



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Verónica Patricia Lago

veronicalago@hotmail.com

Salud mental y migración: proceso migratorio, apoyo social y estigma en personas migrantes usuarias de un programa de rehabilitación psicosocial en la Ciudad de Buenos Aires

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Salud Mental Comunitaria
Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Mariela Nabergoi

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173994>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Lago, V. (2016). *Salud mental y migración: proceso migratorio, apoyo social y estigma en personas migrantes usuarias de un programa de rehabilitación psicosocial en la Ciudad de Buenos Aires* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaSMC/Lago_V_Salud_2016.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

DEPARTAMENTO SALUD COMUNITARIA

MAESTRÍA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Salud Mental y Migraciones

**Proceso migratorio, apoyo social y estigma en personas
migrantes usuarias de un programa de rehabilitación
psicosocial en la ciudad de Buenos Aires**

Maestranda: Lic. Trabajo Social Verónica Lago

Directora: Dra. Mariela Nabergoi

Septiembre de 2015

RESUMEN

Este trabajo relaciona el tema de la migración y la salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos. Analiza el perfil migratorio de la Argentina y la problemática de las personas afectadas por trastornos mentales severos que conllevan discapacidad. Realiza un análisis de problemáticas comunes a ambos grupos tales como discriminación, estigma, exclusión e importancia del apoyo social, y un recorrido bibliográfico sobre estudios realizados que relacionan trastornos mentales severos y migración. Determinó, sobre la base de los mismos, las variables utilizadas luego en la realización de un estudio exploratorio en un grupo determinado de personas: migrantes usuarios de un programa de rehabilitación psicosocial en la ciudad Buenos Aires en el año 2014. Se realizaron 20 entrevistas y se obtuvieron datos sobre perfil demográfico, apoyo social, características del proceso migratorio atravesado, relación entre el mismo y el inicio de su problemática de salud mental, percepción de situaciones de discriminación ligadas tanto a la salud mental como a las personas migrantes

PALABRAS CLAVE

Salud mental – derechos humanos – migración – discriminación – estigma – trastorno mental severo – rehabilitación psicosocial – apoyo social – proceso migratorio.

ABSTRACT

This work connects from the perspective of human rights, issues of migration and mental health of people. It analyzes the migration profile in Argentina and problems of people affected by severe mental disorders that involve disability. It also includes an analysis of problems common to both groups such as discrimination, stigma, exclusion and importance of social support problems; and a bibliographic review on studies done until today. The work determines on the basis thereof, the variables used to perform an exploratory study in a specific group of people: migrant users of a psychosocial rehabilitation program in the city of Buenos Aires in 2014. Twenty interviews collected data on demographic, social support, features migration process, relationship between it and the beginning of mental health disorders, perception of situations of discrimination related to mental health so as to the migrant condition.

KEY WORDS

Mental health, human rights, migration, discrimination, stigma, severe mental disorders, psychosocial rehabilitation, social support, migration process

ÍNDICE

CAPITULO I – INTRODUCCIÓN

Planteo y conceptualización del problema que origina la investigación	1
Contexto donde se desarrolló la investigación	9
Objetivos de la investigación	12

CAPÍTULO II – MARCO TEORICO

Migración y salud mental	15
Migración y cultura	23
Perfil migratorio de la Argentina	26
Migración, discriminación y estigma	30
Estigma y enfermedad mental	34
Trastornos mentales severos, discapacidad psicosocial y derechos humanos	36
Hospitalización, exclusión social y pobreza	40
Rehabilitación psicosocial – Rehabilitación como ciudadanía.....	44

CAPÍTULO III – METODOLOGÍA..... 49

CAPÍTULO IV – RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 52

CAPITULO V – CONCLUSIONES..... 64

ANEXO..... 71

BIBLIOGRAFÍA..... 83

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA..... 90

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Débora Yanco que acompañó y alentó el inicio de este trabajo de tesis.

A las doctoras Marcela Bottinelli y Mariela Nabergoi, quienes acompañaron y alentaron el desarrollo y finalización de este trabajo.

A mis compañeros y a los usuarios de Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, sin cuya colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

A mi familia, por su apoyo incondicional.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AMBA – Área Metropolitana de Buenos Aires, en el censo 2010, está representada por 24 partidos del Conurbano.

AVAD – Años de vida ajustados por discapacidad.

AVD – Actividades de la vida diaria.

CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CIE 10 – Clasificación internacional enfermedades 10ª revisión (OMS).

CIF – Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud.

DSM-IV – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición (Asociación Americana de Psiquiatría).

DSM-5 – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (Asociación Americana de Psiquiatría).

EEAG – Escala de evaluación de la actividad global.

GCBA – Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

IDES – Instituto de Desarrollo Económico y Social.

INDEC – Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OMS – Organización Mundial de la Salud.

OPS – Organización Panamericana de la Salud.

TMG – Trastorno mental grave.

TMS – Trastorno mental severo.

TPRSM – Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental.

PRÓLOGO

Ser trabajadora social en diferentes ámbitos del área de la salud mental durante 30 años y la búsqueda de alternativas de atención respetuosas de los derechos humanos, me llevaron inexorablemente al camino de la Universidad Nacional de Lanús y su Maestría en Salud Mental Comunitaria, en la hoy certeza que ese camino de aprendizaje constituiría un camino de modificaciones personales, sin vuelta atrás.

Son numerosos los trabajos, varios de ellos aquí citados, que en los últimos tiempos abordan el tema del estigma y la discriminación que afectan a las personas que padecen sufrimiento mental, en tanto se constituyen en barreras sociales invisibles que lesionan su autoestima y obstaculizan su inclusión social, como así también el pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Por otra parte, es difícil ser ajeno al tema de la migración, problemática que en este mundo globalizado y particularmente desde fines del siglo XX, ocupa un lugar prioritario en las agendas políticas, en los medios de comunicación, en los ámbitos académicos y en las organizaciones de ayuda humanitaria. El orden migratorio mundial presenta profundos desequilibrios, dado que grandes contingentes de personas son expulsados de sus países de origen por condiciones de pauperización creciente y, muchas veces, por persecuciones políticas o religiosas. Estos movimientos de personas y familias generan un importante impacto tanto en los países receptores como en los expulsores, y constituyen una profunda preocupación en el campo de los derechos humanos.

Desde el trabajo social, el pensar en los determinantes sociales de la salud mental me llevó en parte a ligar estos dos grandes temas, e iniciar un proceso de investigación bibliográfica sobre migraciones y salud mental, profundizando específicamente en el tema de las problemáticas más graves de la salud mental ligadas a los trastornos mentales severos. Este proceso de conocimiento y profundización documental adquirió un rumbo propio sobre aspectos no planificados en un inicio, fenómeno que me remite al relato de algunos escritores que cuentan cómo los personajes de su novela parecen cobrar vida propia y recorrer un camino inesperado.

Mi primera sorpresa estuvo dada al contemplar la ausencia de investigaciones que ligaran temas de salud mental y migración en nuestro país; sí en cambio aparecen numerosos estudios en países de Europa y América que abordan la relación

entre los trastornos mentales graves y la migración. Este hecho en sí, determina la modalidad exploratoria de este trabajo.

Inicio esta tesis con el análisis de las diferencias culturales como obstáculos en la atención de las personas migrantes, las distintas concepciones de enfermedad según diferentes culturas, la mirada de la psiquiatría tradicional a través del DSM-IV, para luego pensar en la incidencia de los procesos migratorios en la salud mental de las personas y, especialmente, en las personas afectadas por trastornos mentales severos. Una vuelta a mi contexto me lleva al análisis del perfil de la migración en la Argentina y de ahí a pensar en la discriminación, el estigma y la exclusión sólo existe un breve paso.

Mi actividad profesional en Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, en la ciudad de Buenos Aires, me llevó a mirar dentro del campo de la salud mental la específica temática de la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales severos. La pertenencia a esta institución también condicionó y determinó el contexto en el cual llevar a cabo el presente trabajo de investigación.

Este trabajo posee una línea profunda vinculada al tema de los derechos humanos, línea que se recorre más específicamente en el acceso a derechos ligados a la migración, a la salud mental y a la discapacidad.

El proceso de construcción del marco teórico de la investigación y la delimitación del objeto de estudio, conjuntamente con el inicio del trabajo de campo, trajeron como consecuencia un encuentro personalizado con todas las personas migrantes que en ese momento realizaban actividades de rehabilitación en el dispositivo mencionado, pero esta vez desde una mirada diferente. Dentro de la totalidad de usuarios se definió una nueva entidad grupal, cuyos miembros se caracterizaban por haber atravesado un proceso migratorio.

Antes de finalizar esta tesis, comenzó a cumplirse un propósito central de la misma y que refiere al reconocimiento de la problemática de la migración por parte del equipo de salud. Ese reconocimiento contribuyó a generar la implementación de un nuevo modo de intervención en el contexto en que se desarrolló: así se implementaron actividades grupales, algunas articuladas con el Área de Migraciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Hasta el momento de realizar la investigación, en la Institución donde se desarrolló la misma, no se había pensado en el grupo de las personas migrantes como un grupo diferenciado. La construcción de ese grupo les generó entidad y permitió la

visualización de problemáticas comunes entre sus miembros, mostrando la necesidad de un asesoramiento específico en el tema de derechos migratorios.

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN

Planteo y conceptualización del problema que origina la investigación

Salud mental y migración son temas indisolublemente ligadas a los derechos humanos y presentes en la agenda pública de los últimos años en Europa y Latinoamérica. En la Argentina, las sanciones de la Ley de Migraciones N° 25.871 en el año 2004 y la de la más reciente Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en 2010, dieron como resultado un mayor reconocimiento y validación de los derechos, tanto de las personas con padecimiento mental como de las personas extranjeras que habitan el suelo de nuestro país. No obstante pareciera que el avance en la consolidación de estos derechos en nuestros usos y prácticas cotidianas es lento en el ámbito de nuestra comunidad y en el de nuestras instituciones.

Si bien la población migrante sigue siendo una minoría en nuestro país, no podemos desconocer el lugar que ocupa sobre todo en la ciudad de Buenos Aires, de acuerdo a los últimos datos censales (INDEC, 2010) un 4,5% de la población que habita en este país nació en el extranjero y un 3,5% de la totalidad de los habitantes proviene de países limítrofes y del Perú.

En las últimas décadas fue modificándose la distribución de la población extranjera disminuyendo la radicación de migrantes en la zona de frontera y aumentando su concentración en las zonas urbanas, haciendo más visible el fenómeno migratorio.

Los procesos de urbanización e industrialización impulsados a mediados del siglo XX y el estancamiento de las economías regionales, determinaron que los migrantes limítrofes con la excepción de los chilenos se fueran concentrando en porcentajes cada vez más elevados en el AMBA, constituido por la CABA y los partidos del GBA (Castilla y Guerrieri, 2012:22).

En la ciudad de Buenos Aires, sobre un total de 2.776.138 habitantes, el 13,7% nació en el extranjero y el 9.7% proviene de países limítrofes y el Perú. Sólo un 3.9% proviene de otros países del extranjero (INDEC, 2010). Dicho en otros términos, en el año 2010 había en la ciudad de Buenos Aires casi 270.000 personas nacidas en países limítrofes y Perú.

Esta población inmigrante de acuerdo a la Encuesta Anual de Hogares 2012, se caracteriza por tener más bajos niveles de educación, que la población nativa (GCBA. Ministerio de Hacienda. Dirección de Estadística y Censos, 2012).

Estos bajos niveles educativos se relacionan, en parte, con un importante nivel de precariedad en el trabajo y la consecuente falta de cobertura de prestaciones médicas por parte de obras sociales y/o prepagas. Esto hace que los inmigrantes consulten prioritariamente a los efectores públicos de salud, mientras que la población nativa se vuelca prioritariamente hacia sistemas médicos, de seguridad social, prepagos o privados (Cerruti, 2010:27).

A pesar de los vaivenes de la economía argentina, la inmigración laboral proveniente de los países limítrofes ha abastecido, básicamente, una demanda de empleo generada por el sector informal. Los estudios realizados para investigar el papel de los trabajadores limítrofes y sus modalidades de inserción en los mercados de trabajo a partir de los Censos de Población y de la Encuesta Permanente de Hogares, así como de encuestas sectoriales y diversos estudios de caso, muestran la persistencia de patrones de inserción selectiva de los migrantes limítrofes en determinados segmentos del mercado de trabajo, especialmente en la construcción, industria textil, de confección y calzado, el comercio al por menor y el servicio doméstico, la producción hortícola y la fabricación de ladrillos, así como su papel adicional para desempeñar puestos de trabajo no cubiertos por la población nativa a causa de sus bajas remuneraciones y malas condiciones de empleo (Benencia, 2012:46).

En la ciudad de Buenos Aires, donde en los últimos años se ha concentrado el mayor número de personas migrantes, por complejas construcciones históricas y culturales se descalifica a la población mestiza proveniente de países limítrofes, se discrimina al otro, al diferente, al “negro”, al “paraguas” al “bolita”. Se les discrimina también por su pertenecía a una clase social inferior, la que se dedica a los trabajos menos calificados y posee también menores ingresos económicos (Margulis y Urresti, 1999).

La Argentina presenta un sistema de salud heterogéneo y segmentado, las prestaciones médicas se reparten entre el sistema público, las obras sociales y prepagas y la atención privada, generando un contexto de creciente polarización social y diferenciación de clase entre las diferentes modalidades de atención. En el hospital público se concentran, en su mayor parte, las personas que carecen de trabajo o bien sólo pueden acceder a un trabajo sin beneficios sociales.

Posiblemente la presencia de población migrante en el sistema público de salud está sobredimensionada por percepciones subjetivas, en parte porque las características fenotípicas de los migrantes nacionales provenientes del norte del país son similares a bolivianos o peruanos, al igual que los hijos de migrantes ya nacidos y residentes en el país (Jelin y Grimson, 2008).

Estudios realizados por el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) afirman que existe una marcada carencia de estudios sobre los problemas de salud de los migrantes y su acceso a los recursos de salud, estando prácticamente ausentes en referencia a la atención en el área de salud mental. “La problemática de la salud y del acceso y uso de servicios de salud, por parte de los migrantes limítrofes ha estado prácticamente ausente en la agenda de investigación sobre migración internacional en nuestro país. En contraste con los numerosos estudios realizados tanto sobre aspectos demográficos, sociales y culturales” (Jelin y Grimson, 2008:15).

En la Argentina podemos considerar que no existen importantes barreras administrativas a la hora del acceso a la atención en salud de la población migrante, sobre todo en el marco legislativo actual, que no exige la presentación de un DNI argentino para el acceso a prestaciones en efectores de salud; pero sí es posible pensar en la existencia de otro tipo de barreras. Investigaciones realizadas por el IDES en centros asistenciales del área metropolitana de Buenos Aires, en referencia a las condiciones de acceso al sistema público de salud por parte de migrantes de países limítrofes revelan la presencia de prejuicios en el personal de salud (Jelin y Grimson, 2008). A modo de ejemplo, los autores afirman que en encuestas realizadas al equipo de salud respecto de los extranjeros, opinan que las pacientes peruanas son quienes tienen un nivel educativo más alto, y las paraguayas conforman un grupo que se adapta sin grandes problemas a la cultura local y al tipo de medicina que aquí se ofrece; en cambio, las pacientes bolivianas tienen menor nivel educativo y mayores dificultades de comunicación con los profesionales. Los investigadores interpretan estas opiniones como masificantes, desconocedoras de rasgos de subjetividad y generadoras de deshumanización en la relación médico-paciente, en tanto reflejan una concepción unívoca sobre numerosas personas de una misma nacionalidad, desestimando las características personales de cada una de ellas. Los autores también consideran que son indicadores del tipo de vinculación establecido entre migrantes y médicos.

Las investigaciones mencionadas también abordan el tema de la comunicación médico-paciente desde la perspectiva del equipo de salud. Afirman, por ejemplo, que en la atención de personas provenientes de Bolivia se presentan dificultades derivadas tanto del lenguaje como de las expresiones inmutables de sus rostros. Estos obstáculos presentes en el contexto del interrogatorio durante la siempre apurada consulta médica, hacen necesario un esfuerzo extra de parte del

profesional para llegar a un entendimiento, que el equipo profesional experimenta como agotador y frustrante, lo cual además de deshumanizar la atención, muchas veces desencadena procesos de *inferiorización* racista. Según estos autores, posiblemente en otro contexto, donde no estuviese naturalizada la *inferiorización* del diferente, esas frustrantes dificultades habrían dado lugar a la construcción de alternativas de comprensión intercultural, es decir podrían haber sido tomadas sólo como diferencias culturales sin un tinte de descalificación.

El desarrollo de concepciones estereotipadas o de prejuicios, tiene consecuencias en la práctica médica. Desde el punto de vista de los usuarios, la confianza en ocasiones también se encuentra ausente, los migrantes desconfían de un sistema de salud foráneo, autoritario que los rechaza: “(...) la desconfianza hacia los profesionales y el temor a que las reten por no cumplir las indicaciones o por realizar prácticas que no se condicen con el modelo médico hegemónico, hacen que la comunicación verbal en la consulta sea limitada” (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2008:51).

Las dificultades mencionadas en la comunicación con algunas personas provenientes de los países limítrofes, tanto desde el punto de vista de los usuarios como desde el del equipo de salud, lleva a pensar que para las personas migrantes el acceso al sistema de salud implica el traspaso de importantes barreras culturales, muchas veces ligadas al tema de la discriminación.

Al momento de pensar en población migrante y salud, sin duda, la primera preocupación y mirada del común de la gente y de los medios de comunicación se centran en cuánto usan los migrantes los servicios de salud. Otra preocupación que también se evidencia es la referida a la transmisión de enfermedades infecciosas (HIV, cólera, TBC); pocas miradas se dirigen a las necesidades y derechos de este grupo en particular.

Las circunstancias que acompañan un proceso migratorio sin duda resultan generadoras de estrés en las personas que deben atravesar dicha situación, desde el momento de la decisión de dejar un entorno conocido: muchas veces las dificultades económicas les expulsan de su país de origen, deben realizar el duelo por las pérdidas, la adaptación y acomodación a un país extranjero frecuentemente sin tener aseguradas las condiciones de vida. Numerosas teorías aseguran que este proceso puede tener un importante impacto en la salud mental de las personas que atraviesan esa situación.

Algunas investigaciones (Caggiano, 2007; Cerruti, Curtis y Liguori, 2010) se refieren a la atención de personas migrantes, especialmente madres en centros de salud y servicios de obstetricia, y enfermedades transmisibles en talleres clandestinos (Goldberg, 2014). Sin embargo no se han encontrado investigaciones sobre salud mental y población migrante en Argentina; como contrapartida, sí existen numerosas investigaciones en otros países que dan forma a un importante cuerpo teórico y que serán citadas a lo largo de este trabajo.

El relacionar la problemática migratoria con la salud mental se encuentra ligado al pensar la salud mental como un concepto amplio y complejo, de acuerdo a lo establecido por la Ley 26.657: “Se reconoce a la salud mental como 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” (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2010).

No podemos pensar la salud mental sólo en términos de salud-enfermedad, sin pensar en el individuo inserto en un contexto, en un escenario social. “El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo, el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones, que permiten pensar conjuntamente el individuo y la comunidad” (Galende, 1998:31).

Dentro del campo de la salud mental, en los procesos de atención, ocupan un lugar importante los trastornos mentales más graves que conllevan un grado de discapacidad para el individuo y generan un importante impacto emocional y económico en la familia que lo sufre.

La obtención de datos estadísticos sobre la magnitud de la problemática no es un tema simple sobre todo en la Argentina. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han efectuado recopilación de estudios epidemiológicos de salud mental sobre América Latina y el Caribe, con enormes dificultades para agruparlos por las enormes diferencias existentes entre cada uno de ellos. Las cifras no son muy diferentes a las halladas en los países desarrollados. La prevalencia es de un 0,7% para los trastornos afectivos, un 3,7% para la depresión y un 1,4% para el trastorno bipolar sobre la población total (Rodríguez, Kohn y Levhav, 2009). Publicaciones de la OMS afirman una preocupación de primer orden en referencia a los trastornos mentales que conllevan algún tipo de discapacidad. De acuerdo al informe sobre la salud en el mundo de la

OMS del año 2001 (WHO, 2001), los trastornos depresivos unipolares representan la primera causa de años vividos con discapacidad (AVDP), la esquizofrenia es la séptima y los trastornos bipolares ocupan el octavo lugar.

La idea de este trabajo es abordar dentro del campo de la salud mental la problemática de las personas con sufrimientos mentales graves y, dentro de este grupo específico, la problemática de aquellos que han atravesado un proceso migratorio.

En el ámbito de la atención de salud mental es posible asistir a la frecuente configuración de las personas afectadas por una enfermedad mental grave como personas excluidas y ajenas a los intercambios sociales y económicos que se dan en el seno de una comunidad. Esta situación está ligada, en parte, al aún vigente modelo de atención “psiquiátrica-asilar” y también al fenómeno de la estigmatización de las personas afectadas por sufrimientos mentales graves. Estos procesos de exclusión y estigmatización no están determinados por la enfermedad en sí misma sino por el lugar que estas personas ocupan en la sociedad. “La enfermedad en tanto entidad mórbida, sólo juega un papel accesorio (...) una significación estigmatizante que confirma la pérdida de cualquier valor social por parte del individuo” (Basaglia, 1972:139). La exclusión o expulsión por parte de la sociedad de los enfermos mentales está más relacionada con la falta de poder contractual y su condición social y económica que con la enfermedad en sí misma, de acuerdo al mismo autor

Por diferentes circunstancias es posible, en nuestro sistema público de atención en salud mental, observar la locura ligada a la exclusión social, entre otros motivos, por el papel de la locura en esta sociedad, por el debilitamiento de los vínculos socio-familiares y por la falta de oportunidades laborales, sobre todo si consideramos al trabajo en su papel de integrador social. También es posible ligar el tema de la migración de los países limítrofes a la exclusión, en parte también por la dificultad que experimentan los migrantes para el acceso a empleos calificados. Así, pobreza y exclusión social aparecen como temas vinculados profundamente tanto a la migración como a la enfermedad mental.

Por otra parte, discriminación y estigma son temas nodales que es necesario analizar en lo que se refiere tanto a la población migrante como a las personas con sufrimiento mental. En el caso de las personas provenientes de otros países con sufrimientos mentales severos, también es necesario considerar cómo se entrelaza la

discriminación ligada a la enfermedad mental con la frecuente discriminación de la cual son objeto los migrantes de países limítrofes.

Al momento de pensar en la existencia de barreras en el acceso a la salud de las personas migrantes que manifiestan sufrimiento en salud mental, no podemos olvidar el tema de la red familiar y social. Sabemos, especialmente a partir de los movimientos de reforma psiquiátrica iniciados y desarrollados desde la segunda mitad del siglo XX, que la familia ocupa un lugar clave en el sostén y cuidado de las personas afectadas con trastornos mentales severos (TMS) en el seno de la comunidad. Se acepta que las familias de personas con sufrimientos mentales graves requieren un abordaje especial debido a su problemática. Esta problemática, frecuentemente descrita, se encuentra entre otros puntos vinculada a la sobrecarga del cuidador y a la pérdida de vínculos sociales (Rodríguez, 1997).

Asimismo, no es posible desconocer el impacto que tiene la migración, no sólo en el individuo sino también en la dinámica de los grupos familiares implicados.

Las migraciones significan, además, un escenario de crisis para la familia que la vive, ya sea porque el jefe o los jefes de familia parten dejando atrás a sus hijos, ya sea porque el traslado de toda la familia en búsqueda de nuevas perspectivas trae aparejada la instalación en un nuevo medio que muchas veces es desconocido, hostil, que reacciona con diversas formas de resistencia al que llega del extranjero y en el que el migrante no encuentra el mucho o poco capital social que tenía en su país de origen (Petit, 2014:5).

