tres categorías emergentes del análisis temático⁽³⁶⁾:

- a) Barreras de acceso
- b) Experiencias de atención
- c) posmigratorio

Barreras de acceso

Las barreras de acceso a servicios de atención primaria son identificadas tanto por la población usuaria como por los agentes institucionales del ámbito de la salud y de la protección internacional. Al respecto, una profesional de FASIC detalla:

Generalmente la atención de salud es parte de la orientación que se hace [en FASIC] porque [los refugiados] no tienen, por ejemplo, información de la inscripción en los consultorios y eso, entonces cuando yo veo que necesitan una atención más permanente y como más estable en el tiempo, más accesible para ellos, les hago una derivación a los consultorios. [...] Pero no hemos tenido muy buenos resultados, porque les dicen que no se puede, que no valen los documentos que presentan. (Mujer 1)

En la misma línea se reitera la falta de información respecto a los derechos de solicitantes de asilo y refugiados, en particular, en el ámbito sanitario. Una asistente social del ámbito municipal dedicada a la atención de migrantes y refugiados indica:

A veces quedan como ahí medios a la deriva, por lo menos en las atenciones de lo que es salud mental. [...] Hay poca información sobre el tema de refugio [...] la gente como que no, desconoce eso en realidad, y desconoce las leyes, los derechos que puedan tener los solicitantes de refugio o refugiados. (Mujer 2)

Esta falta de información y los obstáculos que se ponen al acceso a atención primaria que en el sistema chileno es el principal medio de acceso a derivaciones de atención de salud mental, implican la necesidad de acudir a otras estrategias que dependen de las voluntades personales y de la movilización de recursos que originalmente no están destinados para este tipo de necesidades.

Hay ocasiones en que uno actúa porque la situación es muy grave, entonces empiezas a llamar a la Municipalidad, a preguntar si alguien conoce a alguien de ese consultorio y luego ahí ya vas tú, a veces personalmente, explicas y finalmente resuelves, pero claro no es algo que podamos hacer para todos, porque el sistema debería funcionar solo y no funciona [...]. Nos ha tocado gestionar un par de casos, muy graves, en que coordinamos con otras fundaciones que se encargan de violencia sexual, para que nos ayuden con la atención de personas descompensadas, para pagar psiquiatras privados, pero claro, no es sostenible en el tiempo. (Mujer 1)

Por último, también entre solicitantes de asilo y refugio existe desconfianza y distancia con los servicios de salud mental, tanto por las barreras que se encuentran en la atención primaria que serían articuladores de la atención secundaria en salud mental como por

la dificultad de identificar las necesidades emotivas como necesidades de salud. Como explica una solicitante de asilo colombiana:

Claro, o sea, yo no voy a perder mi tiempo esperando la hora al psicólogo y además el psicólogo... no sé, pues hay un estigma con la relación a la atención del psicólogo y el psiquiatra y pasa a segundo plano, generalmente pasa a segundo plano, entonces culturalmente no hay una prioridad o una importancia de que mi salud emocional debo de atenderla, voy por otra urgencia, voy porque me duele el estómago, porque tengo alguna bronquitis, alguna afección pulmonar o cualquier otra cosa que sea como más urgente o visible y ya va a ser difícil que me atiendan, que no me pongan problema por el RUT [Rol Único Tributario] o la inscripción en FONASA, entonces si estoy triste o estoy un poco apenado no necesariamente le voy a dar importancia, no voy a ir por eso. (Mujer 7)

Experiencias de atención

Si bien todos los entrevistados solicitantes de asilo o refugiados mencionaron sentir o haber sentido la necesidad de apoyo psicológico o psiquiátrico a lo largo de su experiencia migratoria, solo una de ellos tuvo la oportunidad de ser atendida por un equipo universitario. De esta experiencia se destaca la “buena voluntad” de la intervención, pero se reconoce también la imposibilidad de abordar temas vinculados al refugio, a partir de las técnicas y perspectivas tradicionales del tratamiento psicoterapéutico. La falta de preparación de los equipos puede hacer del sistema de atención de salud parte de una reproducción de un sistema que revictimiza o, peor aún, individualiza la responsabilidad de la violencia que está en la base de la migración forzada.

