

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

## **El derecho a la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Psicopatologización del sufrimiento psíquico: el Síndrome de Ulises ¿una alternativa a las nosografías psiquiátricas clásicas?.**

Quercetti, Florencia.

Cita:

Quercetti, Florencia (2017). *El derecho a la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Psicopatologización del sufrimiento psíquico: el Síndrome de Ulises ¿una alternativa a las nosografías psiquiátricas clásicas?. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/712>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/56r>

*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>.*

# EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y SOLICITANTES DE ASILO. PSICOPATOLOGIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO: EL SÍNDROME DE ULISES ¿UNA ALTERNATIVA A LAS NOSOGRAFÍAS PSIQUIÁTRICAS CLÁSICAS?

Quercetti, Florencia  
UBACyT, Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

La Argentina a través del programa Siria (2014) se constituyó como estado llamante, comprometiéndose en la integración de las personas solicitantes de asilo conforme al derecho internacional y nacional en la materia. La provincia de San Luis ha recibido en lo que va del 2017 los primeros grupos familiares. La total vulneración de derechos a las que se encuentran expuestas estas personas, tanto en su país de origen como en el trayecto migratorio las coloca en particular vulnerabilidad a presentar problemáticas de salud mental. En el presente escrito se mencionan los principales lineamientos para un posible abordaje de la salud mental desde una concepción integral y una perspectiva comunitaria; y se valora la utilidad de la categoría de “Síndrome de Ulises” para hacer frente a una tendencia de alcance internacional a psicopatologizar el sufrimiento inherente a tan adversos trayectos migratorios mediante nosografías psiquiátricas clásicas que suelen excluir los determinantes sociales de la salud de importante relevancia en estos casos. La garantía del derecho a la salud mental entendida de forma integral solo sería posible mediante abordajes intersectoriales que atiendan los diferentes aspectos del proceso de inclusión social, conforme a la concepción de integralidad de los derechos sociales.

## Palabras clave

Síndrome de Ulises, Sufrimiento psíquico, Migraciones forzadas, Salud Mental Comunitaria

## ABSTRACT

MENTAL HEALTH OF REFUGEES AND ASYLUM SEEKERS. PSICOPATHOLOGICATION OF THE MENTAL SUFFERING: THE SYNDROME OF ULYSSES ¿AN ALTERNATIVE TO CLASSIC PSYCHIATRIC DIAGNOSES? Our country is been established as “calling state” through the “Programa Siria” since 2014, committing itself in the resettle of refugees and asylum seekers in accordance with the international and national legislation. The province of San Luis has received in 2017 the first families. The asylum seekers are exposing to many violation of his fundamental right in their native countries and also in the migration routes; therefore they are particularly vulnerable to suffer from mental health problems. This study mentioned the main guidelines for a mental health approach, assuming an integral conception of mental health and a communitarian perspective. Additio-

nally, a valorisation of the usefulness of the “Syndrome of Ulysses” category, was healed to face an international tendency to pathologize the suffering inherent to migratory processes in such adverse conditions. Reducing these suffering to psychiatric diagnosis could result in excluding the social determinants of health, which are extremely decisive in those situations. The mental health grant could only be possible if cross-sectoral policies are designed to attend the different aspects of the refugees social inclusion processes, in accordance to a conception of indivisibility and interdependence of the social right.

## Key words

Syndrome of Ulysses, Mental suffering, Forced migrations, Community Mental Health

## Introducción

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación Proyecto UBACyT 20020130100543BA, y forma parte de mi investigación doctoral “*El derecho a la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo provenientes de Siria en la Argentina*”. La temática integra conocimientos de los campos de la salud mental, el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho humanitario.

El estudio de la garantía del derecho a la salud mental de las personas refugiada y solicitante de asilo es de especial interés por la particular vulnerabilidad que presentan tales personas al sufrimiento psíquico, en virtud de ser una población expuesta a situaciones traumáticas y condiciones de vida extremas por la violencia, la guerra y el traslado forzoso. En la actualidad a nivel internacional asistimos a una crisis migratoria de tal gravedad que las cifras están ya superando las de la segunda guerra mundial. Entre las situaciones más críticas se encuentra la de la población siria, mitad de la cual ha migrado forzosamente a causa del conflicto bélico iniciado en 2011.

