

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

La Salud Mental de las personas refugiadas en la Argentina en tiempos de COVID- 19.

Quercetti, Florencia.

Cita:

Quercetti, Florencia (2021). *La Salud Mental de las personas refugiadas en la Argentina en tiempos de COVID- 19. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/43>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/grT>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

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

Quercetti, Florencia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT 20120190201421B y presenta avances de la investigación doctoral sobre el cuidado de la salud mental de las personas refugiadas en la argentina desde una perspectiva comunitaria. El objetivo es describir y analizar la forma en que la crisis derivada de la pandemia por COVID-19 ha redoblado la vulnerabilidad al padecimiento subjetivo de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en la argentina. Se realizó un análisis documental con foco en la situación argentina y latinoamericana a partir de marzo 2020, y se realizaron entrevistas a representantes de instituciones del subsector estatal que trabajan con la población de personas refugiadas y solicitantes de asilo. El análisis se realizó a partir del marco teórico del movimiento de Medicina social/Salud colectiva latinoamericano y de la perspectiva de Salud mental comunitaria. Se tomaron algunos elementos de los estudio de género, particularmente la perspectiva interseccional. Se concluye que sólo a través de políticas de cuidado comunitarias es posible mitigar los padecimientos subjetivos inherentes a la desigualdad social y a la estigmatización.

Palabras clave

Salud mental - Personas refugiadas - Pandemia - Sufrimiento psíquico

ABSTRACT

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

This is part of the research project UBACyT 20120190201421B and of PHD research "Mental health care of refugees in argentine" from an communitary perspective. The objective is to describe and analyse the way in which the pandemic crisis (COVID-19) have increased the vulnerability to mental suffering of refugees and asylum seekers in argentine. The article includes: a documentary analysis about the situation in argentine and latin america from march 2020 to present and some interviews with agents from the public administration that provide assistance to the population of study. The theoretical framework is the "Medicina social/Salud colectiva" movement, the Communitarian mental health perspective; and from the gender studies, the intersectional perspective. It concludes that only with communitary care policies the mental suffering could be mitigated, particularly related with social inequality and stigmatization.

Keywords

Mental health - Refugees - Pandemic - Mental suffering

PRESENTACIÓN LA PROBLEMÁTICA

La emergencia humanitaria que aqueja a personas solicitantes de asilo a nivel internacional es de tal gravedad que las cifras de migración forzosa han superado las de la segunda guerra mundial (ACNUR, 2020). Siria es el país de origen con mayor cantidad de personas afectadas en el mundo: 6,6 millones de desplazados en los nueve (9) años que lleva en situación de guerra (ACNUR, 2020). En el primer trimestre del 2020 un (1) millón de personas sirias han abandonado su hogar, con el agravante de que muchos de sus países vecinos han cerrado sus fronteras con motivo de la pandemia por COVID-19 (CEAR, 2020). En la Argentina, Siria es la nacionalidad de origen con mayor tasa de reconocimiento (CONARE, 2020). Venezuela es el segundo país de origen con más solicitantes de asilo en el mundo, y también es el país de mayor éxodo en el continente americano: 3,7 millones de personas habían abandonado el país a finales de 2019. En Argentina, es el país de origen con más solicitudes de asilo en los últimos años, con aumento exponencial de solicitudes y reconocimientos desde 2018 (CONARE, 2020).

Existen vastos estudios que refieren que las personas refugiadas y solicitantes de asilo son particularmente vulnerables al padecimiento mental (ACNUR, 2016; International Medical Corp, 2017; Parlamento Europeo, 2016). Una persona refugiada es aquella que huye de su país de origen por temor a ser perseguida por su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas; y no pueden o no quieren ser protegidos por ese país. También es motivo de refugio que la vida, la seguridad o libertad hayan sido amenazadas por situaciones graves de violencia u otras circunstancias graves. Las personas refugiadas cuentan con protección internacional por la situación de peligro en la que se encuentran (ONU, 1951; Ley 26155, art 4).