Este proceso impacta especialmente en los miembros más vulnerables del grupo familiar. Así, podemos pensar que a la pérdida de vínculos sociales vinculada con las problemáticas de salud mental, se agrega la nueva pérdida que en ocasiones trae aparejada un proceso migratorio

Muchas veces la migración se origina y desarrolla en un contexto de inestabilidad económica, incertidumbre sobre el futuro, falta de referentes familiares o de barriadas, dificultades escolares generadas por un acceso deficiente a la escolaridad, sobrecarga en alguno de sus miembros con el consiguiente aumento del estrés. Asimismo, las urgencias socio-económicas llevan a la familia migrante a vincularse tempranamente a las primeras formas de sobrevivencia que encuentra en el nuevo medio, aceptando empleos informales, de baja remuneración y hasta inclusive con características de esclavitud.

En referencia a las problemáticas, tanto de las personas migrantes como de las personas afectadas por sufrimientos mentales severos, surgieron algunas preguntas vinculadas a cuestiones básicas, tales como ¿cuál fue su lugar de origen? ¿por qué

decidió abandonarlo? ¿en qué momento de su vida tomó esa decisión? ¿cómo fue esa decisión? ¿desde cuándo vive en Argentina? ¿es posible encontrar relaciones entre su problema de salud mental y ese proceso migratorio?

También en referencia al tema del apoyo social y familiar surgieron interrogantes, tales como ¿cuál es la red familiar que rodea a las personas migrantes? ¿es diferente esa red a las de las personas no migrantes también afectadas por sufrimientos mentales graves? ¿las personas migrantes cuentan con similares formas de apoyo social que la población nativa?

El concepto de estigma generó a su vez otras preguntas: En las personas migrantes con sufrimiento mental ¿se vivencia la problemática del estigma? Si hay una percepción del mismo ¿estaba esa percepción ligada a la enfermedad mental? ¿aparecen también vivencias de discriminación ligadas a la condición de extranjeros?

¿Qué sucede cuando ambos fenómenos confluyen en un mismo individuo? ¿es posible pensar en situaciones de doble estigmatización que profundicen procesos de exclusión?

Al momento de pensar en la inserción laboral de las personas migrantes afectadas por un trastorno mental severo ¿existen, desde el punto de vista de los usuarios, situaciones vinculadas al estigma y a la discriminación que obstaculicen dicha inserción?

Y en referencia al padecimiento ¿cómo piensan su padecimiento las personas migrantes? ¿cómo describen su sufrimiento?

Desde el punto de vista de los derechos de las personas con sufrimiento mental, ¿podemos pensar en igualdad en el acceso a derechos de nativos y migrantes?

La realización de este trabajo de investigación destinado a dar respuesta a esos interrogantes iniciales, apuntó a visibilizar conceptualmente la problemática de la migración en su relación con la salud mental, dado que la conjunción de ambos procesos involucra a una significativa minoría vulnerable no siempre visibilizada.

La inclusión de la temática del fenómeno migratorio entre los determinantes sociales de la salud mental puede ser un importante aporte para la consideración de los diferentes factores que inciden en la salud mental de una comunidad determinada, en este caso la ciudad de Buenos Aires, entendiendo el proceso salud-enfermedad-atención desde el paradigma de la complejidad (Morin, 1986).

Este trabajo es una reflexión y un primer acercamiento a la problemática migratoria y su incidencia en las personas afectadas por sufrimientos mentales severos, intentando mostrar esta problemática, frecuentemente invisibilizada.

Vincular el tema de la salud mental con los procesos migratorios incorporando nuevas variables en el estudio de los fenómenos mencionados, puede incidir en el desarrollo de diferentes formas de atención en salud mental que contemplen en mayor medida las necesidades de toda la población. No es posible desconocer el alto número personas que abandonan tratamientos en los efectores de salud mental del sistema público de salud (Alfonso, 2006). Tampoco es posible desconocer un importante tema de salud pública, especialmente en lo que se refiere a salud mental en América Latina, y que es la amplia diferencia que existe entre la prevalencia real de un trastorno mental y los índices de personas reales en tratamiento en los efectores de salud, llamado brecha de tratamiento (Kohn, 2005; Rodríguez, Kohn y Levhav, 2009). Si pensamos la salud mental desde un enfoque de derechos no podemos obviar un análisis sobre la temática de la discriminación, dado que está estrechamente ligado al principio de igualdad de las personas.

Este trabajo intentó abrir nuevas líneas de investigación en nuestro país y dentro del campo de la salud mental dada la escasez de trabajos científicos que relacionen salud mental y migración. Es también una reflexión y una sistematización sobre el tema del estigma, y cómo afecta a migrantes de países limítrofes y a las personas con sufrimiento mental.

Contexto donde se desarrolló la investigación

La presente investigación fue desarrollada en Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental (TPRSM), institución dependiente de la Dirección de Salud Mental e integrante de la red de efectores de salud mental del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

TPRSM es un dispositivo de atención en salud mental destinado a la rehabilitación psicosocial de personas que padecen trastorno mental severo (TMS). Fue creado hace más de 40 años pero se ha modificado lentamente, conforme fueron cambiando los modelos de atención en salud mental, las políticas públicas y la legislación en salud mental.

Las actividades de rehabilitación que se realizan en la institución, complementan los tratamientos de psicoterapia y/o control psicofarmacológico que las personas que concurren realizan en otros ámbitos ya sean públicos, privados o del sistema de obras sociales y/o prepagas, y que no se realizan en la institución.

El abordaje requiere la asistencia de las personas por 4 ó 5 horas diarias, salvo excepciones particulares; es voluntaria, y para la admisión se requiere una derivación y la aceptación del profesional tratante para formalizar la inclusión en este dispositivo.

La mayor parte de las personas que concurren viven en sus domicilios, si bien algunas se encuentran internadas en clínicas, hospitales, hostales, casas de medio camino u hospitales de noche.

Tomando en cuenta la complejidad del abordaje terapéutico en salud mental, éste se realiza de manera interdisciplinaria y está a cargo de un equipo conformado por médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros y operadores de rehabilitación.

En la concurrencia diaria se integran y complementan las prestaciones asistenciales del equipo profesional con las prestaciones de entrenamiento en tareas de oficios y ofimática a cargo operadores de rehabilitación.

El programa de actividades de los usuarios, incluye:

- Actividades grupales para usuarios.
- Talleres de Educación para la Salud (educación sexual y odontología).
- Programa Calidad de Vida (pautas de vida saludable, calidad en alimentación y motivación para la actividad física).
- Taller Literario.
- Psicoeducación para usuarios.
- Taller de Actividades de la Vida Diaria.
- Reuniones Multifamiliares.
- Taller de Actividades Físicas en la Comunidad.
- Talleres de Entrenamiento en Uso de Derechos (derechos en salud mental, en leyes discapacidad, en elección de autoridades políticas, etcétera).
- Taller de Técnicas de Reducción de Estrés.

Se realizan además intervenciones en el área socio-familiar y otras actividades de articulación intersectorial y trabajo en red que apuntan a la defensa de

los derechos de los usuarios, a la educación en otros ámbitos, y a su inclusión en otros ámbitos de la comunidad.

El modelo toma la salud mental en un sentido amplio que no sólo contempla la ausencia de síntomas sino también la plena integración social de las personas en el ejercicio de los derechos de ciudadanía. La institución enuncia como objetivos lograr que las personas:

- Adquieran y/o recuperen hábitos sociales, destrezas, habilidades y competencias necesarias para una adecuada integración social.
- Encuentren un ámbito que propicie el encuentro y la vinculación con otras personas, logrando incrementar su red social.
- Incrementen su autonomía, conjuntamente con su participación en el medio social.
- Puedan prevenir cuadros de descompensación psíquica evitando internaciones.
- Se comprometan y mantengan el tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico.
- Puedan potenciar su autonomía para mejorar situaciones de sobrecarga familiar.
- Recuperen y/o refuercen su red familiar (lograr la inclusión de la familia como aliada en el proceso de rehabilitación, propiciando una circulación de roles que disminuya la sobrecarga familiar en alguno de sus miembros).
- Conozcan y utilicen adecuadamente los recursos comunitarios.
- Logren incluirse en actividades culturales, de capacitación en oficios, laborales, deportivas y de tiempo libre en el ámbito de su comunidad.
- Adquieran conocimientos básicos de actividades de oficio de su elección.
- Puedan conocer y hacer efectivos sus derechos ciudadanos.
- Logren interrumpir el proceso de exclusión, que muchas veces se genera a partir de la conjunción de la enfermedad mental y la pobreza.
- Incorporen, pautas de vida saludable, educación para el cuidado de la salud y derechos ligados a su vida sexual a partir de su inclusión en los programas de la institución.

- Puedan incluirse en la comunidad; para ello se acompañan, propician y sostienen procesos de externación.

La Institución produce diferentes bienes tales como muebles de computación, escritorios, camas, cerramientos de aluminio, guardapolvos, barbijos, ropa de cirugía, etcétera, destinados a equipar a establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud del GCBA. La producción está a cargo de operadores de rehabilitación, los usuarios se integran a las tareas en carácter de entrenamiento.

De acuerdo a los datos estadísticos de la Institución concurrieron a realizar tratamiento a la institución 255 personas, con un promedio mensual habitualmente cercano a los 160, el porcentaje de extranjeros en el mismo año alcanzó un 11% (Ramella 2015). En referencia a la edad de las mismas se encontraba entre 18 y 65 años. Un 81% pertenecía al sexo masculino. Un 63% de las personas se domiciliaba en el AMBA, mientras que un 37% provenía de la CABA. La mayoría de las personas 71% provenía de sus domicilios, el 29% restante de personas se encontraba institucionalizado, ya sea en hospitales, clínicas, hogares, hospitales de noche, residencias o casas de medio camino). Un 58% accedió a estudios secundarios, un 25% sólo accedió a estudios primarios y un 16% a educación universitaria o terciaria, el restante 1% sólo accedió a educación especial (Ramella, 2013).

TPRSM es un dispositivo inicialmente pensado como un taller protegido terapéutico, en la actualidad, en cambio, se piensa como un dispositivo de rehabilitación psicosocial que actúa como importante soporte en la desinstitucionalización de numerosos pacientes hospitalarios.

Objetivos de la investigación

En primer lugar esta investigación apuntó a identificar dentro de los usuarios de TPRSM a aquellas personas que habían atravesado un proceso migratorio y a conocer ciertos datos básicos que permitieran delinear su perfil socio-demográfico y el tipo de apoyo social con el que contaban luego de la migración, entendiendo la importancia fundamental que ese apoyo tiene para la adecuada evolución de las personas con TMS y también para las personas migrantes en tanto que funciona como un importante amortiguador del estrés provocado por el proceso migratorio.

En segundo lugar, se dirigió a conocer algunas características de los procesos migratorios atravesados por los usuarios intentando encontrar alguna relación entre los mismos y el inicio de los problemas de salud mental de dichas personas.

Asimismo se intentó identificar la presencia de sentimientos de discriminación y/o estigmatización vinculados tanto al padecimiento mental como a la situación de migrante.

El objetivo general de la investigación fue caracterizar las situaciones subjetivas y los escenarios en que se desarrollaron los procesos migratorios de las personas entrevistadas en la búsqueda de características comunes en los procesos individuales de personas migrantes usuarias de TPRSM.

Los objetivos específicos apuntaron a un conocimiento más profundo de los usuarios migrantes intentando responder algunas preguntas, tales como ¿cuántos son? ¿qué porcentaje del total de los usuarios representaban en el momento de realizar la investigación? ¿cuáles fueron los padecimientos mentales más frecuentes de las personas migrantes insertas en el contexto en que se realiza la investigación? Estos objetivos fueron:

- Describir las características socio-demográficas básicas referidas a edad, sexo, lugar de origen, grado de urbanización del lugar de origen, tiempo de residencia en el país de las personas migrantes usuarias de TPRSM.
- Caracterizar el proceso migratorio atravesado respecto del motivo de la migración, la edad del usuario en ese momento, los sentimientos que recuerda haber experimentado y las características de la decisión e incidencia del grupo familiar en dicha decisión.
- Identificar características comunes en procesos migratorios según país de origen, como así también los motivos de permanencia en este país.
- Conocer la fecha aproximada de la primera consulta psiquiátrica y/o psicoterapéutica o bien del inicio de sintomatología vinculada al TMS y compararla con la edad en que se atravesó el proceso migratorio.
- Conocer si se produjeron modificaciones significativas en la calidad de vida de las personas entrevistadas luego de su llegada al país.

- Conocer cómo definían las personas migrantes su problema de salud mental, si es que consideraban que el mismo existía.
- Conocer los diagnósticos formulados por los equipos tratantes y establecer comparaciones con los conceptos expresados por las personas entrevistadas en referencia a su padecimiento.
- Conocer si los entrevistados, desde su punto de vista, consideraban la existencia de procesos estigmatización o discriminación hacia las personas extranjeras o bien con padecimientos mentales y, de ser así, si los habían padecido.
- Conocer si los usuarios intentaron acceder a una actividad laboral y de ser así, si se presentaron obstáculos vinculados a los mencionados procesos de estigmatización.
- Conocer con qué tipo de apoyo social/familiar contaban las personas entrevistadas.
- Identificar aspectos comunes y diferenciales vinculados a la red familiar de las personas migrantes o no migrantes que concurrían a realizar tratamiento de rehabilitación psicosocial.

Migración y salud mental

Si pensamos en acciones de salud mental en la comunidad debemos necesariamente pensar en el estudio de la estructura y características demográficas de esa comunidad, el origen de la población es sin duda una de sus características principales. “El efecto posible de la migración en la salud mental ha sido demostrado; de ahí la importancia de conocer la existencia de grupos inmigrantes en la comunidad particularmente si constituyen grupos marginales” (Gofin y Levay, 2009:58). Los estudios de investigación realizados en la Argentina que apuntan a la salud de la población migrante son limitados y en esto coinciden algunos autores:

Es importante (...) el déficit que existe en la producción académica de nuestro país sobre la temática de migraciones y salud. Las referencias encontradas provienen de documentos internos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los cuales se centran prioritariamente en el eje salud y derechos humanos (Goldberg, 2008:2).

Los trabajos de investigación sobre población migrante encontrados han sido realizados sobre migrantes de Bolivia, con respecto a la procreación (Cerruti, 2010; Jelin y Grimson, 2008) y también a la prevalencia de TBC en esa población empleada en talleres clandestinos (Goldberg, 2008). Este último autor también destacó “la recopilación realizada por Jelin (2007) que aborda la discriminación y la comunicación intercultural entre usuarios originarios de países limítrofes y representantes del sistema sanitario de nuestro país” (Goldberg, 2008:2).

Cerruti, quien ha realizado varios trabajos sobre salud en población migrante, también señaló la carencia de estudios, tanto en los aspectos epidemiológicos relacionados con los movimientos migratorios (en contraste con estudios demográficos, sociales y culturales) como sobre los problemas de salud y el acceso a esos recursos de los migrantes, y atribuye esta falencia a la falta de fuentes de información apropiadas para su estudio (Cerruti, 2010).

Tanto Goldberg como Cerruti, en sus trabajos de investigación sobre migrantes de países limítrofes, apuntan a temas de salud en general y no profundizan en temas de salud mental. Cerruti, con datos derivados de información estadística, afirma que nativos y migrantes consultan en forma similar por problemas de salud (malestar, enfermedad, accidente). En la ciudad de Buenos Aires, los migrantes

recientes tienen menor posibilidad de haber consultado a un médico en el último año y sugiere que los migrantes gozan de un estado de salud similar o mejor que el de los nativos. En cuanto a padecer enfermedades crónicas: “los migrantes recientes tienen una probabilidad inferior que los migrantes más antiguos y que los nativos de sufrir este tipo de enfermedades, denotando claramente un proceso de selectividad migratoria o dicho de otro modo los migrantes que se incorporan a la sociedad argentina gozan de buena salud” (Cerruti, 2010:31).

En referencia a la temática de la salud mental, se han encontrado varios trabajos que vinculan salud mental y cultura (Idoyaga Molina y Korman, 2003) así como también analizan el peso de la cultura al momento de formalizar diagnósticos según DSMIV (Idoyaga Molina y Korman, 2002). Estos estudios no se relacionan especialmente con población migrante sino que apuntan a las diferencias interculturales especialmente en el NOA, y hacen referencia a las dificultades y obstáculos que pueden surgir en la atención de la salud mental, especialmente al momento de realizar diagnósticos. Algunos trabajos fueron dirigidos especialmente a la temática de la depresión (Korman e Idoyaga Molina, 2010).

Fue posible acceder a numerosos trabajos realizados en el extranjero que abordan el tema de la salud mental de los migrantes en otros países, los primeros datan de 1930. Los primeros estudios europeos muestran una mayor prevalencia de enfermedades como esquizofrenia en poblaciones migrantes.

Odegaards (1932), a partir de investigaciones sobre población de origen noruego que migra a los Estados Unidos, afirmó que la migración representa un factor de riesgo para la salud mental.

Hutchinson, en Gran Bretaña, investigó a personas provenientes del Caribe y de otros países del Commonwealth y demostró que la población migrante negra tenía una tasa desde 5 hasta 12 veces mayor de esquizofrenia que la población nativa británica (citado por Rodríguez, Kohn y Levav, 2009). Otros estudios, también realizados en el Reino Unido, mostraron índices más altos de esquizofrenia entre las personas inmigrantes con respecto a las tasas propias del país de origen, y esto se intentó explicar diciendo que las personas inestables, con deterioro en las relaciones personales y en fases iniciales de esquizofrenia tendían a migrar con mayor frecuencia (Eagles, 1991).

En el Reino Unido, especialmente a partir años cincuenta, la relación entre salud mental y migración fue ampliamente investigada, seguramente como

consecuencia del intenso flujo migratorio proveniente de sus colonias del Caribe y otros países del Commonwealth. Alvarado realizó un análisis de los trabajos realizados, analizó la consistencia de los mismos y refirió especialmente (Alvarado, 2008, pág. 37) a Hutchisson y Haasen (2004, citado por Alvarado, 2008:37) quienes afirmaron que la población migrante presentaba tasas hasta 14 veces mayor de esquizofrenia que la población nativa, inclusive en la segunda generación.

Es posible también hacer referencia a las investigaciones realizadas por Mortensen en Dinamarca, quien realizó un estudio sobre una población total de 32.600.000 personas, a partir de los datos médicos estadísticos volcados por la seguridad social. Las 2.140.000 personas inmigrantes nacidas en el extranjero fueron seguidas entre los años 1970 y 1998, hasta ser diagnosticadas con esquizofrenia o hasta su muerte. El análisis de la investigación mostró que 10.344 personas (2,06%), desarrollaron esquizofrenia en un porcentaje superior al de la población nativa, no pudiéndose individualizar su grupo étnico (Mortensen, 1997). Otras investigaciones del mismo autor, realizadas sobre inmigrantes de primera y segunda generación residentes en Dinamarca, revelaron que los mismos presentaban un mayor riesgo de contraer esquizofrenia, y que este hecho no está relacionado con el hecho de viajar en un estadio inicial de la enfermedad ni refiere específicamente al proceso migratorio. Algunas líneas de investigación analizan la posible relación del aumento de la prevalencia de esquizofrenia en las segundas generaciones de emigrantes con factores biológicos.

Varios autores han realizado análisis bibliográficos sobre los trabajos de investigación desarrollados principalmente en el siglo XX, entre ellos Bhugra y Jones (2001) hacen referencia a numerosas investigaciones llevadas a cabo particularmente entre los años 1980 y 1990 sobre población migrante en el Reino Unido. Esos estudios muestran tasas más altas de enfermedad mental en población migrante comparándola con población nativa. García-Campayo y Sanz Carrillo, investigadores españoles de la Universidad de Zaragoza, también analizaron los estudios hechos en Gran Bretaña, aportando por revisión bibliográfica datos similares (García-Campayo, 2002).

Analizar exhaustivamente cada uno de los trabajos, así como el contexto sociopolítico en que se dieron a luz y la posible presencia de alguna intencionalidad en ellos, excede los límites de este trabajo pero sí resulta importante conocerlos, ya que posibilita la observación de las variables utilizadas en las investigaciones.

Los estudios sobre la población caribeña, fueron de a poco moviendo el eje de las investigaciones, desde pensar que las diferencias entre migrantes y nativos en términos de salud mental podrían estar dadas sólo por factores genéticos, hacía pensar en la importancia de la inclusión de variables sociales en los estudios, por su posible incidencia en los resultados finales (Rodríguez, Kohn y Levav, 2009). Estudios realizados en México también notan una mayor incidencia de esquizofrenia en los inmigrantes de segunda generación sin antecedentes psiquiátricos comparados con los nativos sin antecedentes. En este caso consideran que no existen diferencias sólo dadas por el lugar de nacimiento, sino que esas diferencias pueden estar dadas por el hecho de tener un *background* diferente; o dicho en otros términos, ser criado en el ámbito de una familia y una subcultura mexicana podría generar diferencias profundas con los niños criados por una familia nativa de los Estados Unidos (Vega, Kolody, Aguilar Gaxiola, Alderete, Catalano y Caraveo, 1998).

Fueron realizados numerosos estudios con resultados similares respecto a la mayor prevalencia de enfermedad mental en población migrante, pero no todos ellos explicaban las diferencias del mismo modo. Las primeras líneas de investigación apuntaron a cuestiones individuales y genéticas, posteriormente se comenzaron a incluir factores sociales. Así, algunas teorías apuntan a que el proceso migratorio en sí genera situaciones de estrés que pueden desencadenar cuadros de esquizofrenia en personas vulnerables.

A través de las investigaciones sobre migración y salud mental se fueron delineando dos grandes líneas investigativas (Flórez Fernández, 2000), una llamada la teoría de la selección social (Odegaard, 1945) que hacía hincapié en cuestiones referidas a la propia individualidad de los sujetos migrantes, más allá de toda circunstancia social. Otra alternativa a esa modalidad de abordaje fue la "teoría de causa social" (Eitinger, 1959), igualmente limitada y que atribuía la pobre salud mental del emigrante sólo al estrés producido en el proceso migratorio. En esta línea de estudio se considera que el incremento de susceptibilidad de esquizofrenia puede explicarse en términos psicosociales; así se ha relacionado la selectiva migración del paciente pre esquizofrénico con el efecto que el estrés de la migración le pudo haber provocado. Otra variable también considerada fue la posibilidad de un mal diagnóstico, ya que los psiquiatras podrían erróneamente diagnosticar más esquizofrenia en pacientes de diferentes culturas de origen; o también por procesos ligados a la discriminación racial.

García-Campayo (2002) también cita trabajos realizados en los Estados Unidos sobre sujetos de razas asiática y negra, cuyos resultados indican que estas personas son diagnosticadas en temas de salud mental con mayor frecuencia que los blancos, refiere también a estudios británicos que coinciden: los emigrantes jamaíquinos son diagnosticados doce veces más que los británicos nativos y son ingresados en instituciones psiquiátricas o judiciales con mayor frecuencia, evolucionan peor y reciben dosis más elevadas de neurolépticos (Jarvis, 1998). García-Campayo continúa citando otros estudios –en Holanda (Selten, 1997) y en Dinamarca (Mortensen, 1997)– que concluyen mostrando un incremento de la psicosis en población inmigrantes. García-Campayo no considera que la respuesta se encuentre en una razón biológica, apunta en cambio a una perspectiva cultural y a tres tipos de razones, tales como:

a) La mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales puede relacionarse con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en la población no blanca. Cita para ello un estudio publicado en *American Journal of Psychiatry* (Adebimpe, 1981)

b) La exposición continua a la discriminación y el racismo, que puede incrementar los “valores normales de paranoia” en individuos sanos (Martincano Gomes y García-Campayo, 2004).

c) Errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a culturas extrañas, de forma que se tiende a etiquetar como psicóticos síntomas no habituales en la cultura occidental.