Nuestro país se viene comprometiendo en la acogida de personas solicitantes de asilo provenientes de Siria desde el año 2014 en el que se creó el “Programa Siria”. A principios de 2017 la provincia de San Luis avaló el programa nacional constituyéndose como “estado llamante”, y en los últimos meses han estado arribando las primeras familias. Por lo antedicho, el diseño de políticas de

integración social debería incluir necesariamente la garantía del derecho a la salud mental, entendida desde una lógica de integridad de derechos en cumplimiento de la legislación internacional y local en la materia.

Un estudio documental realizado recientemente que rastreaba las concepciones de salud mental presentes en artículos publicados en revistas internacionales sobre la temática “*salud mental y refugiados*”, demostró una marcada tendencia a la psicopatologización del sufrimiento de estas personas, destacándose el “riesgo” como indicador de diferentes trastornos mentales (Quercetti, Ventosa, 2016). Se concluía allí que un derivado directo de ello podría ser que se planeen —en el mejor de los casos— asistencias individuales medicalizantes en lugar de acciones integrales que contemplen dimensiones grupales y colectivas de ayuda y autoayuda.

El objetivo del presente trabajo es presentar las condiciones que permitan la garantía del derecho a la salud mental de la población de estudio, analizando la viabilidad de la utilización de la categoría de “*Síndrome de Ulises*” formulada por el equipo de investigación del profesor Achotegui (Universidad de Barcelona), como modo de evitar abordajes meramente medicalizantes. Para ello se realizó una revisión teórico conceptual basada en un análisis bibliográfico y documental.

El marco teórico adoptado proviene del movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva que entiende a la salud mental como una sub-campo específico dentro de la salud en general, por lo que las acciones específicas en materia de prestaciones deben entenderse como parte integrante de las acciones de salud en general; articuladas con otras prestaciones de seguridad social desde una lógica de integralidad de los derechos sociales fundamentales. Se adhiere a una concepción integral y comunitaria de la salud mental.

### **El programa Siria**

La perpetuación del conflicto sirio denominado *Primavera árabe* iniciado en 2011, ha significado que al día de hoy la mitad de la población siria ha huido de su país a causa de la violencia. Según la Agencia de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las migraciones (OIM) en la actualidad existen más de 60 millones de personas desplazadas por motivos forzados en el mundo, superándose los números alcanzados a causa de la II Guerra Mundial. Desde 2014 el Mar Mediterráneo se ha convertido en la ruta más mortífera del planeta cobrándose 10000 vidas. Sólo en 2016 se contabilizaron 5000 muertes (ACNUR, 2016), aunque es sabido que los casos reales pueden ser muchos más. La respuesta de la sociedad internacional a tal crisis humanitaria viene siendo la de un marcado incumplimiento del derecho a migrar, el derecho a asilo, y el de casi la totalidad de los derechos humanos fundamentales, incluyendo los derechos del niño (AG, 1989): El cierre de fronteras fuerza la opción por rutas cada vez más inseguras, hay hacinamiento en campos de refugiados y proliferación de mafias que lucran con la desesperación de las personas, el invierno 2017 sumó muertes por congelamiento de personas que no lograban llegar a refugio, va en aumento la tendencia de niños migrando solos, y se denunciaron vejaciones en la población de mujeres y niños y devoluciones “en caliente” a terceros países que no cumplen con las condiciones de “estado seguro”.

La crisis migratoria y humanitaria descrita ha cobrado visibilidad internacional en los últimos dos años habiendo impactado primeramente en los países de la región europea en ausencia de mecanismos y políticas migratorias que garanticen un piso básico de derechos humanos fundamentales y en particular el derecho a asilo (ONU, 1951). En tal contexto de crisis migratoria internacional, nuestro país lanza el Proyecto Siria en respuesta al aumento de solicitudes de visado a la embajada (2014). La creación de un programa específico para la población siria que huye de la guerra, encuentra relación con el hecho de que nuestro país es el segundo en Latinoamérica con mayor número de población de origen sirio después de Brasil, y que la actual comunidad sirio-libanesa argentina tiene una historia de arraigo de varias generaciones. El Proyecto creado mediante disposición DNM N°3915 en Octubre de 2014, tuvo desde su fundación la finalidad de establecer un régimen especial para facilitar el ingreso al país de personas afectadas por la guerra en siria de dicha nacionalidad y de sus familiares mediante la tramitación de permisos de ingreso y visado por razones humanitarias. El Programa se renovó en 2015. Las declaraciones públicas de Mayo de 2016 del actual presidente de la nación de recibir 3000 nuevos refugiados, darían muestra de la vocación de renovación del Programa luego de terminado el plazo de la disposición DNM N°4499 (Octubre 2016). El compromiso implicaría la planificación a largo plazo de acciones intersectoriales para la integración de las personas solicitantes de asilo.