La crisis internacional derivada de la pandemia por COVID-19, ha redoblado la condición de grupo vulnerable de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Respecto a las personas solicitantes de asilo, los cierres de fronteras dejaron cautivos en determinadas regiones a personas en riesgo (Médicos Sin Fronteras, 2020) y muchos campamentos de refugiados que ya se encontraban en situación de hacinamiento previo a la pandemia, restringieron los movimientos con nulas medida sanitarias de cuidado frente al COVID-19 (ONU, 2020). Por su parte, las per-

sonas refugiadas que ya habían logrado algún nivel de inserción en los lugares de reasentamiento, o que estaban en proceso de hacerlo, vieron seriamente afectadas sus condiciones materiales de existencia. Existen sondeos que muestran un aumento en el desempleo y la pobreza (NRC, 2020) al tiempo que el apoyo financiero a la emergencia humanitaria disminuyó considerablemente a partir de 2020 (La Vanguardia, 2020).

En la Argentina algunas de las principales organizaciones que trabajan con la población de solicitantes de asilo y refugiado, tales como ACNUR y la Comisión Argentina para la Ayuda al Migrante y Refugiado (CAREF), han dado cuenta que los pedidos de ayuda social crecieron diez (10) veces entre Marzo y Abril 2020, y que debieron montar junto al gobierno nacional operativos de emergencia para la entrega de kits de limpieza y alimentación (CAREF, 2020). Los pedidos de ayuda social incluyen a las de personas refugiadas que ya tenían algunos años en Argentina, y que habían conseguido auto-sustentarse, pero que frente a la crisis actual debieron acudir nuevamente a programas de asistencia (La Vanguardia, 2020). El servicio social de CAREF registró durante los primeros cien (100) días del aislamiento social y preventivo (ASPO) un aumento en las consultas del 90% respecto al mismo período en el año anterior. El 46% de las consultas fueron por temas de alimentación y acceso a programas y seguridad social. Las primeras semanas de Junio 2020, veintiséis (26) situaciones recibidas requirieron cuidados relativos a la salud mental (CAREF, 2020).

MARCO TEÓRICO

El Movimiento de Medicina social/Salud colectiva latinoamericano y la perspectiva de Salud mental comunitaria se sustentan en el paradigma de la complejidad desde un punto de vista epistemológico (García, 1998, Lewin, 1992; Morín, 1995) y en una perspectiva de derecho. Tomando este marco teórico el estudio de la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en la Argentina se realiza considerando la triple articulación entre niveles de análisis macro-económico, institucional y subjetivo (Stolkiner, 2015). El nivel macro-económico refiere a las políticas de cuidado y a las condiciones que acompañan la actual crisis internacional derivada de la pandemia por COVID-19. En un nivel institucional se consideran las intervenciones específicas de cuidado desde organismos dedicados a ello. Y el nivel subjetivo implica las vivencias de personas refugiadas en la Argentina respecto a su salud mental y a sus prácticas de autocuidado.

El principal aporte del movimiento de Medicina social/Salud colectiva latinoamericano es su conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado. Desde esta concepción la salud y la enfermedad no son estados antagónicos sino el resultado de un entramado de fenómenos sociales, biológicos, históricos, psicológicos, etc. (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Iriart et al, 2002; Laurell, 1981). La salud mental es inescindible de los otros aspectos de la vida que hacen a la salud concebida ésta de ma-

nera integral. El cuidado es un término polisémico, en continuo proceso de producción y reproducción (Batthyány K, 2020; Pautassi, 2019) y tienen la potencialidad de enlazar la dimensión colectiva y singular de los cuidados en un solo concepto. Incluye tanto el sistema de prestaciones del sistema de salud (políticas), como todas aquellas prácticas y representaciones que las personas utilizan en la vida cotidiana vinculadas al bienestar, o bien para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar o prevenir los procesos que afectan su salud (Menendez, 2003; Comisión interministerial, 2020). Es decir que atañe a las dimensiones horizontales, simétricas y participativas del proceso (Stolkiner y Ardila-Gómez, 2012). El análisis de las políticas de cuidado de las personas refugiadas debiera preguntarse por su participación. La inclusión de la perspectiva de las personas refugiadas o solicitantes de asilo en el diseño de las políticas que las rigen responde a su reconocimiento como sujeto de derecho y hace parte de la salud.