Bhugra, quien realizó un meta análisis de los trabajos efectuados en las últimas décadas en Europa, Estados Unidos y Australia, y también sus propias investigaciones afirmó que el mayor riesgo de padecer esquizofrenia aparecía sólo en algunos grupos de migrantes y sólo en algunos países específicos. Ese riesgo mayor se mantenía en la segunda generación y era mayor cuando la migración se producía en circunstancias de guerra o persecución. A diferencia de estudios anteriores, marca las circunstancias en que se produjo el proceso migratorio, y las condiciones socioeconómicas en que se realizó el mismo (Bhugra, 2004).

Sin embargo, no siempre apareció el fenómeno migratorio como un factor perjudicial, así, el estudio de Vega, Kolody, Aguilar Gaxiola y Caraveo que evaluó 3012 adultos de origen mexicano residentes en los Estados Unidos, concluyó que los emigrantes mexicanos gozaban de una mejor salud mental que los nacidos en los

Estados Unidos. A partir de su estudio afirmó que el lugar de nacimiento, era un elemento de análisis de mayor importancia que la edad, el sexo o el estado socioeconómico. Cuestionó el principio de daño psicológico producto de la migración y afirmó el efecto positivo de la “aculturación” o “americanización” (Vega, Kolody, Aguilar Gaxiola y Caraveo, 1998). Otras teorías remiten a cierto “darwinismo social” en referencia a la “mejor” salud de los migrantes sobre el promedio de salud de la población autóctona. En consecuencia se plantea que quienes migran son aquellos que tendrían mayor aptitud y salud para afrontar esta situación (García-Campayo, 2002:187).

En Chile se han realizado numerosos trabajos de investigación que relacionan migración y salud mental, allí además existen programas que trabajan especialmente en el estudio de la salud mental de los migrantes en el ámbito del Programa Prisma del Ministerio de Salud. Algunos investigadores chilenos analizaron las consultas de salud mental realizadas por nativos y migrantes. Rojas, Castro, Guajardo y Torres (2011), por ejemplo, realizaron el seguimiento de 1000 consultantes a centros de atención primaria entre agosto 2008 y marzo 2009 en la comuna Independencia de la ciudad de Santiago y concluyeron que es menor la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población migrante respecto a la población nativa, si bien esta cifra se equipara a partir de un mayor tiempo de residencia. Estos autores atribuyeron esa diferencia a algún problema de acceso al sistema de salud por parte de la población inmigrante, si bien consideran también que dichos resultados también podrían atribuirse a una cierta “selectividad migratoria”.

En ese país,

Existen estudios que demuestran una adecuada salud física de las personas migrantes al momento de su llegada al país de acogida. Sin embargo, al entrar en juego variables socioeconómicas y estructurales que puedan empobrecer la situación de vida y producir un deterioro de las condiciones de salud, disminuye el bienestar psicosocial del que gozaban en su país de origen (Becerra y Altimir, 2013).

Otra línea de investigación en el tema de migración y salud mental, responde al modelo multivariado enunciado por Goldlust y Richmond (1974) y luego reformulado por Pinillos (2010) y Martincano Gomes y García-Campayo (2004). Son García-Campayo (2002) y Bhugra (2004) quienes realizaron una síntesis de los caminos anteriores e incluyeron nuevas variables en el estudio de la salud mental de personas migrantes, en tanto que afirmaron que en la aparición de alteraciones en la salud psíquica, vinculadas al proceso migratorio, influyen variables que engloban características de la pre inmigración, tales como problemas familiares, razones para

migrar, edad y factores propios de la nueva sociedad, como discriminación o desempleo; y es considerando la interacción de todos estos factores que podrían o no producirse riesgos para la salud mental.

García-Campayo y Sanz Carrillo (citado en García-Campayo, 2002) sintetizaron los elementos de análisis que consideraron más importantes:

- a) El proceso de adaptación al país anfitrión y el proceso de aculturación.
- b) La afección psiquiátrica específica de los inmigrantes.
- c) La relación médico-paciente en los inmigrantes.
- d) Las creencias sobre la enfermedad y el papel de la religión.

En la revisión bibliográfica que realizan estos autores, citan varios trabajos a partir de los cuáles se concluye que la vulnerabilidad hacia el padecimiento de graves enfermedades mentales estaría dada por las situaciones traumáticas atravesadas durante el proceso migratorio; por ello los refugiados presentan mayores dificultades que las personas que realizan un proceso migratorio de características menos traumáticas (Bhugra, 2004). Y también se prueba que las dificultades aparecen en menor grado cuando existe un mayor grupo étnico en la vecindad por el soporte que este grupo puede brindar, tanto que si éste es pequeño, es mayor la posibilidad de sufrir aislamiento y discriminación. Considera asimismo que, en general, las habilidades que trae el migrante no son adecuadamente recibidas en el país de acogida y esto lleva a un marcado descenso en su estatus social (García-Campayo, 2002).

Con referencia a la relación médico-paciente surgen como elementos interesantes la falta de oferta de estudios o tratamientos novedosos por temor al abandono y se refiere a estudios realizados en los Estados Unidos, donde el abandono de los tratamientos psicoterapéuticos no estaría determinado por la nacionalidad sino por el nivel educativo; si bien en ocasiones el menor nivel educativo se encuentra asociado con situaciones de migración no es adecuado homogeneizar términos tales como bajo nivel educativo y situación de migración (Sánchez, 1992).

Alvarado (2008) en su análisis considera que para entender la relación que existe entre el proceso de migración y el desarrollo de un problema en la salud mental, es necesario tener presente una diversidad de dimensiones, que incluyen características de la persona, condiciones previas a la migración, características

propias del proceso de migración y condiciones en la nueva sociedad donde se llega a residir.

Este autor cita a Goldlust y Richmond (1974), quienes desarrollaron el modelo “multivarial” para analizar el proceso migratorio que contemplaba los aspectos mencionados. Concluyó que no es posible generar un único modelo explicativo para los problemas de salud mental presentes en las personas migrantes, sino que deben plantearse todos los diferentes mecanismos de producción de cada uno de esos problemas y, dependiendo de la forma en que dichos mecanismos se conjugan e interactúan, pueden o no verse dificultades.

Bhugra (2004), conjuntamente con otros investigadores realizó varios estudios sobre salud mental y procesos migratorios, y también un importante análisis y síntesis sobre los diferentes aspectos estudiados por los investigadores al momento de analizar la prevalencia de enfermedad mental en migrantes (Bhugra y Jones, 2001) y afirmó que los aspectos más estudiados y que han demostrado una asociación entre la salud mental y la migración son, de acuerdo al momento del proceso de migración, los siguientes:

a - Factores que están presente en la etapa pre-migración

- Características de personalidad.
- Habilidades para enfrentar problemas y situaciones de estrés.
- Condición forzada de migración.
- Inicio de la migración bajo condiciones de persecución.

b - Factores del proceso de migración

- Intensidad de los sentimientos de pérdida y de culpa.
- Apoyo social durante el proceso.
- Presencia de estrés post-traumático.

c - Factores que están presente en la etapa post-migración

- Características del shock cultural.
- Conflicto cultural.
- Dificultades de lenguaje.
- Discrepancia entre las expectativas y lo que se esperaba.
- Apoyo social.
- Condiciones socioeconómicas.
- Discriminación por parte de los miembros de la nueva sociedad (Bhugra, 2004, citado por Alvarado, 2008:39).

En el mismo trabajo Alvarado concluye que no es la presencia de estas variables sino la forma de conjugación de las mismas la que aportará al resultado final. La presente tesis intentó sintetizar esas variables adaptándolas al contexto donde fue realizada la investigación y a las características básicas conocidas de la población migrante analizada.

Migración y cultura

Otro análisis posible sobre el tema de la migración parte del punto de vista de la cultura. Algunos autores clasifican el proceso migratorio en referencia a las posibilidades del migrante de adaptarse a la cultura mayoritaria del país receptor. Martincano Gomes y García-Campayo (2004) aplican el cuadro siguiente tomado del modelo teórico de aculturación (Dasen, Berry y Sartorius, 1998) como forma de análisis.

Alternativas de adaptación del migrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión

Interculturalidad: la minoría mantiene parte de su estructura y costumbres, pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona.

Multiculturalidad: con el concepto a priori de respeto e igualdad de ambas culturas.

Integración. El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas, dependiendo de las personas con las que interacciona, es más frecuente en edades medias. Es la adaptación más adecuada y que menos se asocia a trastornos psiquiátricos.

Asimilación. Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona, es más frecuente en jóvenes y tiende a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de “estar incompleto”. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor, es por definición autodestructiva, particularmente en la esfera psicológica.

Separación. Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen, pero para ello necesita aislarse en guetos con escasa interacción con la cultura anfitriona.

Marginación. Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginados. Los trastornos psiquiátricos son máximos. Tal vez “las maras” sean un ejemplo de este fenómeno, en tanto se originaron en los Estados Unidos a partir de bandas de migrantes latinoamericanos que luego, deportados a sus países de origen, generaron la proliferación de grupos violentos y delincuenciales en América Latina.

La forma de integrarse o relacionarse con la nueva cultura marcará el grado de vulnerabilidad social y psíquica de las personas, elemento fundamental al momento de analizar las problemáticas individuales.

Relacionar el tema de la salud mental con la cultura obviamente no es algo nuevo. Sin intentar ir demasiado lejos, desde el tradicional *Manual DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1995) y también el *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), también se entiende la importancia de la incidencia del tema de la migración en la correcta formulación de un diagnóstico. Así en su parte final, la última edición del *DSM-IV*, incluye la “Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura”. Este apéndice se divide en dos partes:

- a. La primera sección proporciona una guía que marca qué elementos del medio cultural considerar a la hora de formular un diagnóstico (tales como idioma, identidad cultural, apoyo social, dificultades de expresión).
- b. La segunda es un glosario de los síndromes “dependientes de la cultura”.

Sin embargo, pensando en estas cuestiones, no pueden pasarse por alto las dudas que genera pensar en la realización de evaluaciones psiquiátricas en personas, con instrumentos generados en otra cultura totalmente diferente.

Cuando el glosario considera síntomas dependientes de la cultura, refiere a afecciones específicas, con una localización geográfica determinada y que pueden estar relacionadas o no con una categoría diagnóstica del *DSM-IV*. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como “enfermedades” o, por lo menos, como causa de sufrimiento, y a la mayoría se las conoce por nombres locales. Aunque los cuadros clínicos que conforman las principales categorías del *DSM-IV* pueden encontrarse en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso y las repuestas sociales, están frecuentemente influidos por factores culturales locales. En cambio los síndromes dependientes de la cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o áreas culturales y son categorías diagnósticas populares, localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones. El mismo manual también define la presencia de algunas entidades diagnósticas, como la anorexia nerviosa, que sólo está presente en las sociedades y/o culturas industrializadas. Del mismo modo valida que las grandes y complejas

sociedades urbanas presentan un gran número de subculturas, como grupos inmigrantes, que pueden presentar síndromes ligados a la cultura.

Entre los ejemplos más relevantes de estos síndromes, puede citarse el “agotamiento cerebral”, término usado inicialmente en el O. de África, para referirse a un estado experimentado por los estudiantes en respuesta a los desafíos planteados por la escuela o la universidad. El “susto”, el “mal de ojo” o “el ataque de nervios”, son de los más comunes en Sudamérica (American Psychiatric Association, 1995).

Pensar en el encuentro entre dos culturas no es un tema sencillo, se ha creado el concepto de interculturalidad para entender los intercambios funcionales que se establecen entre seres humanos y grupos con identidades y usos culturales diferentes, en un espacio multicultural común o dicho en otros términos, es la posibilidad de convivencia de dos grupos culturales sin que se establezca una relación jerarquizada entre los mismos. Si se piensa el tema de la migración en el contexto histórico y social americano, no pueden perderse de vista los procesos de inclusión subordinada de una cultura dentro de otra y el reconocimiento distorsionado de las culturas, como parte de una metodología “*etnofágica*” que apunta a la consolidación de un sistema capitalista globalizado (Viaña, 2009). ¿Cómo sostienen, en este marco globalizado, las personas migrantes sus propios rasgos de identidad cultural y constitutivos sin consecuencias que dañen su salud mental?

Sin embargo no es sólo el impacto del cambio cultural lo que está en juego en un proceso migratorio, los migrantes no son un grupo homogéneo, por el contrario es posible analizarlos de acuerdo a numerosos factores: el país de origen, las razones por las que migraron, las condiciones de acogida del país anfitrión y, además, por su propio perfil psicológico. En otras palabras, pensando en la incidencia del proceso migratorio en la salud mental de las personas, no es necesario pensar únicamente en la pérdida de valores afectivos y otros ligados a una identidad cultural, sino también en las condiciones materiales en que se da cada proceso migratorio.

“Las revisiones recientes de la bibliografía llegan a la conclusión de que la emigración per se no produciría un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio” (García-Campayo, 2002:188).

Desde la perspectiva de la salud mental, los procesos migratorios complejizan la vinculación entre los usuarios y el sistema de salud, así como la atención, inclusive al momento de formular diagnósticos. En la medida que según el *DSM-IV* (American

Psychiatric Association, 1995) el síntoma es definido como “la manifestación subjetiva de un estado patológico”. En salud mental, los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador. Esto implica un importante componente subjetivo a diferencia de un signo, tal como la fiebre, que es una manifestación de carácter objetivo que puede ser observada y medida por un clínico (Korman e Idoyaga Molina, 2010:34). El síntoma es verbalizado por el doliente de acuerdo a su propia percepción del mundo: “me duele el alma”, “me hicieron un daño”, “tuve un susto”. Desde el punto de vista del usuario, la presencia de un síntoma no necesariamente configura la presencia de una enfermedad, se configura como enfermedad aquello que no está previsto en la cultura. Desde el punto de vista de los campesinos de Salta, nadie que haya visto el diablo, o una persona transformada en lobizón, será considerado enfermo, ni alguien que vea al muerto en un duelo, será considerado un psicótico (Korman e Idoyaga, 2020). El fenómeno relativo al alto número de deserciones en tratamientos de salud mental es usualmente explicado por las características del sufrimiento mental (Muñoz Marrón, 2004). Sin embargo es posible pensar también que, en algunas oportunidades, las diferencias en las concepciones tanto sobre la salud y la enfermedad como sobre la atención y el tratamiento, como así también la falta de representaciones compartidas entre profesional y usuario, tengan una importante incidencia en el rechazo de la oferta psicoterapéutica por parte de los miembros de otras sociedades.

Perfil migratorio de la Argentina

Si se realiza un análisis de los balances migratorios de la Argentina, desde el último cuarto del siglo XX, se puede observar que

(...) el país fue asumiendo un doble papel respecto del fenómeno, convirtiéndose a la vez en un país de recepción y de expulsión de población, si bien en se aprecia que nuevamente la Argentina aparece claramente como un país de recepción (saldo migratorio claramente positivo), con alguna tendencia, aunque moderada, a la emigración de algunos grupos sociales. El rol de país receptor de población sigue distinguiendo a la Argentina de los restantes países de la región, en función de la capacidad que tiene para atraer poblaciones, reflejada en el stock de extranjeros que registra en su territorio, y lo posiciona en un lugar destacable en este aspecto, manteniéndose como punto de referencia de la zona sur (Benencia, 2012:20).

Argentina cuenta con un importante número de extranjeros en su territorio (más de 1.800.000 personas), si bien este número parece poco gravitante en el total

de la población del país. De acuerdo al censo del año 2010, un 4,5% de la población argentina nació en el extranjero, un 3.49% nació en países limítrofes y Perú.

Cuadro 1. Argentina – Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento

Lugar de Nacimiento	Población nacida en el extranjero	Porcentual de población extranjera /total AMBA
América	1.471.399	3.66 %
Países limítrofes	1.245.054	3.10 %
Paraguay	550.713	1.37 %
Bolivia	345.272	0.86 %
Chile	191.147	0.47%
Brasil	41.330	0.001%
Uruguay	116.592	0.29%
Países no limítrofes	226.345	0.56%
Perú	157.514	0.39%
Resto de América	68.831	0.17%
Europa	299.394	0.74%
Asia	31.001	0.07%
África	2.738	0.006%
Oceanía	1.425	0.003%
Población total nacida en extranjero/s.total	1.805.957	4.5 %
Población total del Argentina	40.117.096	100%

Origen: INDEC - Censo 2010.

La migración hacia Argentina es casi exclusivamente laboral, las personas viajan desde sus países en busca de trabajo, mejores oportunidades o ascenso social. “En general, la inserción laboral de los migrantes es complementaria y adicional a la de los nativos, incorporándose a espacios del mundo del trabajo abandonados por la población nacional a causa de los bajos salarios o del tipo de empleo y de las condiciones de trabajo asociadas a éste” (Benencia, 2012:6). Esta búsqueda de mejores oportunidades laborales hace que la población migrante tienda a concentrarse en zonas urbanas en forma creciente. El porcentaje de personas nacidas en el extranjero, sobre el total jurisdiccional, se eleva a un 7,49% en el AMBA (Área Metropolitana, correspondiente a 24 partidos del Conurbano).

Cuadro 2. AMBA – Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento

Lugar de Nacimiento	Población nacida en el extranjero	Porcentaje de población extranjera /total AMBA
América	600.611	6.05 %
Países limítrofes	535.160	5.57 %
Paraguay	334.866	3.37 %
Bolivia	114.146	1.15 %
Chile	23.667	0.23%
Brasil	6.779	0.06%
Uruguay	55.702	0.56%
Países no limítrofes	65.451	0.66%
Perú	52.806	0.53%
Resto de América	12.645	0.12%
Europa	135.831	1.36%
Asia	5602	0.05%
África	561	0.005%
Oceanía	254	0.12%
Población total nacida en extranjero/s.total	742.859	7.49%
Población total del AMBA	9.916.715	100%

Origen: INDEC - Censo 2010.

En la ciudad de Buenos Aires, el número porcentual de personas nacidas en el extranjero, se eleva hasta el 13,7%, confirmando la tendencia de la misma a concentrarse en áreas urbanas.

Cuadro 3. CABA – Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento

Lugar de Nacimiento	Población nacida en el extranjero	Porcentaje de población extranjera s/total CABA
América	297.325	10.7 %
Países limítrofes	207.889	7.48%
Paraguay	80.325	2.89%
Bolivia	76.609	2.75%
Uruguay	30.741	1.10%
Chile	9.857	0.35%
Brasil	10.325	0.37%
Países no limítrofes	89.436	3.22%
Perú	60.478	2.17%
Resto de América	28.958	10.43%
Europa	66.083	2.38%
Asia	16.670	0.60%
África	1.176	0.04%
Oceanía	524	0.01%
Población total nacida en extranjero	381.778	13.75%
Población total de la CABA	2.776.138	100%

Origen: INDEC- Censo 2010.

También la distribución en referencia al país de origen presenta variaciones entre el total de la Argentina, el AMBA y la CABA (ver cuadros 4, 5 y 6)

Cuadro 4. Argentina – Migrantes de países limítrofes y Perú por país / total de migrantes en %

País	Población migrante
Paraguay	30.4%
Bolivia	19.1%
Chile	10.5%
Perú	8.7%
Uruguay	6.4%
Brasil	2.2%

Origen: INDEC- Censo 2010.

Cuadro 5. AMBA – Migrantes de países limítrofes y Perú por país/sobre total de migrantes en %

País	Población migrante
Paraguay	45.07
Bolivia	15.3
Uruguay	7.49
Perú	7.1
Chile	3.18
Brasil	0.9

Origen: INDEC - Censo 2010.

Cuadro 6. CABA – Migrantes de países limítrofes y Perú por país/sobre total de migrantes en %

País	% población migrante
Paraguay	21
Bolivia	20.6
Perú	15.8
Uruguay	8.05
Chile	2.58
Brasil	2.7

Origen: INDEC- Censo 2010.

En todos los casos, el mayor porcentual de migrantes corresponde a la población nacida en Paraguay, seguida en segundo lugar por la nacida en Bolivia, si bien en la ciudad de Buenos Aires el número de migrantes de Bolivia y Paraguay, resulta prácticamente equivalente.

En la ciudad de Buenos Aires, como ya se dijera, un 13,2% de la población que allí reside nació en el extranjero (INDEC, 2010). Casi 270.000 personas (un 9,65%) de la población de la ciudad, nació en países limítrofes y Perú. En este último punto es importante considerar que si bien Perú no es un país limítrofe, dentro del imaginario de inmigrantes limítrofes, contamos a la población originaria del Perú no incluida en todos los datos porcentuales.

Migración, discriminación y estigma

La discriminación es la acción de seleccionar excluyendo; de dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etcétera (Real Academia Española, 2012).

La ley 23.592 del año 1998, define la discriminación como todo impedimento o restricción en el uso de los derechos de las personas, por ello establece sanción:

(...) a quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional. A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 1988). Desde una perspectiva antropológica, la discriminación, es un ejercicio cognitivo y social que se centra en una demarcación muy fuerte entre grupos, la cual se carga de juicios de valor que conducen a posicionamientos jerarquizados y de desigualdad entre grupos (Mouratian, 2013:13).

Es posible también pensar en la discriminación como un proceso social construido históricamente en una sociedad determinada, que forma parte de la cultura e implica además una relación entre personas basada en categorizaciones que remiten a una “cosificación” del otro.

Margulis (1997) señala que en la Argentina, migración y discriminación son temas relacionados dado que por complejas construcciones históricas y culturales, se descalifica a las personas mestizas, a las provenientes de países limítrofes, nombrándolas como bolitas, cabecitas, paraguas; muchos provincianos se asocian por semejanzas en el aspecto físico a las categorías que encabezan al estigma. Afirma que existe un aspecto poco destacado de la discriminación basado en el color de piel mestizo, y es que la discriminación está ligada a procesos de desigualdad económica y social, lo cual tiende a ser encubierto y poco reconocido.

Margulis, describe un fenómeno que caracteriza a nuestra cultura y que define como la *racialización* de las relaciones de clase, es decir la discriminación se atribuye al color pero en realidad esconde situaciones de clase, en tanto refiere a personas con menores posibilidades económicas y de educación. Este fenómeno, conjuntamente con los discursos que la legitiman, acompaña la estructuración del espacio social y además se constituye en una matriz de producción de subjetividad.

La discriminación no se centra sólo en grupos con una clara identidad étnica (bolivianos, migrantes del interior y otros que permiten ser adjudicatarios del mote “cabecita negra”). La discriminación pareciera dirigirse a algo más complejo, como los elementos de orden socio-cultural que vinculan estos grupos con la pobreza y la marginalidad. “Se trata de discriminación no reconocida, vergonzante; ser prejuicioso o racista supone una calificación que nadie admite fácilmente y que hoy no es socialmente valorada” (Margulis y Urresti, 1999:13).

Esta discriminación se caracteriza por la débil identidad social de los grupos discriminados. El estereotipo discriminatorio se apoya en diferencias manifestadas en el cuerpo, en la condición económica y en la cultura, se trata de xenofobia, racismo y discriminación social a un mismo tiempo. Los imaginarios que construye afectan a una gama amplia de personas agrupadas por una dinámica sociocultural que ha configurado históricamente la no inocente coincidencia en el plano del espacio urbano de pobreza estructural, rasgos mestizos, y exclusión social y económica.

