



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**MIGRANTES Y SALUD MENTAL:
ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS DISCURSOS CLÍNICOS DE
LOS/LAS PROFESIONALES TRATANTES**

Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología

Margarita María Becerra Lizana

**Directoras:
Dra. Isabel Piper Shafir
Dra. Caterine Galaz Valderrama**

Santiago de Chile, 2018

RESUMEN

El progresivo aumento de la migración internacional, el restrictivo marco legislativo migratorio vigente y a las características de la red pública de salud en Chile, inciden en el tránsito de los/las migrantes por los servicios, específicamente en salud mental.

Desde una perspectiva crítica y posestructuralista, esta investigación tiene por objetivo comprender los significados que los/as profesionales tratantes construyen de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios públicos de salud en Chile de la Región Metropolitana y Antofagasta, entre los años 2015-2017. Por medio de una metodología cualitativa y un referente teórico foucaultiano, se analizaron los discursos de los/las profesionales prestando atención a la matriz gubernamental, a las relaciones de poder y sus implicancias.

Los resultados muestran las prácticas discursivas compuestas por tres ejes principales: primero, el posicionamiento discursivo como soporte de autoridad por parte de los/as profesionales; segundo, las construcciones del “sujeto migrante” como paciente en salud mental; y tercero, referido a las respuestas de agencia y resistencia que los/las profesionales despliegan.

La conclusión refiere a la importancia de los contextos sociohistóricos y relacionales que operan en los discursos de los/las profesionales, en tanto pueden producir efectos de diferenciación y dominación, o bien procesos de agencia y resistencia en el espacio clínico.

Palabras clave: *Intervención, salud mental, migración, análisis del discurso, Chile.*

(...) el sujeto puede ser efecto de discursos, instituciones y prácticas, pero en un momento dado el sujeto-en-proceso se experimenta a sí mismo como el «Yo», y tanto consciente como inconscientemente repite y resignifica posiciones en las que está situado y de las que está investido.

(Brah, 1987, p.134).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	7
ANTECEDENTES	
RESEÑA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE	8
1.1 Ejes relevantes del sistema de salud chileno	8
1.2 La reforma en salud y la propuesta del Modelo de Atención Integral en Salud	12
1.2.1 Interculturalidad y el Modelo de Atención Integral en Salud	14
1.3 Iniciativas legislativas en salud y migraciones	17
CAPÍTULO II	21
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES	22
2.1 Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría	23
2.1.1 Los Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría de los años 1993 y 2000	23
2.1.2 El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025	27
2.2 Iniciativas específicas en salud y salud mental con migrantes	30
2.2.1 Iniciativas de atención en salud mental desde la Sociedad Civil	30
2.2.2 El “Piloto de Salud de Inmigrantes” del Ministerio de Salud	32
CAPÍTULO III	35
CONCEPTUALIZACIONES EN SALUD MENTAL Y MIGRACIONES: DISCURSOS Y GUBERNAMENTALIDAD	36
3.1 Salud, salud mental y migraciones	36
3.2 Intervención en salud mental: discursos, poder, resistencia y gubernamentalidad	38

3.3 ¿Y el lugar de la cultura en salud mental? Una lectura crítica desde la clínica	42
CAPÍTULO IV	51
METODOLOGÍA	52
4.1 Introducción al enfoque metodológico y posicionamiento de la investigadora	52
4.2 Diseño	53
4.2.1 Participantes	53
4.2.2 Técnicas de producción de datos	54
4.2.3 Aspectos éticos	55
4.3 Tratamiento analítico del discurso	56
CAPÍTULO V	59
RESULTADOS	60
5.1 La relevancia del posicionamiento discursivo como soporte de autoridad en el discurso de los/las profesionales tratantes	60
5.2 Las construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental en la red de salud	70
5.2.1 Construcciones del/de la paciente migrante desde carencia de recursos	70
5.2.2 Una máquina bien rodada: construcciones del/de la paciente migrante desde la normativización y el control	72
5.2.3 No cuesta entenderlos/nos: construcciones del/de la paciente migrante desde las diferencias idiomáticas	76
5.2.4 El recurso a “la cultura”: construcciones del/de la paciente migrante como un sujeto culturizado y sus efectos en los procesos de subjetivación	79
5.2.5 Las prácticas diagnósticas: construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental	82
5.3 Respuestas de agencia y de resistencia y en los/las profesionales tratantes: la manifestación de “prácticas emergentes” dentro y fuera del espacio clínico	87