La perspectiva de Salud mental comunitaria es la que da sustento teórico a las reformas de los sistemas manicomiales en redes de atención comunitaria. La salud mental es entendida 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” (Ley N° 26.657, 2010, art 3). Las prácticas en salud mental constituyen un sub-campo específico dentro del campo de la salud en general (Stolkiner y Ardila-Gómez, 2012). Al cuestionar la lógica asilar manicomial, se abandona la categoría de enfermedad o trastorno mental. Se propone un pasaje de una “ideología de la enfermedad del individuo, a una intervención sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico” (Galende, 1990, pp. 191), utilizando entonces la categoría de padecimiento subjetivo (Augsburger, 2002; Ley N° 26657, 2010).

La perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989) desarrollada desde los estudios de género, es una herramienta teórica, analítica y política, que tiene el objetivo de develar las múltiples opresiones que de manera yuxtapuesta hacen a la desigualdad social. Un sistema de opresiones construido históricamente pero que se sigue reproduciendo, a partir del cual determinadas categorías como etnia, condición social, orientación sexual, género, condición de migrante; al estar jerarquizadas, constituyen vulneraciones específicas de derechos. Desde esta perspectiva no existen personas vulnerables, sino personas que se encuentran vulneradas en función de este sistema multidimensional de opresiones. El análisis de los procesos migratorios desde la interseccionalidad resulta relevante en función de las violencias y discriminaciones a las que están expuestas las personas migrantes cuando se combinan diversos ejes de desigualdad (La Barbera, 2017; Magliano, 215; Picón, 2020; Sayad 2008).

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y SOLICITANTES DE ASILO

La presencia de problemáticas de salud mental en las personas refugiadas y solicitantes de asilo fue estudiada desde la década del 70 (Silove, et al., 2017) desde diversas perspectivas: la Psicología social, el Psicoanálisis, la Psiquiatría clásica, etc. En los últimos años se observó una tendencia a sobre-utilizar o centrarse en la categoría de trastorno mental (Quercetti y Ventosa, 2016). Sin embargo, no existe evidencia clara que demuestre que la prevalencia de trastornos mentales en la población de solicitantes de asilo y refugiados sea mayor que en la de población general (Carpio, 2020). Lo que sí se vuelve evidente, es que las condiciones de las migraciones forzadas contemporáneas constituyen determinantes sociales de la salud mental. Estos quedan invisibilizados toda vez que opera el proceso de psicopatologización (Ausburguer 2002; Stolkiner, 2013; Quercetti y Ventosa, 2016). Para las personas significa una nueva estigmatización y vulneración de derechos. Así la reducción del proceso de salud-enfermedad-cuidado a una concepción dicotómica de salud mental-enfermedad mental, constituye desde una perspectiva interseccional uno de los aspectos que se yuxtapone e intersecta en el sistema de distribución desigual de oportunidades. Desde el marco teórico de referencia el análisis de los determinantes de la salud mental va a considerar: las condiciones macro-políticas que constituyen las situaciones bélicas y violencia generalizada, las políticas internacionales y locales de protección (o desprotección), los modos en los que se produce la movilidad (rutas terrestres y marítimas inseguras que muchas veces cobran la vida de las personas), y el hacinamiento y condiciones infrahumanas en campamentos de refugiadas. Al poner la lupa en las situaciones de violencia atravesadas por las personas refugiadas y solicitantes de asilo, no hablaremos de personas vulnerables al padecimiento subjetivo, como es usual ver registrado, sino de personas vulnerabilizadas. Confusión, angustia, estallidos de ira o tristeza, pesadillas y problemáticas del sueño (Ventevogel, et al., 2015) son los padecimientos más recurrentes en la población de estudio; y también se observa en algunos casos la aparición de algunos cuadros tales como depresión, trastorno de ansiedad y trastorno por estrés post traumático. No pensamos estos padecimientos como condición intrínseca a las personas, lo que resultaría una ontologización. Los pensamos como reacciones a las circunstancias vividas que deben ser atendidas por servicios comunitarios en salud mental (ACNUR, 2016; International Medical Corp, 2017; Parlamento Europeo, 2016; Ventevogel, et al, 2015).