El significante actual de la discriminación: “bolita” (boliviano) o “paragua” (paraguayo) se presenta oportunísimamente para sumar a la discriminación ya existente el rasgo xenofóbico del intruso extranjero, que viene a irrumpir en nuestra tierra para armar villas miseria, adueñarse del empleo escaso o para robar, estafar o traficar droga; pero este rasgo de *extranjeridad* no reduce los estereotipos racistas y clasistas que caracterizaban al mote discriminatorio que antecedió al actual: el “cabecita”, el mestizo del interior que se pone en evidencia en términos corporales y culturales en la ciudad europea y blanca.

El “bolita” actual incluye al “cabecita”; el término que hoy designa despectivamente al extranjero indeseado incluye metonímicamente al santiagueño o al tucumano, hay una elasticidad del significante que no se detiene en fronteras físicas ni conceptuales (Margulis y Urresti, 1999). ¿Será posible pensar qué rasgos de lo que conocemos como “la locura” pueden incluirse en este “imaginario cultural” ligado a la pobreza y la falta de acceso a la educación?

¿Cómo no ligar la exclusión social a la *extranjeridad*? ¿Cómo no ligar la pobreza a la exclusión social? ¿Cómo no ligar la exclusión social a la locura? Y ¿cómo no ligar la discriminación a todos estos términos?

Sin embargo, de acuerdo al sociólogo Margulis, la discriminación es un fenómeno que en la Argentina aparece negado en varias instancias (Margulis y Urresti, 1999).

Por una parte aparece el orgullo de la Buenos Aires europea, blanca y de población homogénea; la población mestiza es disimulada, relegada en las villas, “invisible” fuera de los lugares turísticos. Si en cambio se acepta la existencia del otro, se lo niega como semejante, como perteneciente a la misma especie, a la comunidad de derechos, se lo relega a condiciones de inferioridad partir de adjetivos estigmatizantes derivados de nuestra herencia cultural, racial o de clase. Siempre aparece en el cuerpo, en la ropa, en el habla, algún signo del “estigma”. La

discriminación es negada en el discurso, si bien aparecen episodios aislados en los medios de comunicación que no llegan a constituirse en un texto organizado. De acuerdo con el mismo autor, no existe un reconocimiento sociológico del hecho, no llega a reconocerse como un rasgo cultural y constitutivo productor de subjetividad.

Otro elemento, que también señala Margulis (1997), se refiere a que la persona discriminada es, a su vez, un discriminador, ambos términos no funcionan en forma diferenciada. Los sectores menos favorecidos adoptan el discurso y los valores de la cultura dominante, en referencia a un otro siempre disminuido y carenciado en un espectro de fragmentación de clases sociales. De tal manera no es extraño escuchar a personas pertenecientes a una clase social de escasos recursos, dirigirse en forma despectiva de los “villeros” o de los “piqueteros”.

Discriminación y estigma son temas estrechamente vinculados. El sociólogo Goffman (1993) analiza profundamente el tema y propone que las sociedades establecen diferentes categorías y tipologías entre las personas. Las personas portan sobre sí mismas un conjunto de signos que dan cuenta de su lugar en la sociedad: el color de su piel, sus cabellos, sus rasgos, las características de su atuendo, nos dan cuenta de su “identidad social”; esto nos permite inferir en forma rápida, y no siempre consciente, datos sobre la clase social, la situación económica y su lugar dentro de la sociedad. Los atributos que muestran las personas nos permiten anticipar y facilitar el contacto social, en la medida que las personas que se nos acercan forman parte de lo “esperable” en nuestros contactos sociales.

En ocasiones algunas personas muestran atributos que resultan diferentes a lo esperable en la sociedad; esos atributos hacen a esa persona desde menos agradable hasta malvada o débil (Goffman, 1998). A partir de allí ya no la vemos como una persona total sino como alguien menospreciado. Ese atributo que provoca descrédito y desvaloración se llama *estigma*.

Goffman (1998:14), señala tres tipos de estigma:

a - las abominaciones del cuerpo, referidas a distintas deformidades físicas,

Aprendió la lengua de los vencedores y en ella habló y escribió. Nunca escribió sobre los vencidos, sino desde ellos. Supo decirlos; pero su hazaña fue su maldición. Sentía que todo lo suyo era traición o fracaso, desgarramiento inútil. No podía ser indio, no quería ser blanco, no soportaba ser a la vez el desprecio y el despreciado. Caminó el solitario caminante al borde de ese abismo, entre los dos mundos enemigos que le dividían el alma. Muchas avalanchas de angustia le cayeron encima, peores que cualquier alud de lodo y piedra....

Eduardo Galeano

b - los defectos del carácter; comprenden la falta de voluntad, las pasiones tiránicas, las creencias rígidas y falsas, la deshonestidad; todas ellas ligadas a los enfermos mentales, los adictos, los presos,

c - los estigmas tribales, relacionados con la raza, la nación y la religión son susceptibles de ser transmitidos por herencia y pueden contaminar por igual a todos los miembros de una familia.

Estigma y enfermedad mental

El término estigma, está ligado al tema de los estereotipos en cuanto a aquello que se considera una identidad social esperable en una sociedad y en un momento dado. Las personas estigmatizadas sostienen las mismas creencias que las no estigmatizadas en referencia a cuál debe ser la identidad social esperable. Tal vez sea sobre este fenómeno que se asiente el proceso de autoestigmatización. Las personas portadoras de un estigma se sienten notoriamente inseguras en sus vínculos con los demás, ya que no saben en qué lugar serán categorizadas. Se generan asimismo conductas de *evitación* y *distancia* social, tanto hacia las personas que ya han sido fehacientemente descalificadas, como hacia aquellas que a través de un vínculo más cercano se les puede ubicar dentro del grupo desacreditado. “En general la tendencia del estigma a difundirse hacia sus relaciones más cercanas, explica por qué dichas relaciones tienden a evitarse, o en caso de existir, a no perdurar” (Goffman, 1998:44).

Uno de los subtipos más asociados a los trastornos de salud mental son las “manchas del carácter”, por ejemplo: “la persona que sufre el trastorno es usualmente culpada de no poseer suficiente control de sus voliciones” (Hinshaw, 2007:31).

Estos atributos descalificantes traen varias consecuencias en el caso de las personas que padecen problemas mentales, una de ellas está especialmente ligada a la poca adherencia a tratamientos que produce consecuencias negativas tanto para el paciente como para su familia, los profesionales de la salud mental y la sociedad en general (Babic, 2010).

El estigma impacta a las personas afectadas por TMS, en la falta de oportunidades de empleo, las limitaciones en la búsqueda de una vivienda adecuada y barreras en la obtención de servicios de tratamiento. Estas son algunas de las

posibles consecuencias del estigma relacionado al trastorno mental documentadas en la literatura (Brown, 2008).

La estigmatización de los problemas de salud mental afecta a las personas de varias maneras. El estigma puede convertirse en una barrera para la búsqueda de tratamiento y para la adherencia al mismo (Bambauer y Prigerson, 2006).

Asimismo, el estigma provoca que la gente no acepte sus problemas de salud mental y, menos aun, que se los comunique a otras personas (Scheffer, 2003); también hace que las personas sientan vergüenza por tomar medicación psiquiátrica¹.

De acuerdo a un estudio realizado en México, sobre una población de 100 personas afectadas con TMS, “El apego al tratamiento es menor, a mayor estigma percibido por el paciente, lo que puede condicionar una evolución tórpida del trastorno con exacerbaciones o recaídas que, a su vez, incrementan el estigma, provocando así el referido círculo vicioso de la estigmatización” (Flores Reynoso, Medina Dávalos, Robles García y Páez Agraz, 2002:88). Así, las personas afectadas en su salud mental se encuentran con dos tipos de problemas, los derivados de su trastorno o enfermedad –que suelen ser discontinuos o intermitentes– y afectadas además por los derivados de la estigmatización –que suelen ser permanentes y refractarios a la intervención (López, Laviana, Fernández, López y Rodríguez, 2008).

Sin embargo es importante notar que el estigma no afecta a todas las problemáticas de salud mental de la misma manera. “Las actitudes hacia las personas con esquizofrenia, no son las mismas que hacia otro tipo de problemas como la ansiedad o la depresión” (López, Laviana, Fernández, López y Rodríguez, 2008:53), pareciera que cuánto más cercano es el parecido a la “locura clásica” mayor es el grado de discriminación.

La persistencia del modelo asilar como forma de atención de salud mental marca la construcción y persistencia del estigma en nuestra sociedad:

La muy denunciada estigmatización del enfermo mental, no consiste en otra cosa, que en la asunción de los efectos de esta nueva identidad social. La segregación no se limita al tiempo de internación, porque los efectos de ésta se prolongan a la salida del manicomio, asumidos ahora como diferenciación estigmatización y rechazo por la misma sociedad, a la que el enfermo responde con la asunción de su condición de marginal (...) Muchos ex internados, como muchos ex alcoholistas, terminan asumiendo el estigma y la condena como rasgos de su identidad social permanente (Calveyra, de Gemmis y Massei, 1996:41,43)

¹ Es importante mencionar aquí que la atención en centros de salud de atención primaria y/o hospitales generales, propuesta por la salud mental comunitaria y la Ley de Salud Mental, reduce el peso del estigma en las personas afectadas.

Este proceso de estigmatización incide negativamente en las personas afectadas en tanto que ven menoscabados sus derechos y obstaculizada su recuperación, como también incide en el conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida.

“El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación sobre sus efectos sobre éstas es una constante en el marco de la atención comunitaria en salud mental” (López, Laviana, Fernández, López y Rodríguez, 2008:44).

Trastornos mentales severos, discapacidad psicosocial y derechos humanos

Definir el concepto de *trastorno mental* no es sencillo, no existe consenso en torno a su significado, es más, se ha constituido en un término de discusión permanente, como también lo son los conceptos salud-enfermedad o normalidad-anormalidad. No es claro y genera profundas discusiones definir qué entidades pueden ser clasificadas como patologías y cuáles en cambio son sólo sufrimientos comunes de la vida cotidiana; no podemos desconocer que, sin duda, la cultura tiene un peso preponderante en la construcción de dichos conceptos.

Cada cultura expresa sus definiciones para la salud o la enfermedad, la mayoría de las que conocemos provienen de la cultura occidental. Para algunos fenómenos existen normas biológicas, otros en cambio son determinados por normas sociales; por eso hacer coincidir anormalidad y patología es arbitrario, los pobres casi siempre son anormales (Berlinguer, 1994).

Los científicos desarrollan sus actividades en un medio social y cultural, y este contexto a su vez marca e incide en la generación de sus concepciones teóricas. Existen debates en torno a qué se puede considerar normal o no en una época, en términos de enfermedad mental. Sin ir más lejos, los conceptos de homo y heterosexualidad así como las concepciones de género, son el más claro ejemplo de cómo esa discusión y sus conceptos se fueron modificando profundamente en los últimos cuarenta años.

Jerome Wakerfield, profesor de trabajo social en la Universidad de Nueva York, nos plantea una primera cuestión al traer una definición de Kendell: “La cuestión más importante, y también la más conflictiva, es determinar si enfermedad y trastorno, son conceptos normativos fundamentados en juicios de valor o términos

científicos carentes de apreciaciones de valor, en otras palabras, si son conceptos sociopolíticos o biomédicos” (Wakefield, 2007:149). Esta dificultad conceptual se hace tal vez más tangible al momento de establecer iguales diagnósticos a gente proveniente de otras culturas.

Es imposible desconocer, más allá de nuestro acuerdo o desacuerdo, que en la actualidad, tanto el *CIE 10* (OMS, 2003) como el *DSM-IV* (recientemente actualizado al *DSM-5*) son los códigos más utilizados en la atención de la salud mental y que de alguna manera intentan aunar criterios para generar uniformidad en los diagnósticos.

Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de los trastornos mentales de acuerdo a la metodología usada, los tipos de enfermedades incluidas en la investigación y el tiempo tomado como referencia. No obstante estima que al menos 25% de las personas, una de cada cuatro, padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (Rodríguez, Kohn y Levhav, 2009:27).

Este trabajo hace referencia al concepto de trastorno mental severo, como elemento común de la muestra a evaluar. En el contexto en que se desarrolló la investigación se realizan actividades de rehabilitación psicosocial destinadas a personas con trastornos mentales severos, de allí la necesidad de definir este grupo (dentro de ese grupo se analizaron las personas que habían atravesado un proceso migratorio).

Es posible homologar los términos trastorno mental grave (TMG) o trastorno mental severo (TMS) –si bien están siendo sustituidos por el de *Severe and Persistent Mental Illness*. Ambos hacen referencia a un constructo teórico que aglutina una serie de condiciones clínicas con una elevada prevalencia y gran repercusión en la práctica asistencial, y que vendría a coincidir con el de cronicidad, pero sin la connotación de irreductibilidad que subyace en este término. Todas las definiciones de TMG, además de referirse al diagnóstico clínico y la duración del trastorno, consideran el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada.

La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como:

(...) un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social

(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de las Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009:21).

La definición del trastorno mental grave, contempla tres dimensiones:

- a. diagnóstico clínico
- b. duración del trastorno (cronicidad)
- c. nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

La dimensión del diagnóstico incluye los trastornos psicóticos, excluyendo los orgánicos. Todas las categorías diagnósticas incluidas en el TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

Se incluye dentro del grupo de los TMG, a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de, por lo menos, una de las siguientes categorías diagnósticas de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, CIE-10* (OMS, 2003):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24)

Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno bipolar (F31.x)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

La segunda dimensión que ha sido contemplada en los trabajos evaluados para definir un trastorno mental ha sido la duración de la enfermedad. El criterio establecido para definir un TMG ha sido una evolución del trastorno de 2 años o más, o bien un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque haya habido una remisión de síntomas.

El criterio de duración del trastorno intenta diferenciar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos en que, si bien

pueden presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro.

La tercera dimensión establecida se encuentra ligada a la presencia de discapacidad: en la mayoría de los casos, y más específicamente en el caso de la esquizofrenia, es posible considerar que las personas afectadas presentan dificultades en la vida cotidiana. Estas dificultades en el funcionamiento personal, laboral, social y familiar, pueden ser desde leves hasta muy severas; es posible medir esto a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)² o la CIF (OPS, 2001) –más utilizada actualmente e indicada por la OMS– que permite, en la mayoría de los casos a partir de su certificación oficial, el acceso a derechos de discapacidad garantizados específicamente tanto por convenciones internacionales como por varias leyes específicas.

Es importante mencionar los cambios paradigmáticos que ha experimentado el concepto de discapacidad en los últimos años.

En ese camino, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, ratificada en nuestro país por la Ley 26378 en el año 2008, introduce un cambio paradigmático e innovador en el caso de las personas que presentan una discapacidad mental o psicosocial, si bien los derechos de las personas con discapacidad ya eran reconocidos en nuestro país desde hace muchos años por las Leyes 22431/81 y 24314/84, y también por la ratificación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad en el año 2000 por Ley 25280.

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando (Palacios, 2008). El modelo social de la discapacidad se presenta como superador del modelo biomédico y propone el diseño de políticas públicas que aborden los aspectos sociales determinantes del modo de vida de las personas con discapacidad y reviertan la misma, en tanto que ésta es originada en una sociedad que no tiene en cuenta ni incluye a las personas con discapacidad. Este modelo entiende la discapacidad como una consecuencia de la organización social contemporánea, así como de sus ideas y prejuicios.

El modelo biomédico ha construido el concepto de discapacidad a partir de los parámetros de normalidad y anormalidad, y ha definido a aquella persona que

² Se refiere a la escala utilizada para realizar evaluación del eje V de la evaluación multiaxial, según *DSM-IV*.

padece una discapacidad como un minusválido que necesita asistencia específica que le permita, hasta donde sea posible, recuperar las capacidades perdidas o bien adaptarse al régimen que la discapacidad le impone (Fernández, 2010).

El modelo de la rehabilitación seguido por la OMS hasta el año 2001 propugnaba la rehabilitación siendo su modelo que la persona superara sus dificultades para poder integrarse al medio social. El modelo social, por el contrario, propugna que es la sociedad la que debe modificarse para lograr la inclusión de las personas con discapacidad.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su ratificación nacional, consolidan un escenario para la ampliación y el real ejercicio de derechos. En su preámbulo reconoce a la discapacidad como fruto de la interacción de una persona con su entorno debido a las barreras que le impiden su plena integración, muchas veces por problemas de prejuicio o discriminación. Desde su aceptación, los gobiernos están obligados a contemplar que el principal problema no es la discapacidad, sino los obstáculos con los que ésta interactúa. La Convención reconoce en primer término la autonomía, como base para el ejercicio de derechos.

Hospitalización, exclusión social y pobreza

No es posible pensar en los TMS fuera de un contexto y sin hacer referencia al modelo asilar de atención que aún perdura. Sin duda, la internación de las personas con TMS en grandes establecimientos psiquiátricos provoca la pérdida de la conexión con el mundo exterior; dado que las personas hospitalizadas por períodos prolongados pierden los lazos que sostienen la vinculación, sus hábitos, su práctica de trabajo y fundamentalmente sus relaciones afectivas.

Hacia los años cincuenta surge una crítica a los sistemas de atención psiquiátrica centrados en la internación psiquiátrica. A partir de observaciones en los establecimientos especializados se ha podido afirmar que las personas internadas comienzan a condensar síntomas y problemas de la enfermedad que les llevaron a la consulta, con estrategias subjetivas de adaptación a ese nuevo medio (Galende, 1994).

(...) esta crítica de los sistemas de atención permitió descubrir que el modelo de internamiento asilar, atravesaba todas las prácticas de este sector, ya que las relaciones de poder que tenían vigencia entre médicos e internados eran en verdad

los caracteres del lazo social instituyente del conjunto de prácticas. El manicomio se revelaba así doblemente como un sistema institucional de segregación y custodia de los enfermos mentales y como una ideología de la institucionalización de la psiquiatría para con los considerados enfermos. Desde entonces la Salud Mental, enfrentó dos desafíos, cuyas modalidades de ejecución tipifican hasta nuestros días todas las prácticas de atención en este sector: a) debía eliminarse el “establecimiento especial”, como se denominaban a los hospitales psiquiátricos (...) era necesario efectuar a un mismo tiempo la construcción de modelos de atención no asilares (Calveyra, de Gemmis y Massei, 1996:33).

Es posible pensar que las condiciones de vida de una comunidad determinada encuadran no sólo el proceso de salud enfermedad sino también las formas de atención y las posibilidades de la población para acceder a la misma. La inclusión únicamente de causas lineales médico/psicológicas y sociales en personas afectadas por TMS, dejaría fuera de nuestras consideraciones a los modelos de atención en que estamos incluidos los integrantes del equipo de salud, los usuarios y todas las personas, obturando toda posibilidad de generar una visión crítica sobre los dispositivos en que estamos inmersos. No se puede hablar únicamente de factores de riesgo que generan la enfermedad, es necesario también pensar en los escenarios que la propician y perpetúan (Almeida Filho, 2000).

En el imaginario social la desinstitucionalización sólo se vincula con la salida del manicomio pero ésta no es la única cuestión a modificar, también es necesario transformar el trato asilar que la sociedad aplica al enfermo mental, sobre todo en temas ligados a la exclusión y al estigma.

¿Se puede seguir pensando que el número de los hospitalizados en las instituciones psiquiátricas corresponde al de los enfermos de todas las capas sociales? (...) ¿No es más justo pensar que, porque son social y económicamente insignificantes, estos enfermos son el objeto de una violencia original? (La violencia de nuestro sistema social) que les arroja fuera de la producción y la sociedad y les lleva hasta los muros del Hospital (Basaglia, 1972:140).

En otros términos, también es necesario considerar la posibilidad de generar ámbitos y dispositivos de salud que den cuenta de una transformación ideológica de la lógica manicomial, entendiendo que la misma persiste en ocasiones más allá del cierre de los grandes hospitales y se puede encontrar presente en todo nuevo dispositivo, más allá de meras diferencias cuantitativas en el número de usuarios. Es necesario pensar alternativas de inserción y sostén en la comunidad de los pacientes con trastorno mental grave, situación no contemplada en la actualidad desde las políticas públicas.

La salud mental de la población está influida por factores sociales y económicos ajenos al sector salud (OPS, 2009).

La correlación entre trastornos mentales y pobreza puede describirse mejor si se considera como un círculo vicioso. Por una parte los trastornos mentales generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, factores que contribuyen a la pobreza, por otro lado se admite que la inseguridad, el nivel educativo bajo, las condiciones de vivienda inadecuada y la desnutrición contribuyen a la aparición de trastornos mentales. En síntesis, la ausencia de sistemas de salud eficaces, perpetúa el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales (Saraceno y Fleischmann, 2009:15).

La economía define la pobreza a partir de indicadores y variables que muestran el acceso o no de las personas a requerimientos o necesidades básicas de subsistencia, tales como vivienda, alimentación, salud. La exclusión social avanza más allá de la pobreza, en tanto incluye dimensiones que exceden lo material.

Diariamente nos encontramos con personas que pueden definirse como marginales o al margen de la sociedad y otras que no podemos definir como marginales, sino que por distintos factores predisponentes se encuentran en riesgo de caer en esa zona de exclusión o cuasi exclusión del ámbito social. Si observamos, como punto de partida, distintos niveles de ruptura de los aportes necesarios para sentirse parte de una sociedad determinada. Estos aportes son:

1. físicos - (alimentación, vivienda, ingresos),
2. psicológicos - refieren a la red social de apoyo más próxima,
3. culturales - son los que refieren al sentido de pertenencia a un grupo.

Castel (1997) ha definido la exclusión social como resultado final de un proceso. Este camino hacia la marginalización se va dando a partir de la vulnerabilidad y finalmente llega a la exclusión. En otras palabras, podemos decir que la marginalidad profunda se presenta al final de un recorrido. Es el desenlace de una dinámica de exclusión que se manifiesta en un principio en una serie de fenómenos completamente desocializantes (Estebanez, 2002). En otras palabras, es el final de un recorrido a través del aislamiento relacional total y el desenganche absoluto de cualquier proyecto social compartido.

Castel ha establecido una estrecha relación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y el acceso a redes de sociabilidad así como también a sistemas de protección:

Existe (...) una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y de los sistemas de protección que cubren a los individuos ante los riesgos de la existencia. Esto implica la construcción de zonas de cohesión social a partir de una inserción relacional sólida, que se puede construir a partir del trabajo. A la inversa, la falta de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional, conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión (Castel, 1997:15).

Las personas con un trastorno mental severo presentan un mayor riesgo de exclusión social, fenómeno ligado en parte a la falta de inserción en el mercado laboral y también a la falta de inclusión social consecuente a la estigmatización de la enfermedad mental. A esto se suma el deterioro de vínculos familiares y sociales próximos por cuestiones referidas a sus padecimientos mentales. Es habitual encontrar personas en diferentes dispositivos de salud mental en estados de marcada vulnerabilidad, donde los aportes psicológicos y culturales esenciales son escasos, y si no existe algún tipo de intervención en este proceso la persona implicada caerá en una zona de marginación profunda (también llamada desafiliación por Castel). Es posible encontrar en diferentes efectores públicos de salud personas que no han partido en sus inicios de situaciones de extrema pobreza, sino que la concatenación de la enfermedad mental y la pérdida de vínculos familiares los ha introducido en situaciones de alta vulnerabilidad.

Esta concepción de la exclusión como un proceso vital dinámico, en el cual la persona puede fluctuar entre la integración y la exclusión pasando por la vulnerabilidad, permite pensar intervenciones familiares, sociales y comunitarias destinadas a la reinserción social, a partir de la reconstrucción de soportes relacionales y ocupacionales. El trabajo con objetivos predominantemente preventivos permite evitar la llegada a situaciones cristalizadas de marginación (Estebanez, 2002).