El único psicólogo al que accedí fue en un centro universitario que pusieron no más a un chamaquito en práctica, que yo

creo que hasta lo traumé. Esto está hasta traumante para ellos, así pollos terminando apenas la carrera, habiendo visto toda la teoría que se ve y le llega alguien y le diga: “Mire, yo estoy en esto porque yo vi como desmembraban a mi primo” —“¿Cómo así?” —“Sí, que lo que pasa que le quitaron los brazos, después de las piernas, esto y lo otro, le cortaron la cabeza”. ¿Cómo se enfrenta a eso?. Nadie está preparado para escuchar lo que yo vi. El solo relató ya te trauma. Así que en eso uno se arregla solo nomás, solo. (Mujer 7)

Las dificultades para enfrentar casos más complejos en los que los efectos de la violencia generan sintomatología psiquiátrica aguda se retratan en el caso que presenta un encargado de salud municipal:

Conocí un caso hace muchos años. El joven ingresó para que el COSAM [centro de salud mental] lo atendiera y había situaciones de repente de delirio de persecución. Decidieron darlo de alta. Entonces, ahí mi intervención, o sea, mi alegato fue considerar que viene de una situación específica y en vez de alejarlo o dejarlo había más bien que mantener la continuidad y tratar un poco de generar adherencia, entender si esa persecución era real, o estaba anclada en sus motivos de refugio. Lamentablemente es difícil revertir estas condiciones y cuando vienen de una experiencia así, son como los rezagos de las organizaciones que han mantenido un vínculo, que se han apoyado entre sí, las que pueden hacer algo, los servicios ahí hacemos poco, los perdemos. (Hombre 2)

Estrés posmigratorio

Por último, se identificó la presencia de cuatro grupos de estresores posmigratorios, o factores de estrés vinculados a su experiencia de asentamiento e integración en Chile, que se añaden a los factores de estrés premigratorios y los estresores posiblemente enfrentados

durante la etapa de tránsito. Cabe señalar que al ser un estudio exploratorio no se evaluaron los estresores premigratorios considerando la imposibilidad de entrar en la complejidad de las representaciones del pasado por parte de los entrevistados y las ambigüedades que se pueden generar especialmente en los testimonios de personas que están en proceso de solicitud de asilo.

Sentimiento de nostalgia y añoranza

El primer estresor identificado fue el sentimiento de nostalgia y añoranza que sufren los entrevistados. Este sentimiento se asocia al hecho de estar fuera de su país y con respecto a la familia que se pudo haber quedado atrás. Asimismo, se mencionan factores que se pueden considerar como propios de la experiencia del refugiado y del solicitante de asilo, como el hecho de no poder regresar a su país o el hecho de que la migración no haya sido una elección voluntaria:

Pero eso a mí me causó una tremenda pena: no voy a volver a poder volver a mi patria, no poder estar con mi familia mis familiares. (Mujer 4)

Entrevistadora: *Pero por eso entiendo también lo que significa estar lejos de la familia y sobre todo cuando...*

Entrevistada: *Cuando es involuntario [...] Es peor. (Mujer 6)*

Desde el punto de vista de los actores institucionales también se reconoce, además de los posibles antecedentes psiquiátricos previos y el abordaje de los efectos de la violencia desde el punto de vista clínico, el desarraigo y las dificultades de adaptación por parte de personas refugiadas y solicitantes de asilo. Como explica una profesional de FASIC:

He estado atendiendo hartas personas que solicitan como por demanda espontánea y muchas personas que desde la sección de migraciones piden una evaluación porque hay dudas como de

antecedentes psiquiátricos, [...] Bueno, y mi trabajo consiste en hacer procesos como de contención, de apoyo en temas, generalmente, de dificultades de adaptación. También muchas personas, bueno, la mayoría, los colombianos, vienen y traen muchos temas de trauma, mucha violencia que han sufrido, entonces ahí hay muchas tensiones por estrés postraumático y situaciones así como de traumas muy fuertes. Y bueno, y otros temas como de adaptación principalmente, como la sensación de desarraigo, ese tipo de cosas. (Mujer 1)