Algunos estudios aportan al análisis la descripción de una serie de circunstancias o condiciones que suelen asociarse al desarrollo del padecimiento mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo, sin ser necesariamente condicionantes. El género femenino, las edades avanzadas, el acceso limitado a familiares u otras redes de apoyo, las barreras de idioma en el país de destino, las condiciones de vivienda inadecuadas, el

bajo nivel educativo, el bajo estatus socioeconómico, así como la exposición prolongada y acumulativa a situaciones extremas a lo largo del proceso migratorio (especialmente durante la migración forzada), la detención post migratoria, el asilo y la deportación (Carpio, 2020). En los últimos años se viene desarrollando un fenómeno de feminización de las migraciones (Sassen, 2003). Cada vez más mujeres migran de manera autónoma o como pioneras del movimiento familiar, cuando tradicionalmente era un rol asignado a los hombres (Picón et al, 2020). Existe todo un campo de estudio sobre las causas de esta tendencia, una de ellas es la feminización de las estrategias de supervivencia. Respecto a la migración forzosa específicamente los datos relativos a los últimos años muestran la evolución de este fenómeno. En 2015 las solicitudes fueron iniciadas en un 23% por mujeres y en un 77% por varones. La brecha en los porcentajes se fue achicando gradualmente en los años subsiguientes representando en 2019 el 45% las solicitudes iniciadas por mujeres y el 55% las iniciadas por varones (CONARE, 2020). Debe señalarse que este fenómeno implica, en un mundo aún signado por la cultura patriarcal, una particular vulnerabilidad para las mujeres que deben migrar forzosamente.

Las condiciones en las que se vienen desarrollando las migraciones contemporáneas suponen la vulneración de casi la totalidad de sus derechos humanos fundamentales. Hanna Arendt plantea en "Los orígenes del totalitarismo" (1962) que la categoría misma de refugiado supone un proceso de objetivación. Las personas refugiadas son aquellas que han sido excluidas del derecho por no pertenecer a un estado-nación, y ello devela el modo en que en nuestras sociedades modernas se equiparada nacionalidad y ciudadanía (Sayad, 2008). Se denomina proceso de elegibilidad al procedimiento según el cual el estado a través de sus instituciones y funcionarios, evalúa el reconocimiento y/o rechazo de la condición de refugiado/a (Zunino, 2021). Como parte de este proceso, las narrativas de las personas sobre sus trayectorias, vivencias, y padecimientos, son sometidas a evaluación. Desde la intención manifiesta de garantizar un derecho opera indefectiblemente un proceso de objetivación. Se pone en juego la verosimilitud y adaptabilidad del relato a lo que el Derecho humanitario internacional ha establecido dentro de la categoría refugiado (ONU, 1951). Y se condiciona el despliegue de estrategias que acerquen los testimonio a lo que se espera para tal categoría (Clavijo, 2019).

SOLICITANTES DE ASILO, PANDEMIA Y SALUD MENTAL

La situación de crisis sanitaria y económica derivada de la pandemia por COVID-19 que fue declarada a inicios de 2020 ha redoblado la condición de personas vulnerizadas de quienes solicitan asilo, y de las que ya lo han obtenido también. La población total vió afectada su salud mental a raíz de los cambios radicales en la cotidianidad que alcanzaron todos los aspectos de la vida: las actividades individuales, familiares, comunitarias, laborales y productivas (Carpio, 2020). El distanciamiento físico,