En el marco de las políticas públicas es factible observar acciones que, si bien muchas veces se embanderan en el cierre de los grandes hospitales, a menudo sólo esconden la continuidad de la lógica manicomial en otros espacios. En palabras de B. Sarraceno (2003), la sustitución de las soluciones asilares es, en oportunidades, una simple reproducción de la lógica de control y contención en otro espacio, sin implicar una mejoría en la calidad ofrecida al sufriente.

La integración social, entendida como una participación plena en los derechos ciudadanos, en los intercambios sociales y simbólicos, en los desempeños de la vida pública, desborda los recursos de la disciplina de la Salud Mental ya que requiere de otras instituciones del estado a fin de lograrla, debe disolver los rasgos de identidad dados por la institución para posibilitar al individuo una participación plena en los intercambios sociales y simbólicos (Calveyra, de Gemmis y Massei, 1996:44).

La pobreza, el desempleo, la exclusión mantienen una relación interactiva con la salud de las personas, sin embargo es posible ver que todas las personas expuestas a situaciones de estrés social no responden ni ven afectada su salud de la misma manera, un concepto construido para explicar estas diferencias es el apoyo social. El

apoyo social es un concepto complejo compuesto por varias dimensiones que asocian la salud de las personas con los llamados determinantes sociales de la salud. El apoyo social facilita conductas adaptativas en situaciones de estrés. Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales” y otros son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo. “Apoyo social” es un concepto multidimensional (Castro, Campero y Hernández, 1997) que para algunos autores incluye el tema del acceso a la atención de salud.

Castro cita investigaciones que afirman que la presencia o ausencia de apoyo social afecta la salud de los individuos y que esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo –en forma de familia, amigos, pareja, etcétera– con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental, derivados de los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (Castro, 1997:427). El apoyo social se modifica de acuerdo al contexto que le dio origen (nivel socio-económico, medio urbano o rural, cultura, etcétera).

El apoyo social es también un tema central al considerar los procesos migratorios y una importante variable a tener en cuenta al momento de relacionar salud mental y migración. Las personas migrantes deben atravesar la pérdida de elementos muy significativos en su vida, tales como la familia extensa y los amigos, que generalmente permanecen en el lugar de origen y constituyen su red social fundamental; en muchos casos incluso la familia nuclear reside en el país de procedencia, con lo que la adaptación al nuevo medio, puede ser precaria.

Rehabilitación psicosocial – Rehabilitación como ciudadanía

Si bien se habla de discapacidad también es posible pensar en la recuperación de personas afectadas por TMG. El concepto de recuperación [*recovery*] en personas afectadas por trastornos mentales crónicos se ha convertido en un concepto dominante en el sistema de cuidado de salud, pero carece de una definición consistente. Se refiere al proceso de superación de la enfermedad más que al mero control de síntomas; apunta, más allá de la enfermedad, a una vida significativa y satisfactoria. La recuperación ha sido conceptualizada tanto como un proceso, cuanto

como un resultado y como ambos simultáneamente. Implica el desarrollo de una mejor calidad de vida a medida que las personas crecen y se desarrollan más allá de la enfermedad mental. Se refiere a la competencia social y personal en áreas que la persona define como importantes.

El concepto de recuperación puede definirse como el proceso que permite a las personas vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad.

La enfermedad mental supone cambios importantes que rompen las expectativas de vida, tanto personales como del entorno, en especial el familiar. El concepto de recuperación evidencia la necesidad de retomar las expectativas de vida superando estos cambios a través de las diferentes técnicas que los servicios deben proporcionar. Cualquier intervención basada en el modelo de recuperación aumenta su eficacia porque se orienta a retomar el significado que la vida tiene para el sujeto. Es por tanto una concepción integradora de las intervenciones que tiene en cuenta la vida, los intereses y las motivaciones de la persona, más allá de la eficacia de las intervenciones parciales.

No es posible desconocer que en nuestros días las intervenciones farmacológicas son en algún punto el tratamiento base de las personas con TMS. Su introducción en los años cincuenta, ha permitido y facilitado los procesos desmanicomializadores que se han dado en el mundo, principalmente en la segunda mitad del siglo XX.

Sin embargo, también sabemos que sólo el control parcial y limitado de algunos síntomas no es suficiente para alcanzar una adecuada calidad de vida en las personas afectadas. Son necesarias intervenciones que apunten a la socialización, a incrementar la red social de las personas afectadas, así como a disminuir los déficits cognitivos y permitir la adherencia al tratamiento. Se debe utilizar un enfoque más amplio en el que el tratamiento farmacológico se complementa con otro tipo de intervenciones interdisciplinarias, comunitarias, psicoterapéuticas y psicosociales aunque también se podría decir que las intervenciones psicosociales deben ser complementadas por intervenciones psicofarmacológicas.

La rehabilitación psicosocial consiste

(...) en un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas (Gisbert, 2002:20).

El concepto de rehabilitación psicosocial es un término complejo, y que comprende concepciones ideológicas diferentes; esto es posible por el carácter polisémico de muchos de los términos que se utilizan, y por la generalidad de las definiciones que posibilitan la complejidad de prácticas y posiciones teóricas muy diversas que las avalan.

Desde la rehabilitación psicosocial en general es posible pensar el funcionamiento de la persona en su entorno habitual, en sus capacidades para integrarse a la vida social y comunitaria, en la necesidad de mejorar tanto su calidad de vida como la de su familia, y en desarrollar su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible en cada caso. En otros términos, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales, sociales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo profesional posible.

La obra de Benedetto Saraceno cuestiona los modelos tradicionales de rehabilitación, ya que los liga a la psiquiatría institucional y refiere que actúan como “entretenimiento”. Plantea, asimismo, que la clínica y la terapia por sí solas no logran modificaciones sustanciales en la vida de las personas, mientras que situaciones vitales que irrumpen en la vida misma sí generan cambios y modificaciones en el curso de la enfermedad (Saraceno, 2003). Este autor plantea la rehabilitación como un ejercicio de ciudadanía en el que las personas afectadas puedan incluirse en el ámbito de la sociedad, a partir de su tránsito en espacios donde las reglas de juego permitan un libre intercambio entre todas las personas. Propone como modelo la empresa social originada en la ciudad de Trieste³. Este modelo pareciera más acorde al modelo psicosocial de la discapacidad.

Es posible decir que actualmente en la ciudad de Buenos Aires, en las prácticas asistenciales ligadas a la rehabilitación, se evidencia un alto grado de complejidad y diversidad marcado por la coexistencia de diferentes modelos, tanto de salud mental como de rehabilitación, fruto de concepciones diferentes y distintos momentos histórico-políticos.

³ Escapa de alguna manera al objetivo de este trabajo el ahondar en controversias y análisis de distintas modalidades en las que es posible pensar la recuperación y rehabilitación de personas con graves sufrimientos mentales.

En contrapartida no podemos dejar de mencionar dispositivos que en un principio resultaron tanto geográfica como ideológicamente muy próximos y que inclusive se generaron desde el interior de los grandes hospitales, pero que día a día se alejan de los mismos, y resultan ser los únicos dispositivos que enfrentan el encierro y el aislamiento, promoviendo en forma gradual una inclusión plena en la comunidad (emprendimientos sociales en salud mental – programas de rehabilitación).

En el imaginario social la desinstitucionalización sólo se vincula con la salida del manicomio pero no es ésta la única cuestión a modificar, también es necesario transformar el trato “asilar” que la sociedad aplica al enfermo mental, sobre todo en temas ligados a la exclusión y al estigma.

Sobre la experiencia italiana de desmanicomialización, Basaglia refiere:

(...) no quiere decir que la enfermedad mental no exista (...) sino que a partir de que se entra en contacto con un enfermo mental de los asilos psiquiátricos (...) las consecuencias no pueden considerarse una consecuencia de la enfermedad mental, sino que deben imputarse al tipo de relación que el psiquiatra y por ende la sociedad que éste representa implanta con el enfermo (Basaglia, 1972:137).

Este autor incluye una mirada social considerando que el problema no es la enfermedad en sí misma, sino *el tipo de relación que se establece con el enfermo*, la enfermedad en tanto que entidad mórbida, sólo juega un papel puramente accesorio. En otras palabras, la enfermedad no es el elemento determinante de la pérdida del valor social sino que –dice el mismo autor– “La exclusión o expulsión por parte de la sociedad está más relacionada con la falta de poder contractual por parte del enfermo (dada su condición social y económica) que con la enfermedad en sí misma” (Basaglia, 1972:139).

Es imposible desconocer, ya que resulta un dato de la realidad que excede las declaraciones políticas, la ausencia de una real planificación en el tema de la salud mental en la ciudad de Buenos Aires, o al menos una planificación que apunte a la implementación de un modelo de salud mental comunitaria. Por ello algunas modalidades alternativas de atención, se generaron en brechas institucionales desde las cuales pudieron abrir espacios y crecer; estas nuevas modalidades, a partir de su eficacia y consolidación, se han constituido en variantes asistenciales más acordes a las necesidades de nuestra población. Un ejemplo son los emprendimientos sociales en salud mental que han crecido a la sombra de los grandes hospitales monovalentes.

En un contexto donde persiste el estigma del enfermo mental, determinado en parte por el lugar de exclusión que ocupan las personas con padecimientos

mentales en la sociedad, sumar la discriminación “disfrazada de cuestiones étnicas” –pero que en realidad esconde un profundo desprecio hacia las personas en situación de desventaja económica– no hace más que complicar nuestro cuadro.

Conviene señalar la existencia del peligro contrario: el de creer que la organización psiquiátrica de un determinado país se halla perfectamente de acuerdo con la estructura social dominante. Si se cede a esta tentación, puede parecer excesivamente fácil centrifugar el problema de las perturbaciones mentales, reduciéndolas a las contradicciones sociales, y creer que las organizaciones de asistencia terapéutica obedecen directamente a la lógica del poder (...) es necesario observar detenidamente la hipótesis, a partir de la cual las organizaciones psiquiátricas están “retrasadas” o son “diferentes en relación” con las exigencias institucionales de la sociedad en general y por consiguiente tienen en alguna medida, a pesar de todo su propia historia y especificidad (Basaglia, 1972:284-285).

Los conceptos teóricos presentados hasta el momento en esta tesis han debido entrelazarse al momento de analizar las características de la población determinada en esta investigación. Esos conceptos están vinculados a la salud mental, a los efectos de la migración sobre la misma, a las características de las personas con TMS, al tema del estigma y la discriminación y también al lugar que ocupan migrantes y las personas con TMS en nuestra sociedad hoy

CAPÍTULO III –METODOLOGÍA

Se planteó una investigación de tipo exploratorio y descriptivo sobre las personas nacidas en el extranjero usuarias de un dispositivo de atención de la red de salud mental de la ciudad de Buenos Aires entre los meses de enero y marzo de 2014. En ese sentido este trabajo intentó formalizar un primer acercamiento a la temática de la migración y la salud mental en personas afectadas por trastornos mentales severos, considerando la carencia de investigaciones en la Argentina y puntualmente en la ciudad de Buenos Aires, que de alguna manera vinculen ambos temas.

Se realizó una investigación de tipo cuanti-cualitativo, que contempló la posibilidad de tomar algunas situaciones personales como “eventos centinela” o “casos testigo” a fin de encontrar situaciones comunes o frecuentes en ese grupo poblacional determinado. La búsqueda intentó analizar esas situaciones desde la mirada de la epidemiología crítica, explorando y documentando las situaciones de las personas en su contexto, no aceptándolas como naturales e inevitables sino tratando de hallar cuáles fueron las variables intervinientes en todas y cada una de ellas (Almeida Filho, 2000).

Asimismo, fueron analizadas algunas variables de tipo cuantitativo que resultaron imprescindibles a la hora de analizar características demográficas básicas, tales como edad, sexo, lugar de origen, tiempo de residencia.

Se tomó como unidad de análisis a cada una de las personas migrantes en situación de estabilidad psíquica que se encontraban realizando tratamiento de rehabilitación en el lapso mencionado, que contaran con las habilidades sociales y de lenguaje que les permitieran participar de la entrevista, y además expresaran su deseo de participación voluntaria⁴. El universo de la investigación estuvo constituido por todas las personas con las mencionadas características nacidas fuera de la Argentina, lo cual representó en 2014 un 11% del total de 169 usuarios que accedieron a actividades de rehabilitación en el período mencionado (Ramella, 2015).

Se tomaron fuentes de información secundarias, en primer lugar, algunos datos estadísticos de la base informatizada con que cuenta la institución sobre las personas usuarias (Ramella, 2015). También fueron tomados datos de las 22

⁴ Se firmó consentimiento informado, cuyo modelo se incluye en el anexo en página 77.

historias clínicas de TPRSM, de las personas caracterizadas como unidad de análisis en la investigación y también datos de fuentes documentales de la institución, material de ateneos y jornadas en las que participó el equipo profesional.

Como fuentes de datos primarios se recurrió a entrevistas a la casi totalidad de personas usuarias de TPRSM nacidas en el extranjero que accedieron a tratamiento de rehabilitación entre el 6 de enero y el 14 de marzo de 2014. Se entrevistaron 20 personas usuarias nacidas en el extranjero⁵ de un total de 22. El total de usuarios para el mismo período fue 169, por lo que el grupo de personas extranjeras, representó un 13% de ese total.

Se planteó como instrumento de investigación, la entrevista semiestructurada, de acuerdo a la guía que se incluye en el Anexo⁶, que combina preguntas cerradas y abiertas en las que el entrevistado pudo explayarse sobre temas atinentes a la entrevista, sin ceñirse exclusivamente a las preguntas formuladas.

Se cuantificaron algunas variables básicas a fin de determinar la existencia de tendencias comunes en el grupo investigado, así como también para establecer si existían diferencias coincidentes en personas originarias de un mismo país.

Algunas de las variables tomadas para el estudio, surgieron en acuerdo a la concepción del modelo multivarial del estudio de salud mental en procesos de migración (García-Campayo, 2002), también en concordancia con investigaciones realizadas en Chile (Equipo de Investigación de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008).

Se relevaron variables que apuntaron a conocer cuestiones básicas de los momentos pre migratorio, de la migración en sí y de la etapa post-migratoria. Se analizaron además datos demográficos básicos, necesarios para cumplir con el objetivo de la tesis.

Los datos relevados por el instrumento fueron:

– **Variables en referencia a las características demográficas:** sexo, edad, lugar de origen, características de urbanización del lugar de origen, variaciones de residencia en su permanencia en Argentina.

⁵ Dos personas no prestaron su consentimiento para la realización de la entrevista, si bien se tomaron datos secundarios de las mismas para el análisis de algunos datos cuantitativos.

⁶ Puede observarse la guía de entrevista en el Anexo página 71

– **Variables en referencia a las características de salud:** diagnóstico de ingreso al programa, conocimiento del diagnóstico. Percepción acerca de sus posibilidades de acceso a la salud en la ciudad de Buenos Aires comparativamente con su lugar de origen.

– **Características referidas al proceso migratorio:** años de residencia en el país, motivo de la migración, cumplimiento de expectativas propias o familiares, relación entre la migración y el desarrollo de la enfermedad, impacto, sentimientos experimentados. Diferencias entre sus condiciones de vida actuales comparadas con las de su país de origen. Características referidas a su proceso de adaptación.

– **Características referidas al apoyo social:** características vinculadas a la familia, o desarrollo de procesos de desvinculación. Grupo familiar conviviente, utilizando clasificación empleada en la Institución a fin de poder valorarlo comparativamente. Vinculación con otros miembros de su comunidad de origen.

– **Sentimientos vinculados al auto estigma y a la discriminación, tanto en referencia a la salud mental como a su característica de migrante:** consideraciones personales respecto a la presencia de sentimientos discriminatorios en la sociedad. Sentimientos discriminatorios con referencia a sí mismo. Consideraciones acerca de una posible inserción laboral y estigma. Diferencias en el acceso a beneficios sociales y ciudadanos con respecto a la población nativa.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre un total de 169 personas en tratamiento de rehabilitación en la institución en el lapso mencionado se analizaron 22 casos que representaban un 13% de ese total. Este dato significativamente concuerda con el 13,2% de personas nacidas en el extranjero sobre el total de habitantes de la ciudad de Buenos Aires (INDEC, 2010).

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas entre el 6 de enero y el 14 de marzo de 2014 a 22 personas seleccionadas. Las dos personas de nacionalidad rusa se negaron a ser entrevistadas, aparentemente por lo dificultoso y persecutorio que les resultó entender la firma de un consentimiento, tal vez por sus dificultades idiomáticas.

Se analizaron los datos obtenidos en las entrevistas y las historias clínicas del tratamiento de rehabilitación de los usuarios del dispositivo, a fin de validar datos y conocer diagnósticos de derivación del equipo tratante.

El perfil demográfico fue analizado según los datos obrantes en la institución, por lo tanto se corresponden con el total de personas seleccionadas para la muestra.

Del análisis efectuado posteriormente sobre el material procesado surge que:

El rango etario de las personas usuarias extranjeras se ubicó entre los 25 y 58 años de edad. La mayoría de estas 22 personas (77%) vive en la ciudad de Buenos Aires mientras las restantes residen en el AMBA⁷.

La mayoría de las personas seleccionadas pertenecían al género masculino 77%. Esta cifra se mantuvo en consonancia con el 81% de porcentual de género de las personas que concurrían en 2014 a realizar actividades de rehabilitación (Ramella, 2015).

Con respecto al lugar de origen de las personas migrantes, la frecuencia mayor fue correspondiente a las personas nacidas en Uruguay (8), provenían de Paraguay (5), las restantes correspondían a Brasil (2), Bolivia (2), Perú (1), Rusia (2), Nicaragua (1) y Ecuador (1).

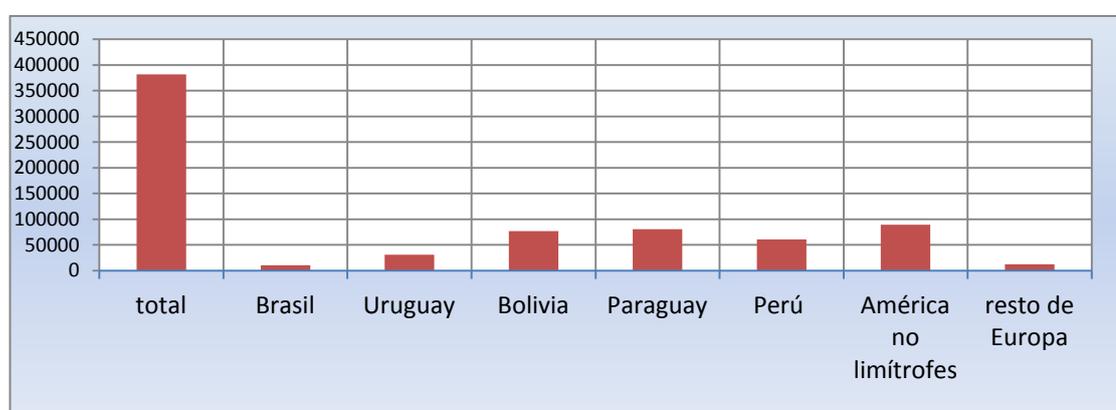
La mayor parte de las personas migrantes resultó provenir de países limítrofes. Considerando las 20 personas entrevistadas, la mayor parte (13) migraron

⁷ De acuerdo a datos del último censo 15% de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires nació en el exterior. En el primer cordón del Conurbano el porcentaje de nacidos en el extranjero es de 7,5%.

hacia la Argentina desde diferentes centros urbanos, tales como Montevideo y Asunción, 5 provenían de zonas ciudades del interior de sus países, como Carmelo, Salto o Tarija, sólo 2 personas de origen paraguayo, se autodefinían provenientes de localidades rurales.

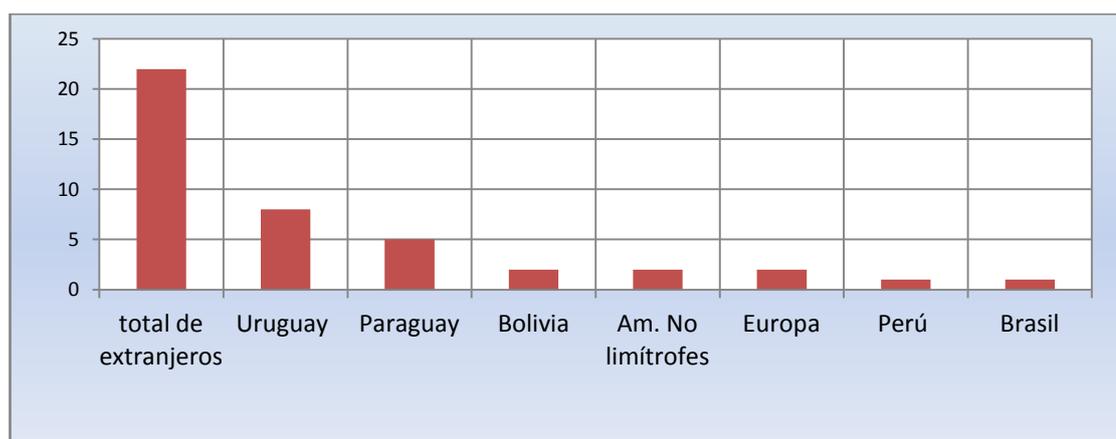
Con respecto a la distribución por nacionalidad, se compararon los datos con los datos obtenidos en las entrevistas con los datos censales de la ciudad de Buenos Aires los cuáles pueden observarse en los siguientes cuadros:

Cuadro IV - Población de la ciudad de Buenos Aires nacida en el extranjero de acuerdo a país de origen



Fuente (INDEC, 2010)

Cuadro V - Personas usuarias de TPRSM nacidas en el extranjero de acuerdo a país de origen



Fuente (Base de datos de usuarios TPRSM)

Comparando ambos gráficos es posible percibir la presencia de migrantes uruguayos en forma diferente a la tendencia general observada en la ciudad de

Buenos Aires, lo cual abre la posibilidad de pensar en este grupo de personas con sufrimiento mental a partir de ciertas características comunes.

Las personas usuarias de TPRSМ nacidas en Uruguay pertenecían a un rango de edad ubicado entre los 46 y los 58 años, han migrado y permanecen en este país en casi el total de los casos desde hace más de 37 y hasta 44 años (es decir que la migración se produjo entre los años 1970 y 1977). Otros dos casos de migrantes uruguayos de rango de edad similar permanecen en el país desde hace 22 y 30 años respectivamente, permanecieron años en otros países antes de llegar a la Argentina, habiendo salido de Uruguay en fechas coincidentes.

En esa población uruguaya, algunos casos resultaron llamativos por lo tardío de la primera consulta a un psiquiatra y por lo tardío del inicio de su enfermedad según informaron los entrevistados; en cinco casos refieren su primera consulta o el inicio de sus síntomas luego de los 30 años de edad, siendo que en líneas generales se considera que los primeros síntomas de TMS se presentan a edades más tempranas. Para ninguno de ellos la atención de su salud mental representó un factor de permanencia en este país o ha sido motivo de migración, tampoco refirieron conocer cómo es la atención de salud mental en su país de origen.

Es raro pensar, en estos casos, en dificultades en su integración derivadas de marcadas diferencias culturales ya que no parecieran existir a primera vista tantos obstáculos motivados por la *extranjeridad* –en tanto que Uruguay y Argentina, como culturas rioplatenses, presentan más semejanzas que diferenciaciones.

En el relato de varios de ellos aparecieron las consecuencias de la Ley de Migraciones N° 22.439, sancionada en el año 1981 bajo el gobierno de facto de Jorge Rafael Videla, que instauró una política migratoria restrictiva cuyos lineamientos generales se encuadraron en el contexto represivo de aquella época y en la doctrina de la seguridad nacional. Dicha ley resulta claramente contraria a los principios constitucionales y a las obligaciones asumidas internacionalmente en materia de derechos humanos, en cuanto ser extranjero indocumentado provocaba dificultades en el acceso al trabajo o la reducción a la explotación laboral, así como también desigualdades en el acceso a la salud y temores frente a un frecuente acoso policial.