Percepción de discriminación y dificultades de aculturación

El segundo grupo de estresores posmigratorios identificado se relaciona con la percepción de discriminación y las dificultades de aculturación expresadas por los participantes. En primer lugar, algunos participantes describieron experiencias de racismo, por ejemplo, en el caso de una entrevistada que prefirió que su entrevista no fuera grabada, comentó que su empleador decidió cambiarle el nombre, bajo el pretexto de que el suyo era “muy feo y no se entendía”. Asimismo, se relacionó la experiencia de discriminación con aspectos de la salud mental:

En la cual donde a uno le hace empoderarse de lo que es. ¿No?, o sea, recuperar la autoestima. Porque uno llega acá no conoce a nadie, sin familia, la gente te mira mal, porque dice a no este es de otro país, peruano, o sea y discriminación y, si no uno no es rubio, no te aceptan, una cosa es [...] xenofobia, claro no es la mayoría pero hay gente así. Entonces a uno le duele esas cosas y yo andaba muy triste. (Mujer 7)

En segundo lugar, los participantes expresaron dificultades de aculturación, por ejemplo, en el hecho de estar enfrentándose a costumbres y a una idiosincrasia diferentes a las de su país, relacionándolo, por ejemplo, con el trauma de la migración:

Y no, no veo que hagan seguimiento tampoco del aspecto psicológico... Porque migrar es un impacto... como te digo, o sea, es... es tan traumático que... mucho más traumático evidentemente, como cuando te mudas de tu casa a casa de otra persona... con la que no tienes lazos familiares... o... que no es tu entorno. Entonces, eso... eso genera un trauma... Y acá por supuesto se amplifica... [...] Porque estás en otro país, otra idiosincrasia... (Mujer 5)

Además la misma participante explicó que ella misma y su hijo, no sentían en ese momento “pertenecer” a ninguna parte, relacionándolo con sus necesidades de salud mental:

Mhm.... Y ahí hay un tema bien fuerte... que por eso estamos nosotros así... yendo a terapia con [I], entonces eso tampoco nos permite... sentirnos cómodos... O sea, todavía sentimos que no pertenecemos... (Mujer 5)

Desempleo y descalificación profesional

El tercer grupo de estresores tiene que ver con la situación laboral y económica de los participantes. Se identificó entre los entrevistados un sentimiento de falta de realización personal, de rechazo y de desánimo frente a las dificultades para encontrar un trabajo en su área profesional o al nivel de sus calificaciones:

Yo le comentaba a la chica de... de asistencia social, que yo nunca había sido tan rechazada en mi vida... [...] O sea, a mi nunca me costó tanto conseguir trabajo como ahora... (Mujer 5)

Más deprimida yo estaba trabajando en algo que yo no me había preparado yo era médico y que hacía trabajando de auxiliar de técnico, no. Y bueno si bien el sueldo no era tan bajo pero igual no me sentía bien. (Mujer 4)

A diferencia de esta última cita, algunos participantes también evocaron su desencanto frente a su situación económica en Chile, en comparación con la de su país de origen. Una mujer relata la situación de su esposo:

Entrevistada: Luego sí le pasó la cuenta la vida que le tocó vivir acá. Porque de vivir una vida llena de adrenalina entonces esa cuestión y acá una vida relajada, pero sin esperanza de proveer económicamente, porque allá la situación económica de nosotros era muy buena, porque él ganaba muy bien, podía tener muchas cosas.

Entrevistadora: Claro, porque estaba en un puesto de poder de alguna manera.