CAPÍTULO VI	90
CONCLUSIONES	91
CAPÍTULO VII	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	116

INTRODUCCIÓN

A pocos días del lanzamiento por el ejecutivo del nuevo proyecto de Ley de Migración (Departamento de Extranjería y Migración, 2018), discursos acerca del aumento sostenido de la inmigración internacional están instalados en el ámbito político, pero también en los ámbitos social, económico, en educación, en salud, entre otros. En efecto, en las últimas décadas estudios de diversa índole han evidenciado el incremento progresivo y sostenido de la migración internacional en nuestro país (Departamento de Extranjería y Migración, 2016; Martínez, 2007; Organización Internacional para las Migraciones, 2011; Stefoni, 2009).

Específicamente en salud, el proceso de incorporación de la población migrante a la red pública ha ido revelando complejidades emergentes (Cabieses y Bustos, 2016). Éstas responden, en parte, a las características estructurales propias del sistema. La segmentación e inequidad en la provisión de servicios afecta al sector público, y particularmente al estrato social menos favorecido (Araya, Rojas, Fritsch, Frank y Lewis, 2006), segmento integrado por las personas migrantes residentes con menos ingresos, usuarias preferentes de dicho sistema (Cabieses, Tunstall, Pickett y Gideon, 2012).

Asimismo, los marcos legislativos restrictivos que regulan la inserción de la población migrante en nuestra sociedad (Stang, 2016), repercuten también en el ámbito de la salud, actuando como un telón de fondo normativo que condiciona la prestación de servicios para esta población. Al respecto, estudios relevan obstructores en el acceso a los servicios públicos en salud señalando, entre otros, la aplicación discrecional de las normativas que regulan dicho acceso y tratos discriminatorios por parte de funcionarios/as (Fundación Instituto de la Mujer, 2007; Lahoz y Forns, 2016; Liberona, 2012). Además del manejo insuficiente de información acerca de las normativas que aseguran el ejercicio del derecho a la atención en salud de la población migrante, tanto desde los/las funcionarios/as como también desde el colectivo migrante (Cabieses y Bustos, 2016).

A partir de la revisión de producción científica nacional en salud, salud mental y migraciones, observamos estudios realizados principalmente en comunas de alta concentración de migrantes, orientados principalmente hacia la caracterización

epidemiológica y psicosocial de dicha población, con resultados mayoritariamente de carácter descriptivo (Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009; Rojas, Castro y Fritsch, 2010; Rojas, Fritsch, Castro, Guajardo, Torres y Díaz, 2011). Sin embargo, la revisión de estas iniciativas investigativas revela orientaciones epistemológicas y metodológicas diversas, y aún cuando sus resultados son relevantes, se hace difícil su articulación en un cuerpo integrado de conocimiento. Además, la circulación de estos estudios muchas veces se encuentra restringida al ámbito académico, lo que dificulta el diálogo y la transmisión de saberes hacia el sector público.

El análisis detallado de algunos de estos hallazgos permite constatar caracterizaciones que han sido realizadas a partir de dificultades y descripciones situacionales que dejan fuera importantes elementos contextuales, haciendo aparecer a la persona migrante como culturalmente esencializada y en sí problemática (Becerra, 2016; Galaz y Montenegro, 2015). Este imaginario del “inmigrante problemático” genera repercusiones en el ámbito de la salud y la salud mental, cristalizando a dicho sujeto en una posición discursiva que se convierte en difícil de ser movilizada en el marco de la entrega de los servicios (Galaz, Becerra, Álvarez y Hedrera, 2016).

A pesar de estas dificultades, es importante destacar el incipiente desarrollo de perspectivas más críticas relativas a la salud de esta población, las cuales evidencian, desde diversos ámbitos del quehacer en salud, la producción y reproducción de vulneraciones (Fundación Instituto de la Mujer, 2007; Núñez, 2011), prácticas de dominación y control, posicionamientos jerárquicos en la relación entre funcionarios de la red y las personas migrantes usuarias (Liberona, 2012), y el ejercicio de derechos diferenciados en salud de acuerdo a la condición social, particularmente en mujeres migrantes (Galaz et al., 2016).