Respecto a este tema, es oportuno mencionar que en el año 2003 –en el marco de una denuncia presentada ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos– la Argentina se comprometió a hallar una solución amistosa a las personas sin autorización legal para permanecer en el país. Así, en el año 2004 entró en vigencia

la Ley 25.871, “saldando una cuenta pendiente de la democracia argentina” (Rodríguez Miglio y Toledo, 2009:337). Los resultados del trabajo de campo que se realizó llevaron al análisis de los modelos de atención en salud mental vigentes en América Latina y del perfil migratorio de nuestro país.

No fue posible analizar el impacto del proceso migratorio en la salud mental de las personas, sin antes analizar las diferencias entre la accesibilidad a los servicios de salud existentes en el país de origen y el país receptor, en nuestro caso la Argentina.

También en referencia al proceso migratorio, en las entrevistas realizadas a las 10 personas migrantes entrevistadas provenientes de Paraguay, Bolivia, Perú y Brasil –a diferencia de las personas procedentes de Uruguay– 7 de ellas habían llegado al país hacía menos de 9 años y su rango etario salvo en un caso, se encontraba entre los 24 y los 37 años. En este punto es importante considerar que no sólo era diferente la edad de esa población uruguaya, sino que también ingresaron al país en un momento histórico y con un marco legal diferente.

De las 10 personas cuyo tiempo de permanencia menor de permanencia en el país era menor, 6 ya presentaban antecedentes de sufrimiento mental grave en sus países de origen, y viajaron a la Argentina porque ellos o sus familias consideraron la necesidad de atención por esa problemática. Relataron también que sus familias participaron activamente en la decisión de la migración, probablemente en el conocimiento de las mejores posibilidades de atención en salud mental. Los relatos referidos sobre sus dificultades en el acceso a la salud en su país de origen fueron a veces impactantes, tales como el sufrimiento implicado en el escuchar voces por un largo tiempo y no poder acceder a un médico especialista en psiquiatría, o bien la necesidad de viajar 4 horas para acceder a la atención, así como también en casi todos los casos se menciona el elevado costo de los medicamentos.

Informes internacionales confirman la percepción de los usuarios. En el caso de Paraguay, de acuerdo a informes de organismo internacionales (OMS/OPS, 2006), el país cuenta con políticas y planes de salud mental pero carece de legislación sobre dicho tema. Apenas el 1% del presupuesto total de salud se destina a salud mental y de ese monto el 81% va al hospital psiquiátrico. No hay planes de seguro social y sólo una minoría de la población tiene acceso gratuito a medicación psicotrópica. No existe una autoridad en salud mental. Veintiséis servicios ambulatorios atienden a

263 usuarios por cada 100.000 habitantes. Por cada 100.000 habitantes 35 personas trabajan en la salud mental.

En el caso de Bolivia (OMS/OPS, 2008), sólo el 0,2% del presupuesto en salud se destina a la salud mental. No existen leyes ni planes de salud mental; en términos de accesibilidad a los servicios de salud mental, el 31% de la población tiene libre acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales, con coberturas de por lo menos 80% del precio de venta. No existen subsidios ni pensiones para personas con enfermedad mental.

¿Cómo pensar desde una concepción de salud –como proceso salud-enfermedad-atención– que estas modalidades de atención en los países de origen no configuren una concepción subjetiva y particular del concepto de salud mental y atención bien diferente al de una persona usuaria nacida en la ciudad de Buenos Aires? o bien, dicho en otros términos, ¿cómo una persona nacida en una zona rural de Bolivia usuaria de métodos alternativos para el cuidado de su salud, prácticamente sin acceso a efectores de salud y atención médica, podrá conocer, acceder y comprender un complejo sistema de salud como el de la ciudad de Buenos Aires?

En lo que se refiere a cómo pensar el impacto del proceso migratorio en la salud mental de los entrevistados, es notoria la imposibilidad de pensar en la salud mental como proceso no vinculado al proceso de atención, en el punto que los usuarios refieren que las modificaciones en su estado de salud estuvieron determinadas por una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

Por otra parte el correlato en las respuestas de los usuarios entrevistados a la pregunta ¿de qué manera considera que impactó el proceso migratorio en su salud mental?, están teñidas por esta temática. Así, en casi todos los casos de migrantes recientes y cuyas dificultades en salud mental habrían aparecido antes de migrar, la respuesta es que “la migración me permitió estar mejor, aliviar mi sufrimiento, acceder a un tratamiento de rehabilitación. Estas respuestas se repitieron en 8 de los entrevistados, es decir en un 40% de los casos. “Allá tenía problemas desde chico, pero sólo hablaba con médicos clínicos, siempre escuchaba voces y sufría mucho, acá consulté con un psiquiatra, recién me pude aliviar” (E. 5, 37 años, paraguay). En otras palabras, no podemos desligar la salud mental de conceptos relativos a la calidad y tipo de atención recibida en el sistema de salud. “Acá es mejor porque no se paga la medicación, allá además tenía que viajar cuatro horas para que me atendieran” (E. 16, paraguay, 28 años).

En los casos restantes (7) no pudieron precisar con exactitud si realmente el proceso migratorio incidió o no en su salud mental. Salvo un caso que refiere incidencia negativa, a partir de haber sido objeto de discriminación en su vida escolar por ser extranjero, y otro que refiere dificultades en el acceso al documento como obstáculo en su inclusión laboral y en la vida cotidiana.

Las dos personas provenientes de Bolivia marcaron los sentimientos de tristeza que acompañaron su traslado, sobre todo por haber dejado familiares directos. Refirieron haber migrado ante la falta de alternativas de trabajo la difícil situación económica, y también manifestaron que al momento de la entrevista se ha modificado su situación económica; en ambos casos habitan en viviendas precarias, si bien consideraron que habían mejorado sus posibilidades de acceso al trabajo. Ambos percibían y esperaban subsidios sociales y esperan en un futuro acceder a una pensión

Entrevistado 19, boliviano, 34 años, refirió haber sido desde pequeño un trabajador golondrina que acompañaba a sus padres, relató también que su primer consulta e internación psiquiátrica se produjeron al mes de haber viajado a Buenos Aires.

E. 3, boliviana, 36 años, con 9 años de permanencia en el país relató varias internaciones psiquiátricas, si bien sus problemas de salud mental ya habían comenzado en su propio país antes de migrar; consideró que la migración le permitió crecer e integrarse a una nueva cultura. La evolución de sus problemas de salud mental fue bastante inestable y requirió varias internaciones; pese a que reconoció que su atención en salud mental era lo que más la ataba a este país, tampoco consideró haber podido modificar sustancialmente su situación económica ni su vivienda pero sí cambiaron sus posibilidades de acceso al trabajo. En ambos casos los entrevistados refirieron saber de la existencia de discriminación hacia las personas extranjeras pero también dijeron que nunca la habían padecido personalmente; E.3 manifestó que contaba con un importante apoyo de la comunidad evangélica, cuyos miembros también provenían de Bolivia.

Ambas personas también procedentes del mismo país, no creían en la existencia de discriminación por cuestiones de enfermedad mental y tampoco consideraban que la atención en salud mental que recibían resultaba un importante motivo para su permanencia en este país.

En referencia a los problemas de salud mental presentados por los usuarios, sobre las 20 personas entrevistadas, 13 conocían la denominación de su problema de salud mental y ese diagnóstico coincidía con el de su equipo tratante; 8 de ellos presentaban esquizofrenia, 3 trastorno bipolar y 2 depresión. Este hecho sin duda debe considerarse un avance, por un lado, en los derechos de las personas contemplados en el artículo 7º de la Ley 26.657/10 y, por el otro, en las tendencias psicoeducativas tendientes a generar conductas de auto cuidado en las personas y sus grupos familiares.

En los 7 casos restantes, 2 personas nacidas en Asunción del Paraguay, una de ellas –diagnosticada como esquizofrenia– refirió que en realidad los malos espíritus se apoderaron de su alma; la otra persona –diagnosticada como una psicosis orgánica no especificada– refirió tener problemas espirituales. Sin embargo, es importante mencionar que ambas continuaban con seguimiento psiquiátrico. Otra persona proveniente de Nicaragua, manifestó que no sabía por qué problema estaba internada: “posiblemente no tengo reflejos normales”; de la misma persona tampoco se encontraba registrado un diagnóstico de su equipo tratante. Los restantes 4 casos fueron personas que presentaron consumo de alcohol y/o drogas, y atribuyeron a ese consumo carácter de diagnóstico, sin considerar además su diagnóstico psiquiátrico, si bien desde la mirada de los equipos tratantes, uno se encuentra diagnosticado como trastorno depresivo, otro como un trastorno psicótico no especificado y los dos restantes como esquizofrenia, todos como cuadros de base considerando el consumo co-morbilidad. Es importante mencionar que si bien no se evaluó la tenencia o no de certificado de discapacidad, casi la totalidad de los usuarios de TPRSM lo poseen; y en dichos certificados consta un diagnóstico de acuerdo a *DSM-IV* o *CIE-10*, pero la sola lectura de ese diagnóstico no acredita la aceptación o conocimiento real del usuario del significado del mismo.

Tal vez merecen una atención especial aquellas personas (4) que refirieron que la decisión de migrar fue realizada sin ningún tipo de consulta familiar sino que fue una decisión personal e intempestiva, acompañada de la vivencia de que “no existía otra alternativa”. 2 de estas personas se sintieron empujadas por la falta de ingresos económicos y por la falta de posibilidades de subsistencia en su país natal, en otro de los casos se sumó a las circunstancias mencionadas una situación de violencia familiar y en otro la persecución política ejercida por la dictadura uruguaya. En el grupo de personas que decidieron su viaje sin consultar a su familia,

se concentraron 3 personas nacidas en el Uruguay y 1 en Bolivia, 3 de ellas presentaban problemas ligados a los trastornos del ánimo, la persona procedente de Bolivia consultó en forma previa a la migración y presentaba un trastorno bipolar I; de los 3 uruguayos, 1 diagnosticado con un episodio depresivo recurrente consultó por primera vez a los 36 años luego de 20 años de permanencia en la Argentina; otra de las personas uruguayas, también con diagnóstico ligado a los trastornos del ánimo (depresión recurrente) consultó luego de tres años de estar en la Argentina; la tercera persona de origen uruguayo (E. 18, de 51 años, presentaba un diagnóstico de psicosis no orgánica, no especificada, con consumo de alcohol y sustancias) fue internada y diagnosticada luego de 27 años de permanencia en el país.

En referencia al tema del apoyo social, se tomaron datos respecto al grupo familiar de convivencia. En el momento de confeccionar la guía para la entrevista, fueron tomadas como variables las utilizadas en un estudio de familia realizado en la Institución en el año 2012, y cuya definición extensiva es posible visualizar en el Anexo (página 78).

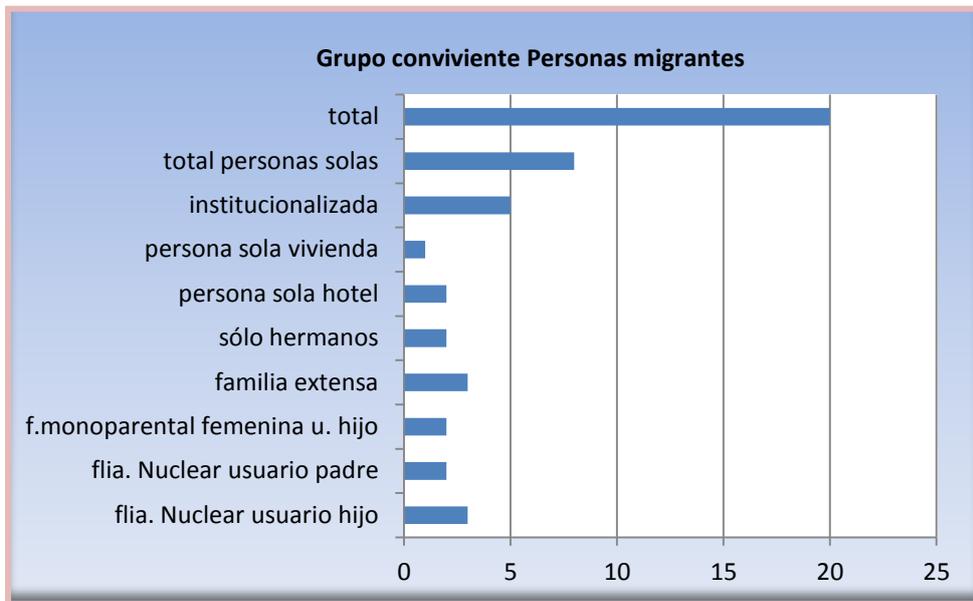
De acuerdo a las 20 entrevistas realizadas a las personas usuarias, la mitad vive con su familia, ya sea en hogares nucleares un 25% (5), o bien con hermanos o la familia extensa otro 25%. Dos personas provenían de hogares uniparentales con jefatura femenina.

5 de las personas entrevistadas se encontraban institucionalizadas (2 se vinculaban con su familia); 3 personas vivían solas, una en un hotel sin mantener vinculación con su grupo familiar y otra en una vivienda permanente, con una vinculación fluida con su grupo familiar; la tercera vía en una vivienda transitoria y sin lograr vincularse con su familia. En otras palabras 8 de las personas entrevistadas pertenecían a la categoría de personas solas.

En líneas generales, no fue posible pensar que hayan existido diferencias marcadas entre los grupos familiares convivientes de las personas migrantes que concurrían a TPRS y la totalidad de las personas que concurrían al momento de la evaluación efectuada en dicha institución en el año 2012 (ver Anexo página 78).

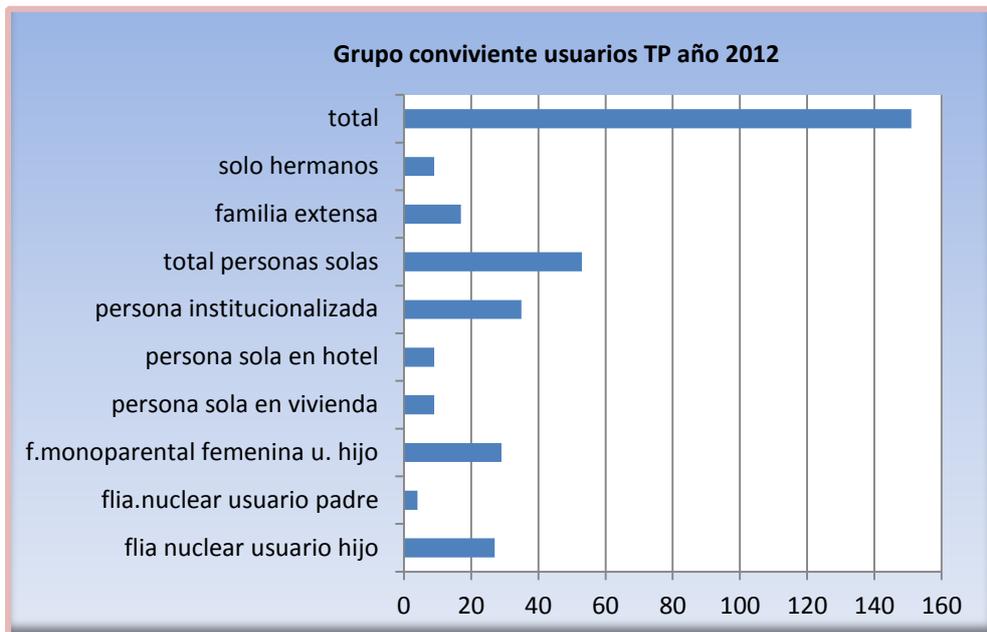
Es posible visualizar comparativamente los datos mencionados en los cuadros siguientes:

Cuadro VI



Fuente: resultados de entrevistas realizadas en la investigación.

Cuadro VII



Fuente: relevamiento realizado por el Servicio Social de la institución, 2012.

Tampoco aparecen a simple vista mayores diferencias entre los grupos familiares de los usuarios del dispositivo y la tendencia general observada en la ciudad de Buenos Aires de acuerdo a datos del último censo (INDEC, 2010) En los análisis estadísticos de población surge una tendencia al crecimiento de los hogares

unipersonales así como también de los hogares monoparentales, dentro de éstos los de jefatura femenina (Mazzeo, 2008).

En lo que refiere a las preguntas relativas al proceso de estigmatización de las personas con sufrimientos mentales severos, pudo observarse que 9 de las personas entrevistadas refirieron no percibir la existencia de algún tipo de rechazo o discriminación hacia las personas que padecen problemas graves de salud mental. Si bien algunos aclararon que no se discrimina porque “no se nota”. “No se los discrimina, porque si están compensados no se nota. A veces sí se los discrimina en la calle” (E. 2, 46 años, uruguayo). 4 personas en cambio consideraron que sí existe algún tipo de discriminación.

Algunas personas (6) se manifestaron interesadas en trabajar y encontraron dificultades al momento de conseguir empleo, pero no lo asociaron al tema del estigma; por el contrario, consideraron que esas dificultades habían tenido que ver con problemas sentidos como dificultades personales y que les impidieron acceder a un “*rendimiento establecido*”. Es decir el tipo estándar de rendimiento exigido por los empleadores en una actividad determinada, por ejemplo en los casos de actividades de costura debía completar un número de piezas promedio por jornada laboral: “trabajo cosiendo billeteras pero mi rendimiento es muy bajo, por eso no gano casi nada” (E.1, 25 años, peruana). Dentro de las dificultades percibidas se encontraban la dificultad para organizarse, algún tipo de trastorno cognitivo, la lentitud, el miedo a enfrentar situaciones sociales, etcétera. Ninguna de las personas entrevistadas, cuestionó o marcó la necesidad o el derecho de contar con alternativas de inserción laboral acordes a sus posibilidades.

Un fenómeno similar al de la negación del estigma, y que remite a la situación de extranjería, parece observarse en las respuestas vinculadas al tema migración, 11 de las personas entrevistadas, consideraron que no habían sido objeto de discriminación (sus rasgos faciales, no lo denotaban). Sin embargo, 6 de las personas que no consideraron haber sido objeto de discriminación en forma personal, sí afirmaban la existencia de expresiones y conductas discriminativas hacia las personas originarias de Bolivia y Perú: “en el locutorio vi un cartel que decía prohibido entrar peruanos” (E. 14, 57 años, uruguayo). En otras palabras, es posible pensar que si bien hasta el momento no habían padecido esa problemática en forma

personal, sí esa conducta se hallaba presente en el medio social en el cual se desenvolvían (podría afectarlos entonces en cualquier momento).

Entre las personas que aceptaron la existencia de discriminación hacia las personas extranjeras, 4 revelaron haberse sentido víctimas de las mismas: “sufrí mucha discriminación cuando iba a la escuela” (E. 13, 24 años, paraguayo) y 2 de ellas, si bien no sintieron haberla padecido en forma directa, también refirieron la existencia en forma aleatoria –es decir, no a partir de sí mismos sino por cuestiones que tenían que ver con el pago de salarios diferenciales a los extranjeros–, por la falta de documentación o la creencia generalizada de que “hay extranjeros que roban”.

En cuanto al acceso a derechos y políticas sociales, 14 de las personas entrevistadas consideran que no existen diferencias al momento del acceso a beneficios, 4 no saben si existen diferencias o no contestan esa pregunta; sólo 2 personas mencionan haber presentado problemas en el acceso a su DNI por no poseer la documentación requerida por la oficina de Migraciones para acceder al mismo.

En cuanto a nuestra práctica diaria, no se han observado problemas para el acceso a beneficios, salvo el subsidio habitacional que requiere un tiempo mínimo de residencia en la ciudad de Buenos Aires, pero dicho tiempo mínimo se exige también a las personas nativas argentinas. Se exige también un tiempo de permanencia, para el pago de la asignación universal por hijo si bien es posible considerar que el mismo no es demasiado extenso.

Un párrafo aparte merece el tema de las pensiones no contributivas que exigen un tiempo de residencia en la Argentina de 20 años. Existe variada jurisprudencia y acciones de inconstitucionalidad interpuestas en los Tribunales de la Nación, la Corte Suprema declaró que no es inconstitucional establecer distinciones entre nativos y migrantes, es una facultad del Poder Ejecutivo establecer reglamentaciones. Sí, en cambio, resulta inconstitucional el establecimiento de plazos desproporcionados. “Por ello la Corte Suprema de Justicia de la Nación, declaró la inconstitucionalidad del Art. 1 Inc. E del Decreto 432/97 respecto del plazo de 20 años de residencia continua exigido a un extranjero a los efectos de acceder a la pensión por invalidez que dispone la norma” (Rodríguez Miglio y Toledo, 2009:366).

En ese tema se realizó una articulación institucional con la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires que cuenta con un área específica en el área de migraciones. Si bien se realizaron acciones tendientes a garantizar este derecho,

dichas causas se pierden en interminables tramitaciones judiciales que no llegan a su fin. Desde esa institución también se brinda asesoramiento para la obtención de una doble nacionalidad, cuyo tiempo de tramitación es de entre 1 año y medio y 2 años, mediante la cual se equiparan la totalidad de derechos entre nativos y migrantes.

CAPÍTULO VI - CONCLUSIONES

Este trabajo se inició en la necesidad de identificar y conocer las características básicas de las personas migrantes usuarias de TPRS, tales como su perfil sociodemográfico y particularidades del proceso migratorio atravesado, y la relación entre dicho proceso y el inicio de sus síntomas y/o la primera consulta con algún profesional de la salud mental. Se tomaron líneas indagatorias de acuerdo al modelo multivariado de análisis sobre salud mental y procesos migratorios, según la síntesis realizada por Bhugra (2004).

También se analizaron circunstancias personales previas al proceso de migración, elementos presentes en el mismo y otros referidos a la post-migración, tal como el apoyo social. Asimismo se analizaron concepciones relativas a temas de estigma en las personas entrevistadas tanto referidas a cuestiones de salud mental como a sus características de migrantes.

Dada la escasez de investigaciones que aborden la temática en la Argentina, se consideró necesario iniciar un estudio exploratorio, pensando en la posibilidad de generar posteriormente nuevas líneas de investigación que pudieran guiar la formulación de nuevos estudios.

En el análisis de los resultados obtenidos en el estudio exploratorio aparecieron como relevantes varias situaciones:

En primer lugar, resultó llamativa la concentración de población uruguaya en porcentajes más altos que lo esperable de acuerdo a lo observable en los perfiles demográficos de la CABA y el AMBA. Las personas entrevistadas procedentes de Uruguay contaban con una media de edad mayor a los restantes integrantes de la muestra, así como también con mayores tiempos de permanencia en la Argentina respecto a los otros grupos de migrantes.