Entrevistada: y cuando emprendimos, nosotros montamos, nosotros también estábamos bien. Y luego acá ya no había todo eso. Eso sobre todo a él le afectó mucho. (Mujer 7)

Impacto del proceso de solicitud de asilo

Finalmente, el último grupo de estresores identificado se vincula con el mismo proceso de solicitud de asilo, en lo que concierne a la revictimización que puede significar y la incerteza y precariedad que generan los procesos de espera como, por ejemplo:

El proceso fue tremendo, eso era lo más terrible, porque la revictimización de eso es tremendo, porque la primera ocasión como que uno todavía estaba como con el medio del susto y todavía estábamos completando la historia porque había parte de la historia que yo no sabía tampoco. Y ahí contó [mi esposo] y fue como duro. [...] De hecho yo no me despedí de nadie, solo a mi mamá le dije [...], entonces como que uno todavía no asimilaba eso. Pero ya cuando en extranjería nos hicieron como unas tres entrevistas, y siempre había que repetir lo mismo. Entonces, en esas ocasiones, que fue como a los cuatro meses, a los seis meses, ahí sí que era duro. Y nunca, nunca hubo un psicólogo ahí, nunca. (Mujer 7)

Asimismo, se evocan las dificultades administrativas que puede significar solicitar asilo con respecto a la permanencia mientras se espera respuesta por parte de las autoridades:

Eh... donde se estampa que somos solicitantes de refugio [...] Entonces cada ocho meses tenemos que renovar el RUT [Rol Único Tributario]... y el proceso es bien engorroso y cada vez está siendo más... engorroso... (Mujer 5)

DISCUSIÓN

El presente estudio representa un aporte a la escasa bibliografía existente sobre necesidades y atención de salud mental de personas refugiadas y solicitantes de asilo en Chile, las cuales ha sido brevemente abordada desde la perspectiva de los niños, niñas y adolescentes⁽³⁷⁾ y a la bibliografía emergente sobre salud mental de migrantes internacionales en Chile. Asimismo, se aborda esta temática desde la perspectiva de los derechos humanos y en particular el derecho a la salud mental.

Considerando que las normas internacionales a las que se acogen los procesos de refugio incluyen el acceso a salud mental siguiendo criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, se discutirán los resultados en torno a estas dimensiones.

Disponibilidad y acceso: barreras en el acceso a la atención primaria de salud

La atención de salud mental en Chile se ha venido integrando, en las últimas décadas, a la atención primaria de salud⁽³⁸⁾, adoptando un enfoque comunitario que pretende descentralizar y extender su alcance⁽³⁹⁾. Sin embargo, esto significa que las barreras a las cuales se enfrentan las poblaciones migrantes para el acceso a la atención de salud física se reproducen, y posiblemente se exacerban, en la atención de salud mental. Las barreras reportadas para la atención de salud en estudios existentes, indistintamente de si se

trata de salud física o mental, son administrativas – citándose, por ejemplo, la limitada implementación del Decreto Supremo No. 67⁽³⁾– culturales y lingüísticas⁽⁴⁰⁾. Destaca, asimismo, el desconocimiento en torno a las necesidades de salud de las personas migrantes internacionales en Chile. Un reciente estudio llevado a cabo con migrantes, profesionales y autoridades de salud, enfocado en el acceso y uso de servicios de salud mental en Chile desvela barreras tanto sistémicas como individuales, como la falta de disponibilidad de profesionales de salud mental, la falta de conocimiento acerca de las vivencias de los migrantes y la discriminación real y anticipada⁽⁶⁾.

En el caso de las personas refugiadas y solicitantes de asilo, los resultados del presente estudio parecen indicar que las barreras encontradas son similares a las que se identificaron en estudios previos: administrativas, tanto en el acceso a cobertura de salud en el sistema público y el acceso a atención primaria de salud como en la derivación a atención de salud mental y la falta de información sobre las necesidades particulares de salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Por último, los testimonios evidencian un escaso funcionamiento de los sistemas de derivación desde atención primaria a servicios secundarios, que tiene como consecuencia la búsqueda de servicios privados que no se consideran sostenibles en el tiempo.