Del mismo modo, a nivel nacional, la investigación que vincula las migraciones y la salud mental se encuentra en desarrollo a través de una multiplicidad de iniciativas de diversa índole.

Los primeros trabajos de tipo exploratorio y descriptivo (Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, 2008; Rojas, Castro y Fritsch , 2010; Rojas et al., 2011), se han sumado estudios acerca de poblaciones usuarias de programas específicos (Becerra y Altimir, 2013a, 2013b), de técnicas de afrontamiento en grupos particulares (Lahoz y Forns, 2016), trabajos que denuncian una tendencia a la patologización del malestar en salud mental expresado por dicha población (Lara, 2010; Núñez, 2010), ensayos clínicos y de revisión bibliográfica (Becerra, 2015, 2016), y desde una perspectiva de derechos (Becerra y Altimir, 2012). Aun cuando estos trabajos han implicado un avance temático, sus alcances en el sector público siguen siendo reducidos, así como sus repercusiones en las atenciones directas en salud mental para con esta población.

En términos generales, podemos señalar que la situación de la salud mental en Chile y su evolución, es afín al progresivo mejoramiento en las últimas décadas de la situación social y económica del país. Las políticas en salud mental han centrado su atención en los sectores más vulnerables de la población, en concordancia con los desarrollos y avances que ha tenido sistema mismo de salud. Sin embargo, y a pesar de los avances, factores determinantes de diferenciación geográfica, económica, educacional, étnica, entre otros, siguen impactando la salud mental de los/las usuarios/as más vulnerables del sistema. Aun cuando hace ya una década estudios mostraban necesidades crecientes en salud mental, no se ha prestado suficiente atención al tema de la salud mental y las migraciones, como un escenario privilegiado en donde confluyen múltiples dimensiones: la subjetiva, por su carácter ineludible dentro de la historia vital de los individuos que conforman la sociedad, pero también dimensiones contextuales, estructurales, culturales, políticas, legislativas, de poder y de gobierno que atraviesan a esta población.

Previo a cualquier consideración u abordaje de una o más de estas dimensiones, se hace imprescindible comprender el modelo vigente de atención en salud en Chile y sus repercusiones en cuanto a la estructura y al funcionamiento de los servicios. Además de la vinculación de la dimensión legislativa en salud y migraciones, que sitúa -o no- al sujeto migrante como usuario/a del sistema. Además, debemos entender la participación del Estado de Chile en materia de salud mental, sus orientaciones y planteamientos en la oferta de servicios, deteniéndonos las iniciativas específicas respecto de la población migrante residente. Lo anterior debido a que la figura “del migrante” o “del extranjero”, construido

desde el imaginario social como un “otro” (Santamaría, 2002), no es una categoría unitaria, sino más bien una construcción social con un alto contenido simbólico.

Estos significados atribuidos en la sociedad de destino, están vinculados a circunstancias y a contextos particulares, los cuales no sólo están anclados en relaciones de poder (Córdova Rivera, 2012; Stefoni y Stang, 2017), sino también en lógicas de gobierno hacia el colectivo migrante (Galaz, Álvarez, Hedrera y Becerra, 2017; Galaz y Montenegro, 2015; Santamaría, 2002). Y eso mismo puede ser extrapolado al escenario de la construcción social del/la migrante como usuario/a de los servicios públicos en salud mental, en cuya formulación discursiva participan los/as profesionales tratantes, psicólogos y psiquiatras, agentes legitimados en su saber que integran la red de servicios.

En este sentido, los planteamientos de Michel Foucault (1976; 1981; 1994; 1999) aplicados al campo de las intervenciones en salud mental en la red, nos permiten comprender entonces cómo ciertos contextos relacionales pueden estar impregnando las construcciones sociales del/la paciente migrante en los/las profesionales tratantes. Además, admite plantear la existencia de dinámicas discursivas en dichos profesionales, las cuales son expresadas a través de ciertas prácticas y accionares técnicos, así bien producen con efectos en las intervenciones en salud mental.