el trabajo desde la casa, la pérdida de empleo, el aislamiento y la incertidumbre, como condiciones de vida actuales, han significados grandes esfuerzos subjetivos de adaptabilidad, a menudo acompañado por grados variables de sufrimiento mental. De fuerte impacto subjetivo resulta también la presencia en la cotidianidad de un riesgo que en condiciones regulares se tiende a negar o denegar: la posibilidad de la muerte propia y la de los seres queridos (Stolkiner, 2020). Dado que la salud mental no es escindible de otros aspectos que hacen al proceso de salud-enfermedad-cuidado, la situación de padecimientos se redoblan en el caso de las personas que no cuentan con acceso a vivienda, alimentación, servicios de salud y otros aspectos de la subsistencia, como efecto de la desigualdad social. En el contexto de la pandemia al acceso a recursos tecnológico-informáticos devino un aspecto indispensable para la vida y por ende un aspecto de inclusión-exclusión social (Stolkiner, 2020). La población de personas refugiadas y solicitantes de asilo ha debido enfrentar las circunstancias de crisis sin condiciones necesarias para protegerse ni del virus ni de las consecuencias de la pandemia sobre las condiciones materiales de existencia (Carpio, 2020; Feline Freier, 2020; OIM, 2020; Picón, et.al, 2020). Un estudio sobre la afectación de la pandemia sobre la población de migrantes en la Argentina realizado en 2020, señaló que 58% de las personas encuestadas afirmaron haber visto afectada negativamente su salud mental (OIM, 2020). Entre los padecimientos más mencionados se encuentran: ansiedad, estrés, miedo, angustia y retraimiento de la interacción social (OIM, 2020). El 27% de las personas encuestadas eran personas solicitantes de asilo o refugiadas, y de entre ellas el 80% eran personas venezolanas (Claudón de Vernisy y Tipping, 2020). Estas personas han sufrido efectos negativos en sus niveles de ingresos económicos: desempleo, reducción del salario y de la jornada laboral, son algunas de las circunstancias reportadas (OIM, 2020). En su mayoría la fuentes de ingresos de esta población es por trabajos informales que se vieron suspendidos (Claudón de Vernisy y Tipping, 2020). El Ingreso familiar de emergencia (IFE) como política pública para paliar tales situaciones, no era accesible en principio a personas que no tuvieran documentación, ni a personas con menos de dos años de residencia en el país. Esta circunstancia de desprotección debe considerarse un determinante social de la salud mental.

Durante el año 2020 y lo que va del 2021 se realizaron entrevistas a personas representantes de instituciones del subsector estatal que trabajan con personas refugiadas y solicitantes de asilo en la Argentina. Se ha indagado sobre las prácticas que realizan, sobre cuáles consideran que son las principales necesidades y padecimientos de las personas refugiadas y solicitantes de asilo, y sobre el impacto de la pandemia. Se presentarán a continuación datos que aportan al tema de análisis. Respecto a las necesidades se mencionó en primer lugar la situación habitacional y laboral y luego el aprendizaje del idioma español para aquellas personas que no es su lengua materna. La afirmación

de que la pandemia visibilizó la situación de extrema vulnerabilidad de las personas solicitantes de asilo estuvo presente en todas las entrevistas. Por un lado hay personas que no han conseguido arribar a un lugar “seguro” por el cierre de fronteras. Y respecto a quienes llegaron al país, muchas se encuentran desempleadas, o realizaban trabajos informales y precarizados que fueron suspendidos, y/o no contaban con documentación que les permita el acceso a prestaciones sociales. Se menciona que las políticas de emergencia en el país no contemplaron la situación de estas personas, y que las restricciones a la IFE y la suspensión de los trámites de solicitud de refugiado en los primeros meses de la ASPO fueron dificultades que luego lograron ser revertidas en los meses subsiguientes. Desde el área social de una organización llegaban pedidos de ayuda de personas venezolanas que referían no tener para dar de comer a sus familias. Cuando el asilo se realiza a partir de programas que dan asistencia en los distintos aspectos de la integración social (educación, salud, comunitaria, laboral, etc.) la subsistencia se vió asegurada por políticas públicas y las situaciones que requirieron atención en salud mental fueron más acotadas. Respecto a las personas que llegan al país por sus propios medios, solicitan asilo y están en situación de vulnerabilidad social; si requirieron atención en salud mental el acceso a servicios comunitarios es dificultoso. La cuestión idiomática y cultural es una barrera de accesibilidad adicional al sistema de salud. En algunos casos se pueden habilitar consultas individuales y gestionar el acceso a tratamientos psicofarmacológicos. En ocasiones, las personas terminan internadas en los hospitales Borda y Moyano por ejemplo. Lo que se menciona como dificultoso allí es la externación, porque las personas no tienen al momento del alta donde ir a vivir. Se afirma que las personas solicitantes de asilo con problemáticas de salud mental son la población más vulnerabilizada y que sus posibilidades de acceso a derechos e integración, son incluso inferiores a las de las personas en situación de calle. Otra situación que es relevante es la de personas que son denegadas en su solicitud de refugio por presentar problemas de salud mental. Se plantea la dificultad de “distinguir” una vivencia de temor o persecución por haber vivido la guerra, de la vivencia de persecución en el marco de una problemática de salud mental.