Aceptabilidad y calidad

Abordaje de la violencia en Chile en salud mental

De la evidencia aquí recabada emerge la inexistencia en Chile de servicios públicos de salud mental preparados para la atención de las necesidades específicas de la población en situación de refugio. Esta constatación contrasta con las recomendaciones emanadas de la OMS, respecto a la necesidad de realizar intervenciones específicas con migrantes y refugiados⁽³⁴⁾, que capaciten también a los operadores psicosociales en el

trabajo clínico con población que ha sido expuesta a persecución y violencia sistemática, que integren a mediadores culturales capaces de acercar los diversos universos de interpretación a los que pueden estar vinculadas experiencias de sufrimiento psíquico. En este sentido, es necesario recordar que Chile, como otros países latinoamericanos, cuentan con una larga experiencia de atención psicológica a víctimas de violaciones a derechos humanos a partir de los regímenes dictatoriales vividos en el continente durante las décadas de 1970 y 1980. En el caso chileno, el trabajo del Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) ha permitido evidenciar los desafíos individuales y colectivos del trabajo con víctimas de violencia política y persecución, así como advertir sobre los riesgos de la transmisión intergeneracional del trauma^(41,42). Ya en el año 1983, los psiquiatras Cienfuegos y Monelli⁽⁴³⁾ destacaban cómo las situaciones de violencia política crean rupturas sistemáticas y extensivas de las relaciones familiares, laborales, amicales, vecinales y de los propios partidos políticos. El efecto devastador que la violencia tiene sobre la percepción del sujeto y sus relaciones de confianza llevó a los psicoterapeutas a buscar desarrollar un tipo de atención específica, en cuanto los tratamientos tradicionales desarrollados hasta la fecha para el abordaje del trauma resultaban a menudo inadecuados para responder a los síntomas emotivos y cognitivos tanto de quienes sufrieron tortura directamente, como de quienes fueron testigos de la desaparición de sus familiares más cercanos^(44,45). Parte importante de esta experiencia puede ser transmitida e integrada en la creación de servicios de salud mental capaces de abordar los efectos que las nuevas formas de violencia global⁽⁴⁶⁾ tienen sobre determinados grupos sociales, como lo es la población refugiada.

Abordaje de los estresores posmigratorios

En fin, los hallazgos aquí expuestos nos permiten sostener que la atención de salud mental de estos grupos debe considerar los factores

estresores de cada etapa del ciclo migratorio. En particular, se evidenciaron los que se manifiestan en la etapa posmigratoria y que están, en parte, producidos por las condiciones con que Chile, tanto a nivel institucional como social, está enfrentando el tema migratorio⁽⁴⁷⁾.

Los estresores presentados en la sección de resultados se relacionan estrechamente con la experiencia de los entrevistados al llegar a Chile y al asentarse en el país. Si bien no se puede establecer una correlación entre las experiencias relatadas y el estado de salud mental de los participantes, estos tienden a asociar sentimientos de añoranza y nostalgia, experiencias de discriminación, rechazo y dificultades para sentirse incluidos, desempleo y descalificación profesional con su estado de salud mental. Del mismo modo, se hace mención al efecto de ambigüedad e incerteza que generan los largos procesos de espera y la desorientación general que se experimenta en el sistema.

Estos resultados se condicen con diversos estudios sobre la salud mental de los refugiados y solicitantes de asilo en diversos países de renta media y alta que muestran el impacto de diversos estresores posmigratorios sobre el estado de salud mental de los refugiados y solicitantes de asilo, que podrían exacerbar la prevalencia de trastornos mentales causados por traumas vividos con anterioridad a la llegada^(48,49). Los principales factores de riesgos en las etapas de llegada y luego de integración, identificados en una reciente revisión bibliográfica, son la incertidumbre, las condiciones materiales, la falta de información, el aislamiento social, el desempleo, la discriminación y victimización, la difícil aculturación y el descenso social⁽⁵⁰⁾. Asimismo, el estatus migratorio tiene un impacto sobre la salud mental de los solicitantes de asilo y los refugiados con respecto a los residentes⁽⁵¹⁾ y la duración del proceso de obtención del estatus de refugiado también tiene un impacto en la salud mental de los solicitantes de asilo y refugiados^(50,52). Los efectos que tiene el abordaje de los estresores posmigratorios sobre la salud mental de esta población han sido constatados por estudios que muestran el impacto que tienen

las medidas institucionales de promoción de la integración social y el reconocimiento de la experiencia traumática en la reducción de diagnósticos de depresión y del trastorno de estrés postraumático⁽⁵³⁾.