Un aspecto relevante a señalar en el planteamiento y desarrollo de este estudio, es mi propia experiencia como investigadora, pero también como agente social en el campo de la salud mental y las migraciones internacionales. Comencé trabajando clínicamente en la red pública en Bélgica a principios de los años 2000, con pacientes migrantes forzados extracomunitarios de diversos orígenes culturales y lingüísticos. A mi regreso a Chile a fines de la década, esta experiencia fue fundamental para impulsar el desarrollo de un campo clínico universitario en salud mental y migraciones, que se consolidó con la creación del Programa PRISMA de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados en el año 2008. Este programa, fue un referente innovador en la temática ofreciendo servicios clínicos psicológicos y psiquiátricos, junto con acompañamiento social y jurídico¹. La huella que dejó este programa en el trabajo en salud mental y migraciones, tanto a nivel clínico como académico respondió a: la conformación de un equipo polivalente

¹ El acompañamiento jurídico se desarrolló en colaboración con clínicas jurídicas universitarias especializadas en migraciones en Santiago de Chile.

particularmente motivado (psicólogos, psiquiatras, asistente social, socióloga, arte terapeuta); al abordaje interdisciplinario de los casos; a la integración de profesionales migrantes o con experiencia migratoria en el equipo de atención; a la incorporación de un espacio formal reflexivo autocrítico de las propias prácticas de intervención²; al desarrollo de investigación y de docencia clínica en el campo de la salud mental y las migraciones; y por último, al trabajo interinstitucional e intersectorial, realizado en estrecha vinculación con iniciativas afines (académicas, de organismos internacionales, de la sociedad civil y del Estado), en los ámbitos de salud y educación.

El Programa PRISMA cesó su funcionamiento a fines del año 2014 por diferencias programáticas con la universidad que lo acogía, mismo año en que inicié mi estudio doctoral. Por esta razón redirigí mi objetivo investigativo hacia el área pública, en un esfuerzo por producir y transferir conocimientos desde y hacia los servicios públicos en salud, atañidos por el progresivo aumento en la incidencia de casos en salud mental de personas migrantes en sus distintos niveles de atención.

En el marco de los antecedentes desarrollados, la necesaria problematización que puede ser realizada desde una racionalidad crítica, problematiza también a la salud mental y las migraciones en el ámbito público, junto con el posicionamiento de los/las profesionales tratantes como agentes de esta trama discursiva. Particularmente, tomando en consideración la orientación generalizada que está tomando la temática migratoria en salud mental, en la cual desde hace algunos años se han ido instalando discursos en la línea de la naturalización de patologías en salud mental asociadas a los procesos migratorios (Achotegui, 2002, 2004), no se detienen a interrogar los contextos de producción de dichos discursos.

De tal manera se plantea la pregunta de investigación acerca de cómo son las construcciones discursivas de los/las tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la red pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta. El objetivo general del estudio doctoral busca comprender los discursos de los/as tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la red pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta. Por su parte, los objetivos

² Esta instancia se daba por medio de una supervisión externa experta del equipo en modalidad periódica permanente.

específicos se orientan a: i) comprender los discursos que los/as tratantes en salud mental construyen sobre los migrantes en el marco de las intervenciones en salud mental de la red; ii) describir los procedimientos que conforman las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en los servicios a partir de los discursos de los/as tratantes; iii) analizar los discursos de los/las tratantes y las prácticas de intervención en salud mental que de ahí derivan; y por último iv) analizar los efectos de los discursos acerca de las prácticas de intervención en la construcción del sujeto migrante como paciente en salud mental.

En su estructura, el trabajo se organiza en siete capítulos. Posterior a esta introducción, el primer capítulo aborda los ejes relevantes del sistema de salud chileno, su estructura y su modelo. El segundo capítulo, se centra específicamente en la salud mental dentro de la red de servicios, en los consecutivos Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 1993 al año 2025, además de las iniciativas específicas en salud mental con migrantes, tanto públicas como privadas. El tercer capítulo entrega las herramientas analíticas, a través de una revisión de las conceptualizaciones relevantes en salud mental y migraciones, a través de la utilización de recursos teóricos referidos a los conceptos de discurso, poder, resistencia y gubernamentalidad, y revisando el trabajo de Foucault (1976; 1981; 1994; 1999), Grinberg (2007), Rose, O'Malley y Valverde (2012), Lo Schiavo, (2014), Berlivet (2013), Galaz y Montenegro (2015), entre otros/as. Además, se realiza una lectura crítica respecto al lugar de la noción de “cultura” en la salud mental desde una perspectiva crítica. En el cuarto capítulo aborda el enfoque metodológico y el posicionamiento de la investigadora, junto con el diseño utilizado para realizar esta investigación. A continuación, en el capítulo cinco, se presentan sus resultados, desarrollando las conclusiones en el capítulo seis. Se finaliza con las referencias bibliográficas que sustentan teóricamente lo que fue el proceso investigativo.