La provincia de San Luis ha sido la primera (y única por el momento) en concretar la iniciativa. La DNM le ha otorgado la denominación de “estado llamante”, constituyéndose asimismo como “corredor humanitario” por aprobación en el senado provincial en diciembre de 2016, por el que se crea un Comité de refugiados provincial (art. 3) cuyo objetivo es establecer las directrices generales para la recepción humanitaria de las personas desplazadas forzosamente y un Registro de Adherentes Activos que será integrado por representantes de organismos públicos provinciales y municipales, instituciones de la sociedad civil y particulares voluntarios que manifiesten su voluntad de colaborar en el armado de una red de contención física, social, psicológica y jurídica que facilite la integración social del refugiado. (Agencia de Noticias de San Luis, 2017).

A consideración de tal institucionalidad sería esperable la concreción de políticas tendientes a la garantía del derecho a la salud mental de las personas refugiadas, en el contexto de su proceso de integración en condiciones de equidad y justicia; atendiendo particularmente a las posibles barreras de accesibilidad a los servicios de salud mental; idiomáticas y/o culturales y otras. Ahora bien, se entiende que el cuidado integral debe incluir necesariamente la salud mental si el objetivo es la restitución de los derechos vulnerados, evitando así una doble estigmatización.

### **Marco normativo Internacional y nacional en materia de derecho a refugio.**

La legislación internacional que regula el “derecho a refugio” es la *Convención sobre el estatuto de los Refugiados* de 1951, y su *Protocolo Adicional* de 1967. Según tal legislación una persona *refugiada* es aquella que se ve obligada a salir de su país por temor a ser perseguida por su raza, religión, nacionalidad y/o opinión polí-

tica u otras razones (ACNUR, 1992), lo que incluye a quienes huyen de conflictos armados o situaciones de violencia generalizada. La adhesión a tal normativa internacional por parte de los estados los compromete a garantizar mecanismos de protección, asistencia y derechos sociales a los refugiados. En términos de salud específicamente, fija el derecho al acceso a servicios de salud equivalentes a los de la población de acogida.

La Argentina había ratificado la *Convención de Ginebra* en 1961, y su *Protocolo facultativo* en 1961. Siendo que se trata de legislación vinculante, regía desde entonces el derecho de refugiados en el país. A fines del año 2006, se concretó un importante avance normativo, la *Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26165* que recoge los principios de la Convención. Creaba, así mismo, una comisión interministerial, la *Comisión Nacional para los refugiados* (CONARE) con el mandato de intervenir sobre los trámites de solicitud de reconocimiento del estatuto de refugiado, así como su asistencia y la de sus familiares para su inserción en la vida social y económica del país (art. 25, inc. d) convocando a las autoridades nacionales, provinciales y municipales para la coordinación de las acciones requeridas a tal fin. Siendo que la ley establece la igualdad de condiciones de los refugiados respecto de los nacionales en cumplimiento del principio de no discriminación, ello implica el acceso igualitario a servicios de salud, entre otros servicios sociales. Adicionalmente, la *Ley de Migraciones N° 25871* (Decreto 616/2010) sancionada en 2010, establece en su art. 6 el derecho a acceso igualitario de los inmigrantes y sus familias respecto a los nacionales, a los derechos fundamentales de las personas, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