El estudio aquí presentado se configura como una de las primeras investigaciones sobre el tema en Chile y plantea algunas pistas importantes a seguir en futuras investigaciones. Si bien es limitado por la pequeña dimensión de la muestra y las constricciones de tiempo y espacio, sus hallazgos permiten reconocer la relevancia del tema y la necesidad de profundizar la vinculación entre el derecho a la protección internacional y el derecho a la salud, incluyendo la salud mental de estos colectivos.

CONCLUSIONES

Desde la óptica de los derechos humanos, los refugiados y solicitantes de asilo, al igual que todos, gozan del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, como se ha demostrado aquí, en el contexto chileno se enfrentan con diversas barreras de acceso, las cuales se inscriben en un contexto de exclusión de las poblaciones migrantes internacionales de los servicios de salud física y mental y de limitada disponibilidad de la atención de salud mental, a pesar del esfuerzo de integración que se ha hecho a nivel de atención primaria de salud⁽⁵⁴⁾. Asimismo, la aceptabilidad y la calidad de la atención de salud mental se ven comprometidas por la falta de adecuación a las necesidades particulares de los refugiados y solicitantes de asilo.

Las recomendaciones que se formulan para abordar las barreras vinculadas con la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud física y mental y promover su acceso y uso por parte de los migrantes internacionales incluyen adoptar el enfoque de

interculturalidad y de derechos humanos, tanto en Chile^(6,55) como en otros países de la región⁽⁵⁶⁾ y en el mundo^(57,58,59). En este ámbito, si bien el enfoque de interculturalidad ha sido promovido a partir de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud de Chile⁽⁶⁰⁾ no se ha traducido en intervenciones específicas en el área de salud mental para personas en situación de refugio. La experiencia académica y clínica que existe en Chile respecto al trabajo con víctimas de violencia y tortura puede ser un punto de partida en el abordaje de las consecuencias de las nuevas formas de violencia global que hoy empujan masivos desplazamientos forzados. Como hemos visto, si bien es necesario incorporar la perspectiva del trauma para visibilizar experiencias provenientes de los contextos de origen que no pueden ser normalizadas ni invisibilizadas, al mismo tiempo, también es necesario evidenciar cómo los diversos estresores posmigratorios a los cuales se enfrentan en el país de llegada, asentamiento e integración pueden implicar revictimización y una incerteza que se perpetúa en el tiempo.

En el contexto chileno, se hace evidente la necesidad de aumentar la información en torno al refugio, a las necesidades de salud mental y a los determinantes sociales de la salud mental de los refugiados y solicitantes de asilo. Por último, este estudio exploratorio ha querido aportar a la generación de evidencia para la creación de recomendaciones de política pública en torno a las necesidades y acceso a la atención de salud mental de una población cada vez más creciente en Chile. Futuras investigaciones podrían orientarse a elaborar muestras numéricamente mayores, que obtengan mayor representatividad regional, así como agregar un enfoque etnográfico que, a partir de observaciones sistemáticas y la construcción de un vínculo de mayor continuidad, permitiría profundizar en los hallazgos aquí presentados.