Con aportes teóricos provenientes desde la psicología social crítica, la psicología clínica, la medicina, el derecho, el trabajo social, la sociología, la antropología social y cultural, la epistemología, la epidemiología, entre otros, este trabajo se orienta hacia una reflexión temática original en salud mental respecto de la migración internacional, desde un anclaje contextualizado a la realidad chilena actual. Es por esto que, tanto en su estructura como en su estilo narrativo, ha sido pensado para ser leído desde múltiples disciplinas, no solamente desde la disciplina psicológica. Esperemos que signifique un aporte que ayude a

establecer puentes interdisciplinarios, los cuales son imprescindibles para la comprensión de la multidimensionalidad del fenómeno migratorio actual en el ámbito de la salud mental.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

RESEÑA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

1.1 Ejes relevantes del sistema de salud chileno

En una primera aproximación, el sistema de salud chileno resulta altamente complejo. Está constituido por una estructura dinámica de entidades públicas y privadas, que a su vez se encuentra conformada por múltiples instituciones, las cuales centran su quehacer en objetivos de promoción, prevención, cuidado y recuperación de la salud (Becerra y Altimir, 2012).

Revisando su desarrollo histórico, constatamos una serie de transformaciones desde su inicio en el siglo XIX hasta su estado actual. Sin embargo, la gran modificación estructural del sistema de salud comenzó a implementarse en el año 1979, en donde se estableció el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como seguro público en salud. Además, para efectos administrativos, se eliminó y descentralizó el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) creándose el Sistema Nacional de Servicios en Salud (SNSS), conformado por servicios con autoridad y patrimonio autónomos, los cuales fueron distribuidos a lo largo del territorio nacional (Parada, Reyes, Cuevas, Ávila, López y Carrasco, 2014).

Desde el año 1981, se procedió a la municipalización de gran parte de la atención primaria de salud, otorgando a los Servicios de Salud un rol articulador de la política sanitaria bajo la tutoría técnica del Ministerio de Salud (Parada et al., 2014; Comisión Asesora Presidencial, 2014). E inmediatamente a continuación, se creó el mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) para la administración de las cotizaciones de quienes decidieran no optar por el sistema público, concentrando el sector privado a la población con mayores ingresos y menores riesgos en salud (Unger, De Paepe, Cantuarias y Herrera, 2008).

A partir del año 1990 se realizan una serie de reformas en el sistema de salud, teniendo como orientación el robustecimiento del sistema público (Parada et al., 2014), la extensión del sistema de protección social, la adecuada provisión de servicios públicos y el mejoramiento en los servicios, tanto en la atención como en la infraestructura. De manera suplementaria, se instauraron instancias supervisoras y reguladoras del mercado de seguros privados (Parada et al., 2014; Unger et al., 2008). Aún así, y pese a las reformas realizadas, la estructura fundamental del sistema fue mantenida.

Este cambio estructural fundamental del sistema de salud chileno -que comenzó a gestarse en los años 80- tuvo consecuencias relevantes ya que implicó la introducción de la lógica neoliberal en la organización del sistema de prestación de servicios. Se incitó así el crecimiento del sector privado a través de un régimen de privatización de la administración del seguro público en salud, menoscabando el sistema público (Organización Panamericana de la Salud, 2011; Parada et al., 2014). La disminución del financiamiento del sector público también tuvo consecuencias importantes ya que se restringió la provisión de servicios, acentuando la segmentación y la inequidad en salud para sectores de la población con menos recursos (Araya et al., 2006; Unger et al., 2008).

Tomando en consideración esta situación, en la década del 2000 se iniciaron importantes modificaciones orientadas a paliar el desmedro acaecido en el sector. En primera instancia, el fortalecimiento del sistema de provisión pública en salud fue orientado desde un aumento en su financiamiento, además de la introducción de mejoras en la gestión y en la calidad en los servicios de salud, y del reforzamiento de la atención primaria y del trabajo de las redes asistenciales (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Fue así como en el año 2002 se inició la Reforma en Salud, conformada por cinco proyectos de Ley los cuales fueron enviados al Congreso Nacional. El objetivo de dichos proyectos era garantizar el acceso a la salud para la población de manera libre e igualitaria, a través de la implementación de políticas públicas sustentadas principalmente en la equidad, la solidaridad y la participación social (Benavides, Castro y Jones, 2013). La ley más significativa fue la que estableció el régimen AUGE-GES³ en el 2004, asegurando cobertura de patologías prioritarias incluidas en las garantías, las cuales fueron definidas como de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad.