### **Salud Mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo**

El equipo de investigación del Dr. Achotegui (Universidad de Barcelona) ha derivado de su trabajo en salud mental con poblaciones de migrantes desde la década del 80, la apreciación de que las personas que protagonizan procesos migratorios afrontan una serie de pérdidas que han sido formuladas como “duelo migratorio”. (Achotegui, 2002). Estos duelos están relacionados con pérdidas tales como: la familia y otros vínculos significativos, la cultura, la lengua, el status social (acceso a oportunidades, papeles, vivienda, trabajo sanidad, etc.). En función de las posibilidades de elaboración, distingue tres tipos de duelos: *Duelo simple* sería aquel que por las condiciones ambientales y personales puede ser elaborado; duelo complicado sería el proceso que atraviesan las personas cuando existen serias dificultades para su elaboración; y duelo extremo aquel que se padece cuando las capacidades de adaptación del sujeto se ven superadas y los duelos no pueden ser elaborados (Achotegui, 2005). Los procesos migratorios no se constituyen de por sí como un factor patógeno en términos de salud mental, y por el contrario presentan aspectos de cambio ligados a fortalezas de los sujetos. En la misma línea, el Dr. Nabil Sayed-Ahmad Beiruti (psiquiatra de origen sirio con años de trabajo en servicios de salud mental comunitaria en el ámbito de la migración en España) postula la potencialidad de los procesos migratorios como factor protector de la salud mental y como potencial motorizador de diferentes grados de bienestar; ello a condición de que existan, acorde a derecho,

política tendientes a cumplir la función de cuidado por parte de los países de acogida (El Diari de la Sanitat, 2017).

Ahora bien, las migraciones del siglo XXI y en particular las migraciones forzadas en el contexto de la actual crisis, presentan una serie de características que merecen una particular atención. Si nos remitimos específicamente a la población de personas sirias que huyen de su país a causa de la guerra, el hambre y la violencia; cabe mencionar las siguientes situaciones de vulneración de derechos: niños migrando solos, cierre de fronteras, situaciones de hacinamiento y condiciones infrahumanas en los campamentos de refugiados, trato inhumano, privaciones de la libertad, riesgo de vida de las personas que cruzan el mar mediterráneo y Egeo en pateras, sometimiento a las mafias de las personas que realizan un trayecto por vía terrestre donde se les cobra por documentos falsos y otros “servicios”, vejaciones en la población de mujeres e infantes, etc. Si a ello sumamos las situaciones de violencia que dieron origen a la migración, nos encontramos ante personas expuestas a la vulneración de casi la totalidad de sus derechos humanos fundamentales, y a niveles de objetivación que niegan la dignidad como rasgo constitutivo de lo humano (DUDH, 1948). Si tradicionalmente las migraciones presentaban como principal fuente de padecimiento subjetivo el cambio cultural, de lengua, y la integración a un nuevo contexto socio-cultural; hoy las situaciones descritas muestran la particular vulnerabilidad a procesos de duelos extremos que pueden afectar su salud mental. (Achotegui, 2009). El diseño de políticas de integración social y acogida de las personas solicitantes de asilo en los “estados llamantes” tiene la potencialidad de ofrecer herramientas para la restitución de la dignidad humana, y en particularmente los servicios de salud mental comunitaria pueden contribuir a la elaboración de las vivencias mencionadas.

Un rastreo reciente sobre las conceptualizaciones más recurrentes relativas a la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en artículos publicados en los últimos años en revistas académicas internacionales, hallaba que se destacaba “el riesgo de contraer enfermedades mentales tales como: Trastorno por Estrés Posttraumático, Depresión, Trastorno de Ansiedad y Psicosis”. (Quercetti, Ventosa, 2016). Clasificaciones nosográficas todas ellas del campo de la Psiquiatría que pueden suponer que se desligue el sufrimiento psíquico de los procesos sociales y políticos que le dieron origen. En este sentido Augsburger plantea una crítica a la categoría de “enfermedad mental” propia del pensamiento médico hegemónico de base positivista y propone la categoría de “sufrimiento psíquico” para recuperar la historicidad y el carácter social del proceso salud- enfermedad- cuidado (Augsburger, 2002). “Reduciendo la complejidad de la problemática al reconocimiento de síntomas y al diagnóstico clasificatorio, quedan invisibilizados los determinantes sociales dados por las severas condiciones de adversidad de las que han sido víctimas en sus lugares de origen, y de las que son víctimas en la actualidad por la ausencia de una respuesta efectiva a la situación de crisis”. (Quercetti Ventosa, 2016). El informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, refrendado por la Asamblea General (AG) en Marzo de 2017, establece en su conclusiones que “se debería dar prioridad a la innovación de políticas a nivel de la población, prestando especial atención

a los determinantes sociales, y abandonar el modelo médico predominante que trata de curar a las personas centrándose en los “trastornos”. (A/HRC/35/21, 2017).