AGRADECIMIENTOS

El estudio “Ser refugiado en Chile: trayectorias institucionales y experiencias de salud de solicitantes de protección internacional de origen latinoamericano” del que provienen los resultados de este artículo fue posible gracias al financiamiento del Premio Santander El Mercurio 2017 otorgado a Baltica Cabieses y al proyecto FONIS SA19I0066 ANID, Gobierno de Chile. Igualmente agradecemos a todos los miembros de FASIC, ACNUR y de la Municipalidad de Recoleta por el apoyo en su formulación y ejecución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:20-33. doi: 10.11606%2FS1518-8787.2020054001501.
2. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, Delgado I. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017;88(6):707-716.
3. Cabieses B, Chepo M, Obach A, Espinoza M. Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study. *Medical Research Archives*. 2019;7(1):1-20. doi: 10.18103/mra.v7i1.1889.
4. Stefoni C, Stang F. La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *ÍCONOS*. 2017;58:109-129. doi: 10.17141/iconos.58.2017.2477.
5. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Departamento de Extranjería y Migración. Estadísticas Migratorias [Internet]. Santiago: Chile; 2020 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yaydrza9>.
6. Astorga-Pinto SM. Salud mental de migrantes internacionales en América Latina: insuficiencia de fuentes de información poblacional. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*. 2019;3(1). doi: 10.34052/rispch.v3i1.70.
7. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*. 2011;139(10):1298-1304. doi: 10.4067/S0034-98872011001000008.
8. Astorga-Pinto S, Cabieses B, Carreño Calderon A, McIntyre A. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*. 2019;3(1): 21-31. doi: 10.34052/rispch.v3i1.49.
9. Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21(61):297-308. doi: 10.1590/1807-57622016.0929.
10. United Nations High Commissioner for Refugees. States parties to the 1951 convention relating to the status of refugees and the 1967 protocol [Internet]. 2020 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/uhzdxfp>.
11. Naciones Unidas. Convención sobre el estatuto de los refugiados [Internet]. Ginebra: Asamblea General de las Naciones Unidas 1951 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y6wyrdw9>.
12. United Nations High Commissioner for Refugees. Asylum trends 2014. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2015.
13. Nicholson F, Kumin J. A guide to international refugee protection and building state asylum systems. Geneva: Inter-Parliamentary Union and United Nations High Commissioner for Refugees; 2017.
14. United Nations High Commissioner for Refugees. The New York declaration for refugees and migrants answers to frequently asked questions [Internet]. 2019 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8mpxl84>.
15. United Nations High Commissioner for Refugees Representation in Cyprus. Refugee or migrant? Word choice matter [Internet]. 2016 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycztwpx4>.
16. Declaración de Cartagena sobre Refugiados. En: Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios [Internet]. Cartagena: 19 nov 1984 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8q5hzm0>.
17. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría del Interior. Ley 20430: Establece disposiciones sobre protección de refugiados [Internet]. 2010 [citado 21 de julio 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9b4yp33>.
18. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxn9jfbr>.
19. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Cartilla Informativa: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) [Internet]. 2015 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8wsyyf3>.
20. Organización de Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” [Internet]. 17 nov 1988. [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7onu6ff>.
21. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación general No 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) E/C.12/2000/4 [Internet]. 2000 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycfvk4y5>.