CONCLUSIONES

Las migraciones han sido parte de la historia de la humanidad y de la “normalidad” de la vida desde siempre. Sin embargo en la actualidad es pensada como una anomalía, como algo fuera del orden natural y por tanto como un problema a resolver. La discriminación y el desamparo que sufren las personas solicitantes de asilo debe visibilizarse desde una perspectiva interseccional. La condición de migrante, la presencia de problemáticas de salud mental, la clase social, el género, y otras condiciones jerarquizadas, operan como ejes estratificadores y condicionan el acceso a derechos. En términos de subjetividad esto se traduce en múltiples estigmatizaciones. Resulta fundamental tener en

cuenta estos aspectos como determinantes sociales de la salud mental. Las intervenciones meramente individuales resultan insuficientes para problemáticas que presentan múltiples determinantes. La situación de pandemia que estamos atravesando ha develado y radicalizado la desigualdad social y ha mostrado de manera contundente la articulación entre los aspectos macro-económicos, las respuestas que se dan desde las instituciones, y las vivencias y padecimientos de las personas (niveles de análisis macro, institucional y subjetivo). La debilidad de nuestro sistema de salud para dar respuestas desde servicios de base comunitaria, explica en gran medida la situación de abandono que algunas personas termina vivenciando por internaciones en salud mental prolongadas. Nuestro país no dispone de una política específica de atención de emergencia destinada a las personas refugiadas o solicitantes de asilo (OAJ, 2020). Esto deja a la población de estudio por fuera de las políticas colectivas de cuidado que hayan podido desplegarse durante la pandemia. En su defecto se han desarrollado estrategias comunitarias de ayuda entre ciudadanos altamente valiosas pero insuficientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de la ONU para los refugiados. (29 de Diciembre de 2016). *Récord de muertes en el mar Mediterráneo. 22 de Diciembre de 2016*. <https://www.eacnur.org/noticias/2016-record-de-muertes-en-el-mar-mediterraneo>
- Agencia de la ONU para los refugiados. 18 de Junio de 2020. *Datos Básico*. <https://www.acnur.org/datos-basicos.html>
- Almeida-Filho, N., Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 75: 5-30
- Arendt, H. (1962). *The Origins of Totalitarianism*. Meridian Books.
- Augsburger, C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81: 67-75.
- Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CLACSO, Siglo XXI. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201209035739/Miradas-latinoamericana.pdf>
- Carpio, K. (2020). ¿Por qué hablar de salud mental de migrantes en medio de la pandemia por COVID-19. *Revista de Migraciones Internacionales. Organización internacional de migraciones*, 6: 31-45
- Claudón de Vernisy, A., Tipping, D. (2020). El impacto de la pandemia sobre la población migrante en la república argentina. *Revista de Migraciones Internacionales. Organización internacional de migraciones*, 6: 11-15.
- Clavijo, J.K. (2018) El proceso de elegibilidad en argentina: rituales y ambivalencias en el reconocimiento de los refugiados. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* 26 (54). <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005409>
- Comisión Argentina para los Refugiados (2020). Alimentación y acceso a Programas y Seguridad Social: la principal preocupación de la población migrante y refugiada durante el ASPO. https://ov.pemsv28.net/caref/caref_bulk_140/cshtgs_a31695
- Comisión Española de ayuda al Refugiado (21 de Septiembre de 2020). Principales países de origen de las personas refugiadas y desplazadas en el extranjero.
- Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE)(2020). Estadísticas 2012-2020. http://www.migraciones.gov.ar/pdf/conare/estadisticas_conare_2020.pdf
- Crenshaw, M. (1985). *An Organizational Approach to the Analysis of Political Terrorism*. *Orbis*, 29, 465-489.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. 1ra edición. Paidós.
- García, R. (1989). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires, Argentina
- International Medical Corp (Enero 2017) *Mental Health and Psychosocial Support*.
- Laurell, AC. (1981). La Salud enfermedad como Proceso Social, *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1): 7-25.
- La Barbera, M. C. (2017). Interseccionalidad= Intersectionality. EUNOMÍA. *Revista en Cultura de la Legalidad*, (12), 191-198.
- La Vanguardia. Tres de cada cuatro refugiados y desplazados perdieron empleo en la pandemia. (21 de Septiembre 2020). <https://www.lavanguardia.com/politica/20200921/483597332253/tres-de-cada-cuatro-refugiados-y-desplazados-perdieron-empleo-en-la-pandemia.html>
- Lewin, R. (1992). *Complexity - Life at the edge of chaos*. McMillan <https://www.lavanguardia.com/vida/20200923/483635918202/oxfam-y-caritas-deploran-el-nuevo-pacto-migratorio-que-propone-bruselas.html>
- Ley N° 26165 (2006) Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado. <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/120000-124999/122609/norma.htm>
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712.
- Médicos sin fronteras (19 de Junio de 2020). Día mundial de los refugiados 2020 a la sombra de la pandemia COVID-19. <https://www.msf.org/actualidad/dia-mundial-los-refugiados-2020-la-sombra-la-pandemia-covid-19>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Mesa Interministerial de Políticas De Cuidado (2020). Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Jefatura de Gabinete y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación. Documento de Trabajo.
- Morín, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.
- Observatorio de Jóvenes y Adolescentes (8 de Mayo de 2020). Informe final sobre "La situación de la población migrante extranjera en argentina ante el avance del Coronavirus". https://drive.google.com/file/d/1bsBrQBf3yZ-PcWlZ_LOQ4UUw6NUZSfj/view