A fin de atender a la particularidad del padecimiento subjetivo de estas personas evitando diagnósticos psicopatologizantes que puedan producir nuevas estigmatizaciones, el equipo de investigación que dirige el Dr. Achotegui (Universidad de Barcelona) elaboró un marco conceptual denominado “Síndrome de Ulises”. La referencia al protagonista de texto “La Odisea” de Homero tiene la intención de remarcar las fortalezas en juego en el proceso de migrar en condiciones tan adversas. Bajo la advertencia de que no se trataría de un cuadro psicopatológico, se describen una serie de estresores que se traducen en sentimientos soledad por la pérdidas de vínculos de referencia (soledad forzada), desesperanza, tristeza y fracaso por las condiciones adversas del proceso migratorios, sentimientos de lucha por la supervivencia (alimentación, vivienda, etc.), miedo relacionado con los peligros reales acaecidos en el proceso migratorio (mafias, pateras, otros). (Achotegui, 2009). Con mayor frecuencia aún, se describe presencia de sintomatología del área de la ansiedad tal como tensión y nerviosismo como expresión del gran esfuerzo y lucha que supone el proceso migratorio; preocupaciones intrusivas y recurrentes derivadas de la magnitud de las problemáticas a las que hacer frente e insomnio. La “sintomatología” del Síndrome de Ulises es, según estos autores “... la respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés que es de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo)” (Achotegui 2009, pp. 132), y no una enfermedad. Por ello lo conciben como inscripto en el área de trabajo de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, con el objetivo de evitar mayores afecciones y la posible aparición de un trastorno mental (Achotegui 2009). En este sentido cabe destacar que el foco no parece estar puesto en el individuo, sino en la posibilidad de construcción de una red asistencial que contenga colectivamente las situaciones de padecimiento. La perspectiva pareciera acercarse a la categorización de sufrimiento psíquico, habilitando un enfoque colectivo en el abordaje de la salud mental y en reemplazo de la atención exclusivamente individual y principalmente medicamentosa propia del modelo médico hegemónico. La objetivación se produce en el abordaje medicalizante por un triple movimiento: “*individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología, y ontologizar luego el cuadro psicopatológico*” (Stolkiner, 2013, 234). Determinar las características diferenciales del Síndrome de Ulises respecto a los cuadros psicopatológicos mencionados (Achotegui, 2009), daría mayor visibilidad al reduccionismo en el que podría incurrirse en los procesos diagnósticos. Los cuadros de Depresión presentan sentimientos de “baja autoestima”, “apatía” y “ideas de muerte” que no se encuentran presentes junto a los sentimientos de tristeza, fracaso e indefensión por las situaciones vivenciadas. Al contrario se observa la presencia de una marcada capacidad de lucha, de “ir hacia adelante” frente a circunstancias muy adversas. La tristeza y el llanto no son más que una respuesta esperable a la desolación. Tampoco es habitual la presencia de “sentimientos de culpa”, emoción más ligada a las sociedades occidentales (Achote-

gui, 2009). Se vuelve evidente en este punto el riesgo que acarrea la extrapolación a otras culturas de categorías nosográficas elaboradas “para” y “desde” una cosmovisión de mundo occidental. El Trastorno por Estrés Postraumático es la clasificación nosográfica más recurrente en el rastreo realizado. Según el DSM IV, se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. A excepción de la existencia de estresantes extremos, la sintomatología que presenta no se corresponde en nada con la sensación de fracaso, soledad y lucha por la supervivencia de estas personas (Achotegui, 2009). Tampoco hay presencia de apatía y baja autoestima. Por último el “riesgo de psicosis”, no debe ser una deriva de la mera presencia síntomas confusionales, ya que la presencia de sensaciones de fallos de memoria, de extravío y de desorientación a menudo se haya asociada a una interpretación errónea del profesional sanitario nativo respecto idiosincrasias culturales (“lo que me pasa está ocurriendo por brujería, magia, por hechizos”). (Sanjuan Domingo, Díaz Oliva, 2002).