22. McLaughlin C, Wyszewianski L. Access to care: remembering old lessons. *Health Services Research*. 2002;37(6):1441-1443. doi: 10.1111/1475-6773.12171.
23. Penchansky R, Thomas, JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-140. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
24. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración como determinante social de la salud. En: Cabieses B, Bernales M, McIntyre A, (eds). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017.
25. International Organization for Migration. Social Determinants of Migrant Health [Internet]. 2017 [citado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8qko7r8>.
26. Schweitzer R, Steel Z. Researching refugees: methodological and ethical considerations. En: Liamputtong P, (ed). *Doing cross-cultural research: ethical and methodological perspectives: social indicators research series*, 34. Netherlands: Springer; 2008. p. 87-101.
27. Miller K, Kulkarni M, Kushner H. Beyond trauma-focused psychiatric epidemiology: bridging research and practice with war-affected populations. *The American Journal of Orthopsychiat*. 2006;76(4):409-422. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.409.
28. Khawaja N, White K, Schweitzer R, Greenslade J. Difficulties and coping strategies of sudanese refugees: a qualitative approach. *transcult psychiatry*. 2008;45(3):489-512. doi: 10.1177/1363461508094678.
29. Young A. *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press; 1997.
30. Fassin D. Santé et immigration: les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis*. 1999; 15(5):69-76. doi: 10.4000/urmis.351.
31. Fassin D, Rechtman R. *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. New Jersey: Princeton University Press; 2009.
32. Foucault M. La gubernamentalità. *Aut Aut*. 1978;(167-168):12-19.
33. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017;26(2):129-138. doi: 10.1017/S2045796016000172.
34. World Health Organization Regional Office for Europe. *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*. Copenhagen: WHO; 2018.
35. Krause Jacob M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. 1995;7:19-39.
36. Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open*. 2019;6(3):733-739. doi: 10.1002/nop2.275.
37. Courtis C. Niños, niñas y adolescentes refugiados/as en Chile: un cuadro de situación. En: *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile Avances y desafíos*. Santiago de Chile: ACNUR, OIM, UNICEF; 2012.
38. Pemjean A. Mental health in primary healthcare in Chile. *Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*. 2010;7(1):7-8. doi: 10.1192/S1749367600000916.
39. Minoletti A. The reform of mental health services in Chile: 1991-2015. *L'information psychiatrique*. 2016;92(9):761-766. doi: 10.1684/ipe.2016.1549.
40. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017;34(2):167-175. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2510.
41. Lira E. Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de Estudios Sociales*. 2010;(36):14-28.
42. Castillo MI, Cordal MD. Clinical practice with cases of extreme traumatization 40 years after the military coup in Chile (1973-1990): the impact on the therapists. *Psychoanalytic Dialogues*. 2014;24(4):444-455. doi: 10.1080/10481885.2014.932214.
43. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1983;53(1):43. doi: 10.1111/j.1939-0025.1983.tb03348.x.
44. Boss P. *La pérdida ambigua: cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Buenos Aires: Gedisa; 2001.
45. Roizblatt A, Biederman N, Brown J. Extreme traumatization in Chile: the experience and treatment of families. *Journal of Family Therapy*. 2014;36(1):24-38. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00555.x.
46. Bustamante-Danilo J, Carreño-Calderón A. Reparación simbólica, trauma y victimización: la respuesta del Estado chileno a las violaciones de derechos humanos (1973-1990). *Íconos*. 2020;67:39-59. doi: 10.17141/iconos.67.2020.4231.
47. Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A. The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(9):82. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0.
48. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2012;53(4):316-332. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x.
49. Djelantik A, de Heus A, Kuiper D, Kleber RJ, Boelen PA, Smid GE. Post-migration stressors and their asso-

ciation with symptom reduction and non-completion during treatment for traumatic grief in refugees. *Front Psychiatry*. 2020;11. doi: 10.3389/fpsy.2020.00407.

50. Giacco D. Identifying the critical time points for mental health of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:E61. doi:10.1017/S204579601900057X.

51. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(4):818-825.

52. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004;192(12):843-851. doi: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15.

53. Kashyap S, Page AC, Joscelyne A. Post-migration treatment targets associated with reductions in depression and PTSD among survivors of torture seeking asylum in the USA. *Psychiatry Research*. 2019;271:565-572. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.047.

54. Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2018;42:e136. doi: 10.26633/RPSP.2018.136.

55. Becerra M, Altimir L. Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias*. 2013;22(35):101-118.

56. Organización Panamericana de la Salud. CD55/11 Salud de los Migrantes [Internet]. 2016 [citado 23 oct 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yd598l7p>

57. World Health Organization Regional Office for Europe. Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020.

58. International Organization for Migration. Mental health, psychosocial response and intercultural communication [Internet]. 2019 [citado 23 oct 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yajukf6k>

59. United Nations High Commissioner for Refugees, Policy Development & Evaluation Service. UNHCR's mental health and psychosocial support for persons of concern. Geneva: UNHCR, Policy Development & Evaluation Service; 2013.

60. Chile, Ministerio de Salud. Política de salud de migrantes internacionales. Santiago: Ministerio de Salud; 2018.

FORMA DE CITAR

Carreño A, Blukacz A, Cabieses B, Jazanovich D. "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*. 2020;16:e3035. doi: 10.18294/sc.2020.3035.

Recibido: 30 jul 2020 | Versión final: 5 nov 2020 | Aprobado: 24 nov 2020 | Publicado en línea: 24 dic 2020



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>