- Organización de las Naciones Unidas (1951). Convención sobre el estatuto de los refugiados. Ginebra. https://eacnur.org/files/convencion_de_ginebra_de_1951_sobre_el_estatuto_de_los_refugiados.pdf
- Organización internacional migraciones (2020). Efectos de la COVID-19 en la población migrante. Principales Sondeo en Argentina. Junio/ Julio 2020.
- Parlamento europeo (2016). Resolución 0082/2016 presentada de conformidad con el artículo 136 del Reglamento sobre la salud mental de los solicitantes de asilo.
- Pautassi, L. (2019). El cuidado como derecho. *Revista de la Facultad de Derecho de México* Tomo LXVIII, Número 272, Septiembre-Diciembre 2018. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>
- Picón, A., Sticco, G., Huerta Morán, A. (2020). Migración y género en argentina en contexto de COVID-19. *Revista de Migraciones Internacionales. Organización internacional de migraciones*, 6: 45 -59.
- Quercetti, F., Ventosa, N. (2015) Crisis de refugiados: un análisis de las concepciones presentes en los estudios sobre la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación y XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 23 al 26 de Noviembre de 2015.
- Sassen, S. (2003). *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Traficantes de sueños, Madrid.
- Sayad, A. (2008). "Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración" *Apuntes de investigación del CECYP*, n° 13 (101-113).
- Silove, D., Ventevogel, P. y Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2): 130-139.
- Stolkner, A., Ardila-Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), pp. 52-56.
- Stolkner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Lerner, H. (comp.) *Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques*. (pp. 211-239) *Ed. Psicolibro*.
- Stolkner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Revista soberanía sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>
- Ventevogel, P., Schinina, G., Strang, A., Gagliato, M., Hansen, L.J. (2015). Salud Mental y Apoyo psicosocial para Refugiados, solicitantes de asilo e Inmigrantes desplazándose en Europa. Una guía multi-agencia de orientación. <https://app.mhpss.net/resource/salud-mental-y-apoyo-psicosocial-para-refugiados-solicitantes-de-asilo-e-inmigrantes-desplazandose-en-europa-una-guia-multi-agencia-de-orientacion>
- Zunino, I.J. (2021). Herramientas metodológicas para el estudio de las migraciones internacionales en tramas de desigualdad social. *Revista Colombiana de Sociología*, 44(1), 289-315. <https://doi.org/10.15446/rsc.v44n1.79002>