Estos datos deben ser analizados en relación con las características que la migración uruguaya ha tenido en la Argentina, éstas han sido diferentes a las presentadas por las poblaciones migrantes provenientes de los restantes países del Cono Sur, en tanto no fue generada por un aumento de la demanda de trabajo en la Argentina sino que, por el contrario, fue surgiendo de las condiciones de expulsión de su país de origen. En otros términos, los aumentos de contingentes migratorios de los países limítrofes y Perú acompañan el crecimiento metropolitano de Buenos

Aires; diferente comportamiento ha tenido la migración uruguaya que experimenta un crecimiento diferente y muy marcado en los años 70. Este crecimiento –en el saber de los estudios de los procesos migratorios– tiene que ver con el modelo de sustitución de importación económica iniciado en los años 50, que culmina en una crisis político-institucional que instaura un gobierno dictatorial en Uruguay a partir del año 1973 (Pellegrino, 2000). Es importante también mencionar el decrecimiento de ese proceso migratorio en los últimos años, fue posiblemente fruto de los cambios políticos de ese país (Tasks, 2006). A partir del 1° de marzo de 2005 asumió el gobierno la coalición de centro-izquierda Frente Amplio que, en su plataforma programática, enunció un proyecto de desarrollo con mayor contenido social generando una notoria disminución del flujo migratorio proveniente de ese país (Benencia, 2012:53). El contexto mencionado, nos habla de complejas situaciones pre migratorias, algunas vividas por los usuarios en forma personal y otras a través de sus grupos familiares de origen y que, en todos los casos, no fueron referidas como la búsqueda de mejores alternativas sino como “no había otra alternativa” posible que migrar. A esto puede agregarse que la situación encontrada en este país de acogida en los finales de los años 70 no fue la más favorable. Esos años estuvieron marcados por la represión del gobierno militar, la ley migratoria vigente en esos momentos y la posterior Ley 22439/81 (llamada ley Videla), que en su implementación muchas veces perpetuaba situaciones de irregularidad debido a los requisitos solicitados para la obtención de la residencia.

Varias de esas situaciones son relatadas por los protagonistas, quienes mencionan desde las desventajas salariales derivadas de la precariedad legal hasta algunas situaciones de tinte traumático –tipo incursiones policiales en pensiones o lugares de trabajo.

Otra característica de este grupo de personas nacidas en Uruguay es que 5 de estas 8 personas vivían solas (algunas institucionalizadas) y su vinculación con el grupo familiar era limitada o nula. Esta situación también nos habla de un apoyo social mayormente vinculado a lo institucional y a los efectores de salud que a sus grupos primarios. Es importante mencionar que el promedio de edad de este grupo es mayor que el restante de los entrevistados, con lo cual también existe la posibilidad de pensar que hubo lazos familiares en un inicio o bien que esos lazos familiares se fueron debilitando y perdiendo (algunos de los migrantes uruguayos han venido siendo pequeños, acompañado a su grupo familiar primario). Sobre esto no es posible

dejar de pensar en las consecuencias del modelo asilar de atención, siendo la pérdida de vínculos sociales de las personas que han permanecido internadas una de las más descritas. Por otra parte no es el sistema de atención de salud de este país lo que generó su permanencia: refirieron no conocer cómo es el sistema de atención de salud mental de su país, y no mostraron un interés particular en conocerlo, ni tampoco refirieron interés en volver a vivir en Uruguay; sólo un caso relató su deseo de volver “de visita”, lo cual nos habla de una ruptura de lazos fundamental con su país de origen.

La información que ofrece este trabajo abre nuevos interrogantes sobre la salud mental de este grupo especial de migrantes por lo que sería interesante profundizar en la realización de nuevos estudios que aborden esta población en particular.

La población de migrantes de TPRSM proveniente de Paraguay presenta características diferentes al resto de los migrantes, en principio un rango más amplio de edad que se encuentra entre los 25 y los 60 años y que es posible relacionar con el flujo permanente y tradicional de personas que llegan desde Paraguay a la Argentina. La comunidad paraguaya de migrantes es la numéricamente más importante, tanto en el país como en la CABA y el AMBA, y que sostiene y alimenta ese flujo de población migrante caracterizada por altos niveles de circularidad (Bruno, 2009).

4 de los 6 usuarios migrantes de Paraguay conviven con su grupo familiar y las restantes 2 personas, si bien se encuentran institucionalizadas, mantienen una vinculación fluida con su familia, lo cual nos habla de un apoyo social mayormente vinculado a su propio círculo familiar y comunitario. En esta población aparece, además, como elemento de importancia un marcado cambio en el acceso a la atención de su problemática de salud mental con respecto a su país de origen, y esto es expresado en forma contundente a la hora de realizar un análisis comparativo de su estado de salud previo a la etapa migratoria y luego aquí, donde parece materializarse su derecho al acceso de salud. En el caso de la migración paraguaya aparece la importancia de la red familiar en el inicio, apoyo y consolidación del proceso migratorio. La comunidad paraguaya aparece como la numéricamente más importante, y que atrae y sostiene a sus miembros más vulnerables.

De acuerdo a datos estadísticos la población paraguaya, comparativamente con la boliviana (son las dos comunidades mayoritarias), tiene menor tendencia a regularizar su estancia en la Argentina (Benencia, 2012:57) coincidentemente con los

entrevistados, 4 de 6 de los cuales hablan de su interés en volver a su país, a diferencia de la población uruguaya que, como ya se mencionara, ha roto su vinculación con el país de origen

Estos dos grupos bien diferenciados, nos llevan a pensar en impactos distintos del proceso migratorio en la salud mental de las personas entrevistadas, desde las diferentes condiciones pre migratorias a las de recepción en el país de acogida. Así, en los últimos años, podemos hablar de un país abierto a la migración del Mercosur y que también brinda posibilidades de legalizar la permanencia. Asimismo, podemos hablar de diferentes situaciones en la atención de salud mental derivadas de los cambios de paradigma profundizados en los últimos años sobre todo a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental.

Otro nuevo interrogante se abre en referencia a la población de origen boliviano. Resulta llamativa su escasa representación, siendo que el número de personas migrantes de ese origen en la ciudad de Buenos Aires es casi equivalente al número de migrantes de Paraguay. Este tema invita a comenzar a pensar si, tal vez, esta población no acceda a los servicios de salud mental por cuestiones de marcada exclusión social, tales como vivir en barrios precarios, en situaciones de marginalidad, o bien porque alimenta la población esclava en talleres clandestinos; quizá esta comunidad no acceda a servicios de salud en general, y en particular de salud mental, por sentimientos de discriminación y/o porque puede que se encuentre volcada a prácticas alternativas de medicina. Este último es un aspecto particular que también debería ser analizado en nuevos estudios.

En cuanto al tema del estigma vinculado a la salud mental, no apareció reflejado como un problema en esta población, si bien algunas de las respuestas obtenidas merecen una atención especial. En tal sentido, Goffman (1998), refiere que las personas afectadas por temas de estigma sólo muy esporádicamente aceptan que poseen esa cualidad impura. Denomina este fenómeno “el enmascaramiento del estigma”, es decir el ocultamiento del mismo, y tal vez sea en ese sentido que deben entenderse las respuestas dadas por los entrevistados en referencia a la enfermedad mental y sus posibilidades de inclusión laboral, cuando contestan que no se discrimina porque la enfermedad mental “no se nota”: no se discrimina porque “los demás no lo saben” (E. 15, 40 años, paraguay); no se discrimina porque “si uno está compensado no se nota” (E. 2, 45 años, uruguay); “si uno no lo dice los demás no lo saben” (E. 11, 56 años, uruguay). Es decir, la persona se siente portadora de un

“don impuro” que es necesario ocultar. No podemos desconocer que esta dinámica entre la visibilidad y el ocultamiento puede ser generadora de un alto grado de tensión en las personas estigmatizadas (Goffman, 1998).

La mayor parte de las personas entrevistadas, ni siquiera enfrenta la frustrante posibilidad de querer acceder a una actividad laboral. Así, 14 personas sobre el total de 20 entrevistadas refieren que no se plantean siquiera la posibilidad de acceso a actividades laborales; refieren que no lo hacen por sus problemas de salud, o porque no rinden, o que por su bajo rendimiento le pagan mal. Por otra parte, tampoco aparece un reconocimiento personal acerca de que ciertas características vinculadas a su salud mental podrían obstaculizar su acceso al empleo. Indudablemente, la sociedad estigmatiza a la enfermedad mental vedando posibilidades de inclusión laboral.

En nuestra sociedad el individuo estigmatizado adquiere estándares de identidad que aplica a sí mismo a pesar de no poder adaptarse a ellos (Goffman, 1998). Pareciera que las personas entrevistadas consideran que deberían llegar a rendir de acuerdo a los estándares establecidos, no pueden considerar que tal vez la sociedad tendría que pensar en actividades laborales acordes a sus posibilidades, especialmente en el caso de ciertos trastornos cognitivos o la imposibilidad de cumplir jornadas laborales extenuantes para cualquier ser humano, mucho más para una persona afectada por una discapacidad psicosocial.

En ningún momento aparece el reconocimiento del propio derecho a contar con posibilidades de acceso a actividades laborales ni tampoco se cuestiona la escasa respuesta a nivel de políticas públicas, ya que se desarrollan limitados programas de inserción laboral. Existen emprendimientos sociales en el área de salud mental –con escasos apoyos e incentivos a nivel oficial– que, en su mayoría, se han desarrollado y originado desde la órbita de los hospitales monovalentes.

Según el Informe 2015 – Derechos Humanos en Argentina:

Es imprescindible interpelar las obligaciones interinstitucionales de los ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la secretaría de Niñez, Adolescencia y familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) y el Instituto Nacional contra la Xenofobia y el Racismo (INADI). Sin identificar sus compromisos concretos, con una clara afectación de las partidas presupuestarias para hacer frente a las acciones que le correspondan según su competencia, la articulación interministerial tan celebrada corre riesgos de ser una mera nominalidad (...) La ausencia de una estrategia para superar la exclusión sociolaboral, las falencias de las políticas habitacionales para las personas que están en una situación de vulnerabilidad socioeconómica son algunas de las problemáticas sociales estructurales que impactan sobre las personas con padecimientos mentales y

requieren un compromiso en la agenda política de todas las partes involucradas (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015:476-477).

Un fenómeno similar al nombrado “enmascaramiento del estigma en salud mental” aparece en referencia a la estigmatización ligada a la nacionalidad y/o el color de piel: “Un complejo mecanismo lleva a que la discriminación tienda a ser disimulada y ocultada. Saben perfectamente que la sufren y a veces la mencionan, pero ello no es frecuente. Resulta difícil aceptar que se ocupa un lugar desvalorizado en las clasificaciones sociales (...)” (Margulis y Urresti, 1999:22). Del total de entrevistados sólo una persona ecuatoriana manifiesta que considera que en este país no existe discriminación. 13 consideran que existe discriminación, pero también consideran que ésta se da en especial con las personas provenientes de Perú y Bolivia. Sólo 4 personas migrantes afirman que la han sentido personalmente, los restantes entrevistados no han podido dar una respuesta sobre el tema.

Los procesos discriminatorios aparecen poco reconocidos en la sociedad en general, tanto por quienes la padecen en sí mismos como por quienes la actúan. “La discriminación que preferentemente estudiamos está relacionada con procesos de desigualdad económica y social y tiende a ser encubierta, vergonzante y poco reconocida” (Margulis y Urresti, 1999:17). En otros términos, la situación de postergación está tan naturalizada que no se la reconoce como un problema o un obstáculo, mucho menos como una falta a sus propios derechos ciudadanos.

Sobre el tema del estigma también se abren nuevos interrogantes para continuar líneas de estudio que analicen vivencias vinculadas al estigma y aborden esta problemática considerando el fenómeno del ocultamiento y la negación

Es necesario mencionar la ausencia en la ciudad de Buenos Aires de programas y/o campañas a nivel oficial, referidas al tema del estigma en salud mental entendiendo la necesidad de las mismas a partir de considerarlo uno de los mayores obstáculos para la recuperación de las personas con trastornos mentales graves en tanto dificulta su inclusión social plena, la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Si pensamos en un modelo de salud mental comunitario, tal vez muchas veces se asocie la comunidad a una mera delimitación geográfica, pero una comunidad es más que eso: “El concepto de comunidad engloba no sólo al conjunto de personas que la forman, sino también las complejas relaciones sociales que existen entre sus miembros, el sistema de creencias que profesan y las normas sociales que las rigen

(...) (Sweetland y Cohen, 2009). Las fuerzas políticas que actúan en la ciudad de Buenos Aires hacen muy difícil pensar en la implementación pura de un modelo comunitario de atención de la Salud Mental. Más allá de contar con una ley nacional que abone esta reforma, estamos muy lejos de una decisión política que dé lugar a su ejecución.

A este trasfondo político se agrega la complejidad de intereses de los múltiples actores que se mueven en el ámbito de la salud de la ciudad de Buenos Aires, y que representan intereses sectoriales y económicos que en los hechos dejan a un lado la defensa del derecho a la salud de los sectores más vulnerables, especialmente en el ámbito de la salud mental.

Es difícil pensar en un cambio del escenario porteño que vire hacia la implementación de la Ley de Salud Mental, cuando la misma defensa corporativa ha operado desde hace más de catorce años para evitar una implementación de la Ley 448 que permita quebrar con el monopolio manicomial. A pesar de ello la actuación territorial del Órgano de Revisión y la fuerte presencia de las estructuras de defensa continúan la lucha hacia la reivindicación de los derechos fundamentales en juego (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015:515).

En este escenario evidentemente complejo no podemos dejar de formular proyectos que apunten a la igualdad y a los derechos de las personas. Es indudable que nuestra legislación avanza hacia el pleno reconocimiento de los derechos de ambos grupos (Ley 25.871/03 de Migraciones; Ley 26,657/10 de Salud Mental; Ley 26.378/08 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). Sin embargo, mucho nos queda aún por trabajar sobre esas concepciones estigmatizantes constitutivas de nuestra cultura y productoras de subjetividad. Por otra parte, estas concepciones también conforman la mirada que tienen sobre sí mismas las personas que poseen una discapacidad psicosocial, una de las limitantes de importancia para el logro de su total inclusión social.

Guía de entrevista semiestructurada

1 – Datos demográficos básicos

- a. Nombre:
- b. Sexo:
- c. Edad - Grupo etario
 - menos de 20 años
 - de 21 a 30
 - de 31 a 40
 - de 41 a 50
 - de 51 a 60
- d. Lugar de procedencia
- e. País
 - Zona Rural
 - Zona Urbana
- f. Fecha de llegada al país
 - menos de 10 años
 - de 11 a 20
 - de 21 a 30
 - de 31 a 40
 - de 41 a 50
 - de 51 a 60

2 – Preguntas que apuntan a describir el proceso migratorio

Luego de tomar la decisión de salir de su país, ¿fue la Argentina su primer país de destino?

- a. Una vez en la Argentina ¿permaneció en una misma provincia?
- b. Se trasladó entre diferentes provincias.
- c. Se trasladó entre diferentes localidades de una misma provincia.
- d. Se mudó muchas veces dentro de una misma localidad.

1. Tres a cinco veces en años
2. Una o dos veces en años
3. Más de cinco veces en años

e. ¿Permanece en este país desde el momento de su ingreso o por el contrario se ha trasladado por tiempos prolongados hacia su país de origen u otros?

4 – Preguntas destinadas a conocer las características subjetivas dentro del proceso migratorio

A – En referencia a la decisión de la migración

- a. ¿Participó en la misma activamente?
- b. ¿Fue una decisión totalmente personal no compartida con otros?
- c. ¿Fue una decisión familiar en la que participó más o menos activamente?
- d. ¿Fue una decisión familiar en la que no participó?
- e. ¿No existía otra alternativa, las circunstancias lo llevaron?
- f. Otra

B – ¿Cómo fue la decisión de la migración?

- a. ¿Fue una decisión intempestiva?
- b. ¿Fue una decisión fruto de un largo proceso con marchas y contramarchas?
- c. ¿Fue una decisión clara y determinada que se trató de vehicular a la brevedad posible?

5 – Valoración personal sobre la migración

a. ¿Recuerda los sentimientos que acompañaron su proceso de migración?

Sintió, por ejemplo:

1. miedo,
2. tristeza,
3. alegría,
4. euforia,

5. nerviosismo,
6. ansiedad,
7. u otros sentimientos,
8. no se acuerda o no tiene un registro especial al respecto.

b. ¿Fue la migración un hecho deseado?

1. Sí.
2. No.
3. En algunos aspectos.
4. De ser así ¿en cuáles?
5. No sabe, no se acuerda.

c. ¿La migración trajo aparejados cambios en las condiciones de

1. Vivienda
2. Trabajo
3. Situación Económica
4. Características de la atención médica

d. ¿Tenía expectativas de cambio al llegar?

e. ¿Cuáles eran?

f. Usted siente:

1. Se cumplieron sus expectativas.
2. En alguna medida.
3. No se cumplieron.

g. ¿Considera que está mejor, peor o igual en este país con respecto a su país de origen y en qué aspectos?

h.

i. ¿Considera que la migración impactó de alguna manera en su salud mental?

j. ¿Cómo fue su proceso de adaptación?

1. se adaptó rápido,
2. fue dificultoso, pero que lo logró,
3. nunca logró adaptarse,

- k. ¿Qué puede relatar de su vida luego de que llegó al país?
- l. ¿Qué hechos destaca principalmente?

6 – Preguntas relacionadas con su sufrimiento mental y el grado de conciencia que tiene sobre los mismos

- a. ¿Cuándo fue la primera vez que consultó un psiquiatra? ¿por qué?
- b. ¿Piensa usted que tiene alguna afección o enfermedad mental? De ser así ¿cuál es?⁸
- c. ¿Piensa usted que el proceso migratorio incidió de alguna manera en su problemática de salud mental?
- d. ¿Ha estado o está internado en la actualidad por motivos de salud mental?
- e. ¿Cuánto tiempo? ¿Cuántas veces?
- f. Si está internado ¿tiene expectativas de alta próxima?
- g. ¿Considera que su internación actual está ligada a problemas de salud mental o a otras razones?
- h. En caso de ser así ¿cuáles son esas razones?

7 – Preguntas vinculadas al tema de la red social

a - Red familiar

¿Con quién vive?

Familia nuclear

- usuario padre
- usuario hijo

Familia monoparental

- Con jefe femenino
 - usuario madre
 - usuario hijo

⁸ Apunta a considerar el grado de conciencia de enfermedad de la persona afectada.

- Con jefe masculino
 - usuario padre
 - usuario hijo

Persona sola (con vinculación familiar) (tipo de vivienda)

- Vivienda familiar
- Institucionalizado
- Hotel

Persona sola (sin vinculación familiar) (tipo de vivienda)

- Vivienda familiar
- Institucionalizado
- Hotel

Familia extensa

Familia sólo hermanos

b - Tipo de vinculación familiar⁹/social

- a. ¿Qué tipo de vinculación mantiene con su familia?
- b. ¿Con qué personas de su familia mantiene contacto, y con qué frecuencia?
- c. ¿Tiene amigos?
- d. ¿Se relaciona con gente de su misma nacionalidad?
- e. ¿Le parece importante este tipo de relación con las personas de su misma nacionalidad?
- f. Mantiene contacto con su país de ser así, ¿qué tipo de contacto mantiene?
- g. ¿Tiene familiares allí? ¿Mantiene contacto con ellos?
- h. Si no mantiene contacto con ellos ¿por qué?
- i. ¿Ha viajado de regreso a su país de origen?
- j. ¿Viaja habitualmente a su país de origen?
- k. ¿Le gustaría volver a vivir a su país?

⁹ La siguiente clasificación es acorde a los datos generales que posee la Institución y es a fines comparativos.

- l. ¿Cómo es la atención psiquiátrica de la ciudad de Buenos Aires, con respecto a la de su país de origen?
- m. Si la atención de su salud mental es mejor en la Argentina, ¿es esto una razón de peso para sostener su permanencia en este país o existen además otras razones importantes para usted?

8- Preguntas vinculadas al tema del estigma

- a. ¿Usted trabaja?
- b. Si no trabaja ¿por qué?
- c. ¿Usted desea trabajar?
- d. ¿Intentó realizar en algún momento alguna actividad económicamente productiva?
- e. ¿Cuál fue esa experiencia?
- f. Si no trabaja, ¿por qué?
- g. ¿Considera usted qué tener una enfermedad mental o ser discapacitado dificulta su acceso al trabajo?
- h. ¿Considera usted que las personas con problemas en su salud mental tienen dificultades para acceder a un trabajo?
- i. ¿Se siente discriminado por ser enfermo mental?
- j. Con respecto a personas que tienen un padecimiento similar al suyo, piensa que tiene las mismas dificultades o mejores o peores para acceder a una vivienda, trabajo, o a beneficios sociales.
- k. ¿Se siente discriminado por ser extranjero?

Consentimiento informado

Por la presente presto mi consentimiento para realizar una entrevista con la Lic. Verónica Lago, quien se encuentra realizando un trabajo de investigación sobre las características de los pacientes migrantes que concurren a Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental, y quien me ha explicado las características de la misma.

Conozco que mi participación en la entrevista es voluntaria y que la realización de la misma, cualquiera sea su resultado, no afectará mi tratamiento en Talleres de Rehabilitación en Salud Mental.

No serán revelados mis datos personales. Mis respuestas sólo serán utilizadas para los fines de esta investigación, realizada en el marco de la maestría de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Está en mi conocimiento que puedo hacer todas las preguntas que desee antes, durante o después de la entrevista y también que puedo retirarme o no responder las preguntas que no desee contestar.

Lugar y fecha

.....

Firma

.....

Documento

Definición de variables referentes a la composición del grupo familiar de acuerdo a estudios previos realizados en Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental – Fragmentos Ateneo Institucional año 2012

La idea de construcción de este trabajo, surgió de la necesidad de construcción de un marco teórico conjunto en el área de Trabajo Social, que unifique y fundamente las intervenciones familiares en la Institución. Con la idea de abrir un espacio de reflexión, búsquedas de consensos y construcción de un marco referencial compartido con el equipo interdisciplinario. Por lo tanto decidimos abordar esta tarea en varios niveles.

A – En primera instancia pensar a la familia como una construcción social, desde allí articular conceptos teóricos desde una visión sociológica/demográfica con una caracterización de datos demográficos de la población usuaria de TPRS.M.

Se confrontaron esos resultados con las características demográficas de censos poblacionales y Encuesta Nacional de Hogares, tanto a nivel de la CABA como de los 32 partidos del conurbano, y un nivel más general de país, considerando también las variaciones producidas entre los años 2001 y 2010 (años censales).

La estructura familiar fue pensada en relación con quiénes eran los miembros que la componían y también cómo eran las relaciones que se construían entre sus miembros, cómo era la estructura de poder que se articulada en torno a las actividades de la vida cotidiana.

En cuanto a la dinámica, hablamos de las reglas de juego construidas cotidianamente: ¿quiénes deben trabajar?, ¿quién debe hacer las tareas domésticas? Esto se articula en torno a dos conceptos que son género y generación, a los cuáles nosotros podemos integrar la dimensión del cuidado de la salud mental de una persona con un trastorno mental grave.

Es posible pensar en la profunda interrelación existente entre el entorno social y la estructura familiar, entendiendo que ambas no son conceptos autónomos sino que actúan en forma interdeterminante, como un sistema en interacción constante.

Se pensó la familia no sólo como ámbito reproductor de relaciones sociales sino también como el lugar desde donde se producen las condiciones materiales de la existencia; entendiendo que la desocupación y la precariedad laboral, inciden en la

estructura dinámica y el ritmo cotidiano de la familia produciendo alteraciones al propio modelo nuclear tradicional.

Sin embargo es observable para nosotros que no se ha modificado la representación del modelo familiar, en el cual la familia nuclear sigue en el imaginario como la representación social clásica y deseable.

Siguiendo a Silvia Gattino y Nora Aquín, podemos pensar que la manera más apropiada de pensar en una familia, es pensarla en tres dimensiones:

- Producción y reproducción material de la existencia social de los individuos.
- Relaciones sociales (formales, informales de reciprocidad y mutualismo).
- Prácticas sociales y representaciones (en el interior de la familia y con su entorno).

Así, las modificaciones que se han podido producir tanto a nivel de división sexual y generacional del trabajo, como desde la interacción entre lo público y lo privado a nivel de la cultura, han provocado en épocas del neoliberalismo profundas modificaciones en la dinámica familiar. Entonces, la construcción de roles desde lo social para lograr el sostenimiento económico de las familias, impacta en las mismas generando profundos cambios y conflictos familiares.