### Conclusiones

Las migraciones forzadas no son necesariamente un factor de riesgo para la salud mental de las personas que los protagonizan, aunque la ausencia de condiciones de cuidado acorde a derecho podría acarrear consecuencias nocivas o iatrogénicas ligadas a la patología mental, sobre todo si se tiene en consideración las condiciones de extrema adversidad que presentan los procesos migratorios en el contexto de la actual crisis. Siendo que el programa siria presenta escaso tiempo de implementación en el país, es relevante señalar que la garantía del derecho a la salud mental de las personas que “ingresan” al programa requiere del diseño de dispositivos o estrategias como parte de las acciones generales en salud, y en integralidad con otras acciones de inclusión social (intersectorialidad). Se debe tener en cuenta que la accesibilidad a nuestro sistema de salud es de por sí deficitaria, y que la diversidad cultural y lingüística puede constituirse en estos casos como una barrera adicional.

La perspectiva de salud mental comunitaria se percibe como el abordaje más adecuado para evitar nuevas estigmatizaciones por vulneración de derechos y por reducción de determinantes sociales de la salud a categorías psicopatológicas centradas en el individuo y la patología. En tal sentido el Síndrome de Ulises puede resultar una categorización funcional a tales objetivos, siempre y cuando el uso diagnóstico no genere una nueva ontologización, y a consideración de que describe condiciones particulares del sufrimiento psíquico, no generalizables al sufrimiento intrínseco al vivir, más aún cuando ese “vivir” transcurre bajo situaciones de violencia y desamparo. En conclusión sería esperable reservar el diagnóstico de cuadros psicopatológicos para problemáticas agudas de salud mental y solo a condición de su uso como herramienta para un posible tratamiento, ya que las mismas fueron elaboradas “desde” y “para” el mundo occidental, y una extrapolación que no incluya la diversidad cultural puede resultar en nuevas estigmatizaciones y vulneración de derechos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2002). La depresión en los inmigrantes, Una perspectiva transcultural. Editorial Mayo, Barcelona.
- Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises) *Gac Med Bilbao* 2009;106:122-33. Recuperado de: <http://dev.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-avance-resumen-estres-limite-salud-mental-el-S0304485809746657>
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Volumen V, N° 21. pag 39-53.
- Agencias de Noticias de San Luis (2017). "El Senado provincial aprobó la creación del Corredor Humanitario y Comité de Refugiados". Recuperado de <http://agenciasanluis.com/notas/2017/02/07/el-senado-provincial-aprobo-la-creacion-del-corredor-humanitario-y-comite-de-refugiados/>
- Augsburger, C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81: 67-75.
- Amnistía Internacional (2016). La crisis de refugiados de Siria en cifras. 23 de diciembre de 2016. Recuperado de <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/la-crisis-de-refugiados-de-siria-en-cifras>
- AG (1989). Convención sobre los Derechos del niño del 20 de Noviembre de 1989.
- ACNUR (2016). Récord de muertes en el mar Mediterráneo. 22 de Diciembre de 2016. Recuperado de <https://www.eacnur.org/noticias/2016-record-de-muertes-en-el-mar-mediterraneo>
- Dirección Nacional de Migraciones. Disposición N° 3915, de 14 de octubre 2014, que aprueba el Programa especial de visado humanitario para extranjeros afectados por el conflicto de la República Árabe Siria.
- Dirección Nacional de Migraciones. Disposición N°4499 de 15 de Septiembre de 2015 que renueva el Programa especial de visado humanitario para extranjeros afectados por el conflicto de la República Árabe Siria.
- DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- El Diari de la Sanitat (2017). "El muro de rechazo que se encuentran los refugiados en Europa puede afectar mucho a su salud mental". 02 de Febrero de 2017. Recuperado de [http://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/rechazo-encuentran-refugiados-Europa-afectar\\_0\\_649885773.html](http://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/rechazo-encuentran-refugiados-Europa-afectar_0_649885773.html)
- ONU (1951). Convención sobre el estatuto de los refugiados. Ginebra, 1951. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0005>
- ONU (1967). Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0003>
- ONU (2017). Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Stolkiner, A., Ardilla 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), 2012, p. 52-56.
- Sanjuan Domingo, R., Díaz Oliva, E. (2002). Valorar la existencia del síndrome de Ulises. Recuperado de <http://www.panelserver.net/laredatenea/documentos/valorar.pdf>
- Stolkiner, 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) Buenos Aires: Ed. Psicolibro.