Así los hogares dirigidos por mujeres pasaron de un 4% en 1960 a un 23% en 1994. También ha sido posible pensar en el avance de la pobreza como uno de los componentes de esta producción social de diversos tipos de familia.

Sin embargo, a partir del estudio se afirma que el modelo nuclear de familia permanece, si bien se producen importantes modificaciones en la dinámica de esta estructura.

A los fines de lograr una caracterización de las personas que asisten a TPRSM, se intentó obtener una foto en relación con la frecuencia en que determinadas modalidades familiares se presentaban en ese momento, sabiendo ya cuántas de las personas que concurrían se encontraban institucionalizadas; pero no se sabía cuántas de ellas habían perdido la vinculación con su familia, ni cuántas convivían con ella, ni cuántas pese a estar institucionalizados sostenían un fluido contacto con sus grupos familiares originales.

Para lograr caracterizar a esas familias, se realizó una clasificación de los grupos familiares –arbitraria en algún punto y con cierto nivel de generalización–

que si bien ocasionó la pérdida de algunos detalles, permitió un conocimiento global de la población usuaria de TPRS.M.

A tales fines se constituyó una clasificación a partir de los lugares marcados por el vínculo de parentesco, más allá de la función ejercida. Por ejemplo, se consideró una familia nuclear a la constituida por padre, madre y uno o más hijos y de hecho, más allá que en la construcción real de la familia, el hijo, en función de la enfermedad mental del padre, es el que provee tanto el sustento económico como el cuidado de la salud de sus padres ejerciendo en temas reales la jefatura de este hogar.

Se consideraron como grupos familiares diferenciados:

1 – **Familia nuclear:** entendiéndose por tal la familia que incluye padre madre y uno o más hijos. Dentro de este grupo se incluyeron dos subcategorías de acuerdo a si el usuario ocupaba el lugar de hijo o el lugar de padre.

1.1. Familia nuclear donde el padre y/o la madre eran usuarios que concurrían a TPRS.M. **Grupo familiar nuclear usuario padre.**

1.2. Familia nuclear donde el hijo era usuario de TPRS.M. **Grupo familiar nuclear usuario hijo.**

2 – **Familia monoparental:** considerando dos subcategorías, en tanto que quien funcione como cabeza en el nivel de estructura de parentesco sea un hombre o una mujer.

2.1. **Familia monoparental c/jefe masculino.**

2.1.1. **Familia monoparental c/jefe masculino – c /usuario hijo.**

2.1.2. **Familia monoparental c/jefe masculino – c/usuario padre.**

2.2. **Familia monoparental c/jefe femenino.**

2.2.1. **Familia monoparental c/jefe femenino c/usuario hijo.**

2.2.1. **Familia monoparental c/jefe femenino c/usuario padre.**

3 – **Persona sola:** se consideró como tal a la persona que no convive con otros familiares, pero discriminando si mantiene vinculación con otros miembros de su familia. Se consideró que mantenía vinculación quien tenía contacto personalizado con algún familiar por lo menos una vez por mes.

3.1. **Persona sola c/vinculación familiar.**

3.2. **Persona sola s/vinculación familiar.**

Dentro de estas dos subcategorías se consideraron, además de la relación de parentesco, las características de la vivienda, en tanto factor que influye y modifica la dinámica de las relaciones familiares. Se incluyeron en la medición otras tres variables: hotel o pensión, vivienda (propia o alquilada) e institución.

Es importante mencionar que consideramos una persona institucionalizada a aquella que permanece más de un año en un dispositivo de internación, casa de medio camino, hostel, residencia hogar o institución geriátrica.

3.1.1. Persona sola c/vinculación familiar – vivienda hotel o pensión.

3.1.2. Persona sola c/vinculación familiar – vivienda propia o alquilada.

3.1.3. Persona sola c/vinculación familiar – institucionalizada.

3.2.1. Persona sola s/vinculación familiar – vivienda hotel o pensión.

3.2.2. Persona sola s/vinculación familiar – vivienda propia o alquilada.

3.2.3. Persona sola s/vinculación familiar – institucionalizada.

4 – Familia extendida: se incluyeron en esta categoría familias que incluyan como convivientes tanto familiares en línea ascendente o descendente de al menos tres generaciones (abuelos o nietos), o bien familias que incluyan familiares colaterales (tíos, cuñados, sobrinos).

5 – Familia hermanos: se incluyeron en esta categoría únicamente grupos de convivientes hermanos (al menos un hermano del usuario).

Análisis de datos demográficos

De acuerdo a las categorías mencionadas, los profesionales de trabajo social de los TPRS con excepción del taller intrahospitalario del hospital José T. Borda, en actividad en ese entonces, realizan un relevamiento sobre el total de 151 pacientes que concurrían en ese momento a la Institución, distribuidos en ocho talleres.

Es posible observar los resultados que han sido volcados en cuadro del Anexo N° 1. En referencia a los mismos, es posible inferir:

Concurren a TP un 35% de personas solas (incluidas las institucionalizadas).

Un 21% convive con una familia nuclear completa.

Un 27% convive en una familia monoparental, entre ellos una mayoría del 19% de nuestra población forma parte de una familia monoparental en la que el usuario ocupa el lugar de hijo y el jefe es una figura femenina.

Hay un 3% de familias donde una usuaria es jefe de familia, no hay familias monoparentales donde el usuario pueda considerarse Jefe de la misma.

También hay un 3% de familias nucleares en las que la jefatura es ejercida por un usuario.

Apenas un 21% de los usuarios forman parte de una familia nuclear clásica, de ellos un 18% ocupan el lugar de hijos.

Sólo un 11% de los usuarios proviene de familias extendidas y apenas un 6% proviene de familias con hermanos.

Volviendo sobre el 35 % de personas solas, un 12 % del total de esa población no mantiene vinculación con su grupo familiar.

Un 23% de la población que concurre a TPRSM se encuentra institucionalizada.

Un 6% vive en hoteles, de los cuales sólo la mitad se relaciona con su familia.

Un 6% vive solo en su casa, un 1% por ciento de ellos no mantiene vinculación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- ADEBIMPE, Victor R., "Overview: White norms and psychiatric diagnosis of black patients", *American Journal of Psychiatry*, N° 138 (1981), pp. 279-285.
- ALFONSO, Libertad Martín, "Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente", *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 32, (2006), [On-line], Dirección URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013 (Página consultada el 22 de mayo de 2014).
- ALMEIDA FILHO, Naomar, 2000, *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Lanús, Lugar editorial UNLA.
- ALVARADO, Rubén, "Salud mental en inmigrantes", *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 12, 2008, pp. 37-41.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995, *DSM-IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, 2014, *DSM-5 – Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, España, Editorial Médica Panamericana.
- BASAGLIA, Franco, 1972, "La institución de la violencia", en *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral Editores, pp. 129-168.
- BECERRA, Margarita y ALTIMIR, Laura, "Nuevas prácticas inclusivas en salud mental y migración: Programa PRISMA", Congreso ALAS 2013 GT 08 - Desigualdad, vulnerabilidad y exclusión social, [On-line], Dirección URL: http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Becerra-y-Altimir_Nuevas-Practicas-inclusivas-en-Salud-Mental-y-migracion.pdf (Página consultada 15 de septiembre de 2015).
- BENENCIA, Roberto, 2012, *Perfil migratorio de Argentina 2012*, Buenos Aires, Organización Internacional Migraciones - Oficina Regional para la América del Sur.
- BERLINGUER, Giovanni, 1994, *La enfermedad*, Buenos Aires, Lugar.
- BHUGRA, Dinesh, "Migration and mental health", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (2004), pp. 243-58.
- BHUGRA, Dinesh y JONES, Peter, "Migration and mental illness", *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 7, N° 3 (mayo 200), pp. 216-222.
- BONILLA, Alcira B., "Ciudadanía interculturales emergentes y realización diferenciada de un derecho a la salud mental como derecho humano", Panel Ciudadanía, Migración y Salud Mental desde la óptica de los Derechos Humanos en las Primeras Jornadas Psicología y Problemas Éticos en la Sociedad Contemporánea, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 26 de Abril de 2008, [On-line], Dirección URL: <http://www.ddhmmigraciones.com.ar/eventos/salud%20mental08/Bonilla.pdf> (Página consultada el 25 de mayo de 2015).
- BROWN, Seth, "Factors and measurement of mental illness stigma: A psychometric examination of the attribution questionnaire", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (2008): 89-94.
- BRUNO, Matías S., "Trayectorias laborales diferenciadas entre migrantes paraguayos y peruanos en el Área Metropolitana de Buenos Aires", X

- Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación Argentina de Estudios de Población-AEPA, San Fernando del Valle de Catamarca, 4-6 de noviembre de 2009, [On-line], Dirección URL: <http://www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/xjornadas/pdf/adhoc03.pdf> (Página consultada el 13 de septiembre de 2015).
- CAGGIANO, Sergio, "Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción", *Iconos, Revista de Ciencias Sociales*, Volumen II, N° 28 (mayo 2007), pp. 93-106.
- CALVEYRA, Soledad, de GEMMIS, Vicente y MASSEI, Hugo, 1996, *Del invento a la herramienta*, Buenos Aires, Polemos.
- CASTEL, Roberto, 1997, *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- CASTILLA, Julia y GUERRIERI, Jorge, 2012, "Panorama de las migraciones limítrofes y del Perú en el inicio del siglo XXI", en Oficina Regional Sur (ed.), *El impacto de las migraciones en la Argentina – Vol. 2 Cuaderno de Migraciones*, Buenos Aires, OIM, pp. 17-26.
- CASTRO, Roberto, CAMPERO, Lourdes y HERNÁNDEZ, Bernardo, "La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos", *Revista Saùde Publica*, Vol. 31, N° 4 (1997), pp. 425-353.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, 2015, *Derechos humanos en Argentina*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- CERRUTTI, Marcela, 2010, "Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina", en Marcela Cerruti, *Salud y migración internacional. Mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires, Latingráfica.
- CERRUTI, Marcela, COURTIS, Corina y LIGUORI, Gabriela, 2010, *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*, Santiago de Chile, CEPAL.
- DASEN, Pierre R., BERRY, John y SARTORIUS, Norman , 1998, *Health and Cross-cultural Psychology: Toward application*, Newbury Park, Sage Publications.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. MINISTERIO DE HACIENDA. GCBA, 2012, "Encuesta Anual de Hogares - EAH", Buenos Aires.
- DONZELOT, Jacques, 1981, 1981, "Espacio cerrado, trabajo y moralización", en AA, *Espacios de poder*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, pp. 27-46.
- EAGLES, John M., "The relationship between schizophrenia and immigration. Are there alternatives to psychosocial hypotheses?", *The British Journal of Psychiatry*, (diciembre 1991), pp. 783-789.
- EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2008, *Informe final: Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la región metropolitana (versión abreviada)*, Universidad de Chile, [On-line], Dirección URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b608460e04001011f01239d.pdf> (Página consultada el 12 de diciembre de 2013).
- ESTEBANEZ, Pilar, 2002, *Exclusión social y salud. Balance y perspectivas 1998*, Barcelona, Paidós.
- FERNÁNDEZ, María Teresa,, "La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", *Defensor*,

- Nº 11 (noviembre 2010), pp. 10-17. [Editado por Comisión de Derechos Humanos de México DF.]
- FLORES REYNOSO, Samantha, MEDINA DÁVALOS, Rafael, ROBLES GARCÍA, Rebeca y PÁEZ AGRAZ, Francisco , "Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales", *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, Vol. 11, Nº 3 (2002), pp. 82-89.
- FLÓREZ FERNÁNDEZ, Isabel, "La inmigración como puerta de entrada hacia la psicopatología". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero-15 de marzo 2000, Conferencia 12-CI-E, [On-line], Dirección URL: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa12/conferencias/12_ci_e.htm. (Página consultada el 21 de marzo de 2014).
- GALENDE, Emiliano, 1998, *De un horizonte incierto*, Buenos Aires, Paidós.
- GALENDE, Emiliano, 1994, *Psicoanálisis y salud mental*, Buenos Aires, Paidós.
- GARCÍA-CAMPAYO, Javier y SANZ CARRILLO, Concepción, "Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío", *Medicina Clínica Barcelona*, Nº 118 (febrero 2002), pp. 187-191.
- GISBERT, Cristina (coord.), 2002, *Rehabilitación psicosocial en el trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- GOFFMAN, Erving, 1983, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving, 1998, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GOFIN, Jaime y LEVAV, Itzhak, 2009, "Del examen preliminar al diagnóstico comunitario de salud mental", en Jorge Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS, pp. 50-70.
- GOLDBERG, Alejandro, "Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud. Tuberculosis en inmigrantes que viven y trabajan en talleres clandestinos en la ciudad de Buenos Aires", *Cuadernos de Antropología Social*, Nº 39 (2014), pp. 91-114.
- GOLDBERG, Alejandro, "Etnografía de los procesos desalud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires" IX Congreso Argentino de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008, [On-line], Dirección URL: <http://www.aacademica.com/000-080/8> (Página consultada el 13 de septiembre de 2015).
- GOLDLUST, John y RICHMOND, Anthony H., "A multivariate model of immigrant adaptation", *International Migration Review*, Vol. 8, Nº 2 (1974), pp. 193-225.
- GRIMSON, Alejandro, "Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en Argentina", [On -line], Dirección URL: http://cidac.filo.uba.ar/sites/cidac.filo.uba.ar/files/revistas/adjuntos/UNIDAD%2016%20-%20Nuevas%20xenofobias%20Argentina_1020951901.pdf (Página consultada el 9 de julio de 2015).
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. *Guía de Práctica Clínica de las Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave - Plan de Calidad para el Sistema Nacional de*, España: Edición Ministerio de Innovación de España, 2009.

- HUTCHISSON, Gerard y HAASEN, Christian, "Migration and schizofrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (mayo 2004), pp. 350-357.
- IDOYAGA MOLINA, Anátilde y KORMAN, Guido, "Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires", *Scripta Ethnologica*, N° 24 (2002), pp. 173-214.
- IDOYAGA MOLINA, Anátilde y KORMAN, Guido, 2003, "Síndromes dependientes de la cultura (DSM-IV) en el NO argentino", en *Memorias de las X Jornadas de Investigación, Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, Buenos Aires, EUDEBA, pp. 114-116.
- INDEC, 2010, "Censo nacional de población, vivienda y hogares año 2010", Buenos Aires.
- INTERNACIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, "Report of the eighty-eighth session of the Council, Geneva 30 November to 3 December 2004. MC/2153", (28 enero 2005), [On-line], Dirección URL: http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/en/council/90/MC2153_rev1.pdf (Página consultada el 1 de agosto de 2014).
- JARVIS, Eric, "Schizophrenia in British immigrants: Recent findings, issues and implications", *Transcultural Psychiatry*, (1998), pp. 35-39-74.
- JELIN, Elizabeth, GRIMSON, Alejandro y ZAMBERLIN, Alejandro, 2008, "Los pacientes extranjeros en la mira", en Elizabeth Jelin (coord.), *Salud y migración regional-ciudadanía discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Ides, pp. 47-53.
- JELIN, Elizabeth, y GRIMSON, Alejandro, 2008, *Salud y migración regional-ciudadanía discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires, 1ª digitalización, Texas: Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- KOHN, Robert, y otros, "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18, N° 4-5 (octubre-noviembre 2005), pp. 229-240.
- KORMAN, Guido Pablo y IDOYAGA MOLINA, Anátilde, 2010, *Cultura y depresión*, Buenos Aires, Librería Akadia Editorial.
- LÓPEZ, Marcelino, LAVIANA, Margarita, FERNÁNDEZ, Luis, LÓPEZ, Andrés y ALMUDENA RODRÍGUEZ, Ana María y Aparicio, "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXVIII, N° 101 (2008), pp. 43-83.
- MARGULIS, Mario, "Cultura y discriminación social en la época de la globalización", *Nueva Sociedad*, N° 152 (noviembre 1997), pp. 37-52.
- MARGULIS, Mario y URRESTI, Marcelo, 1999, *La segregación negada: cultura y discriminación social*, Buenos Aires, Biblos.
- MARTINCANO GÓMES, José Luis y GARCÍA CAMPAYO, Javier, 2004, *Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante*, Madrid, Ediciones Novartis-Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.
- MAZZEO, Victoria, "El aumento de los hogares unipersonales en la ciudad autónoma de Buenos Aires", *SEC informa*, (septiembre 2008), Dirección General de Estadística y Censos, Buenos Aires Gobierno de la Ciudad, [On-line], Dirección URL: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/boletin/septiembre08/notacentral.htm (Página consultada el 13 de septiembre de 2015).

- MORIN, Edgar, (1988) "Introducción al pensamiento complejo", [On-line], Dirección URL: <http://www.edgarmorin.org/publicaciones-morinianas.html> (Página consultada el 10 de agosto de 2014).
- MORTENSEN, P., CANTOR-GRAAE E. y MCNEIL, T.F., "Increased rates of schizophrenia among immigrants: Some methodological concerns raised by Danish findings", *Psychological Medicine*, N° 27 (julio 1997), pp. 813-20.
- MOURATIAN, Pedro, 2013, *Racismo: hacia una Argentina intercultural*, Buenos Aires, INADI.
- MUÑOZ MARRÓN, Elena, 2004, *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida*, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. [On-line], Dirección URL: <http://www.biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t27495> (Página consultada el 24 de marzo de 2014).
- NEWHILL, Christina, "The role of culture in the development of paranoid symptomatology", *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 60 (1990), pp. 176-185.
- ODEGAARDS, Ornulu, "Study of mental disease among Norwegian born population" *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 22 (1932), pp. 1-26
- OMS, 2003, *CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Washington, Organización Mundial de la Salud (10ª ed.).
- OPS, 2001, *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*, España: IMSERSO Ministerio de Trabajo y Asistencia Social. Secretaría de Estado y Seguridad Social. Instituto de Mayores y Servicio Social.
- OPS/OMS, 2006, *Informe WHO/AIMS sobre el sistema de salud mental en Paraguay*, Asunción, OPS/OMS, [On-line], Dirección URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/paraguay_who_aims_report_spanish.pdf (Página consultada el 22 de marzo de 2014).
- PALACIOS, Agustina, 2008, *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Cinca.
- PELLEGRINO, Adela, 2000, *El perfil de los uruguayos censados en la Argentina en 1991*, Buenos Aires, Organización Internacional de Migraciones-Oficina Regional Buenos Aires.
- PETIT, Juan Miguel, 2003, *Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, sus familias y sus derechos*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, [On-line], Dirección URL: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/12572/P12572> (Página consultada el 19 de junio de 2014).
- PINILLOS, Mónica, "Intervención psicosocial y educativa para prevención de riesgos asociados a procesos migratorios", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 10, N° 1 (2012) pp. 579-591.
- RAMELLA, Adriana, 2015, *Anuario estadístico 2014. Subdirección de Rehabilitación*, Buenos Aires, Talleres de Rehabilitación en Salud Mental.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2012, *Diccionario de la lengua española*, (22ª ed.) [On-line], Dirección URL: <http://lema.rae.es/drae/?val=discriminar> (Página consultada el 29 de marzo de 2014).

- RODRÍGUEZ MIGLIO, Ezequiel y TOLEDO, Lionel, 2009, "Jurisprudencia argentina en materia de derecho de migrantes", en Pablo Ceriani Cernadas y Ricardo Fava, *Políticas migratorias y derechos humanos*, Remedios de Escalada, EDUNLa Cooperativa, pp. 337-347.
- RODRÍGUEZ, Abelardo, 1997, *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, Madrid, Pirámide.
- RODRÍGUEZ, Jorge (ed.), 2009, *Salud mental en la comunidad*, Washington DC, OPS (2ª ed.).
- RODRÍGUEZ, Jorge, KOHN, Robert y LEVHAV, Itzhak, 2009, "Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe" en Jorge Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington DC, OPS, pp. 27-38
- ROJAS, Graciela, FRITSH, Rosemarie, CASTRO, Ariel GUAJARDO, Viviana y TORRES, Berta , "Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante", *Revista Médica de Chile*, (octubre 2011).
- SÁNCHEZ, Elisa G. y MOHL, P., "Psychotherapy with Mexican-American patients", *American Journal of Psychiatry*, Vol.149, N° 5 (mayo 1992), pp. 626-630.
- SARACENO, Benedetto, 2003, *La liberación de los pacientes psiquiátricos de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*, México DF, Pax México.
- SARACENO, Benedetto y FLEISCHMANN, Alexandra, 2009, "La salud mental desde una perspectiva mundial" en Jorge Rodríguez (ed.). *Salud mental en la comunidad*, Washington DC, OPS, pp. 13-25.
- SELTEN, Jean Paul, SLAETS, Joris y Kahn, R.S., "Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: Evidence of an increased incidence", *Psychological Medicine*, N° 27 (julio 1997), pp. 807-811.
- SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA, "Derecho a la protección de la salud mental. Ley N° 26.057", *Boletín Oficial*, 2.12.2010.
- SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Ley N° 23.592*, 23 de agosto de 1988, [On-line], Dirección URL: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20465/norma.htm> (Página consultada el 24 de marzo de 2014).
- SWEETLAND, Annika y COHEN, Alex, 2009, "Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa", en Jorge Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington DC, OPS, pp. 71-88.
- TASKS, Javier, "Migraciones internacionales en Uruguay: de pueblo trasplantado a diáspora vinculada", [On-line], Dirección URL: revista-theomai.unq.edu.ar (Página consultada el 22 de marzo de 2014).
- TESTA, Mario, 1997, *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar.
- VEGA, William A., KOLODY, Bohdan, AGUILAR GAXIOLA, Sergio, ALDERETE, Ethel, CATALANO, Ralph y CARAVEO ANDUAGA, Jorge, "Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California", *Archives of General Psychiatry*, (1998), pp. 771-778.
- VIAÑA, Jorge, 2009, *La interculturalidad como herramienta de la emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad y sus usos estatales*, La Paz, Bolivia, Instituto Internacional de Integración Andrés Bello.
- WAKEFIELD, Jerome, "El concepto de trastorno mental: implicancias diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial", *World Psychiatry* [edición en español], Vol. 5, N° 3 (diciembre 2007), pp. 149-166.

WHO, 2001, *The World Mental Health Report 2001. Mental health: New understanding new hope*, Geneva, World Health Organization.

WHO/OPS, 2008, *Informe IESM-OMS sobre el sistema de Salud Mental en Bolivia, La Paz*, WHO/OPS, [On-line], Dirección URL: http://www.who.int/mental_health/bolivia_who_aims_report.pdf (Página consultada el 22 de marzo de 2014).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- BOTTINELLI, María Marcela y col., 2003, *Metodología de investigación: herramientas para un pensamiento científico complejo*, Morón, Gráfica Hels.
- CERIANI CERNADAS, Pablo y FAVA, Ricardo, 2009, *Políticas migratorias y derechos humanos*, Lanús, Ediciones de la Unla.
- CUESTAS, F., “Sobre locura y emigración en el mundo globalizado”, *Psicoperspectivas*, Vol. 10, N° 1 (2011), pp. 21-45, [On-line], Dirección URL: <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v10n1/art03.pdf> (Página consultada el 24 de marzo de 2014).
- MÁRMORA, Lelio, 2002, *Las políticas de migraciones internacionales*, Buenos Aires, Paidós.
- PIZARRO, Cynthia, 2011, *Migraciones internacionales contemporáneas. Estudios para el debate*, Buenos Aires, Ediciones Ciccus.
- SOUZA MINAYO, María Cecilia E., 2009, *La artesanía de la investigación cualitativa*, Buenos Aires, Lugar Editorial.