³ Ley de Garantías Explícitas en Salud N°19.966.

Aún cuando esta iniciativa ha sido valorada positivamente por distintos sectores, en la actualidad se está problematizando la real capacidad del GES para disminuir las inequidades, particularmente en el acceso a la salud, favoreciendo prestaciones curativas más que de promoción y prevención de la salud de la población (Parada et al., 2014). De manera complementaria, observamos la afinidad de las medidas legislativas instauradas a la reforma neoliberal inicial (Unger et al., 2008) ya que, a pesar de las múltiples reformas, continúan coexistiendo en nuestro país dos subsistemas de salud, el público y el privado, concentrando el primero en las personas con menos recursos, impresionando con más de un 80% de cobertura de la población nacional (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La actual segmentación en salud, interroga las características estructurales de nuestro sistema el cual, aunque se proclama como universal, no necesariamente está organizado desde una perspectiva de promoción universal de derechos que, en este caso, considere a la población migrante en nuestro país (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011). Sumado a lo anterior, el aumento de la migración en las últimas décadas ha complejizado la prestación de servicios en la red en la medida en que se han agregado, a los requerimientos y tensiones propias del sistema, exigencias suplementarias relacionadas con el encuentro con un tipo de población, y con situaciones en salud, para los cuales el sistema y su personal no están necesariamente preparados, dificultando la incorporación de este colectivo al sistema (Becerra y Altimir, 2012; Martínez, 2007; Mora, 2008; Núñez, 2008; Vásquez-de Kartzow, 2009; Vásquez-de Kartzow y Castillo-Durán, 2012). En salud mental la situación es aún más compleja, ya que se agregan a lo anterior las insuficientes y precarias condiciones de prestación de servicios públicos psicológicos y psiquiátricos en nuestro país (Araya et al., 2006; Universidad Diego Portales, 2013).

Estos elementos de tipo estructural se enmarcan además en la legislación migratoria vigente. La Ley de migración, conocida como “Ley de Extranjería”⁴, formulada durante la dictadura militar e inspirada bajo el principio de seguridad nacional, se traduce en la

⁴ El Decreto Ley N° 1094 (Ministerio del Interior D.O. 19/07/1975), estableció normativa relativa a los/las extranjeros/as en Chile. “Su regulación incluye el ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, el egreso, el reingreso, la expulsión y el control de los extranjeros.” (Valenzuela, 2015, p.68). La legislación vigente, incorpora además el Decreto Supremo N° 597 (Ministerio del Interior D.O. 24/11/1984), el cual contiene regulaciones relativas al “ingreso, egreso y reingreso al país; procedimientos, rechazos y revocaciones; el registro de extranjeros y la normativa aplicable a residentes y turistas” (p.68). Ambas normas regulan en gran medida las materias que son aplicables a la población migrante en Chile.

definición de una serie de criterios que restringen el ingreso y el ejercicio de derechos de los/as extranjeros/as en el territorio nacional, por ser considerados como amenaza y competencia para los/las nacionales en la obtención de beneficios y servicios sociales, así como un problema social (Noy y Voorend, 2015; Stefoni, 2011)⁵.

Al cierre del presente estudio, con fecha 9 de abril de 2018, acaba de ser lanzado el nuevo proyecto de Ley Migratoria por el ejecutivo. Inmediatamente se han levantado alarmas desde la sociedad civil y desde la academia, respecto a la falta de espacios participativos en su proceso de formulación, denunciando además la mirada economicista y utilitarista del Estado en relación a la migración internacional.

1.2 La reforma en salud y la propuesta del Modelo de Atención Integral en Salud

En la actualidad, el sistema de salud en Chile se estructura en torno a la Atención Primaria en Salud en base al Modelo de Atención Integral en Salud, en el marco de la Reforma de Salud iniciada a comienzos de la década del 2000. Tomando en consideración la transformaciones en el perfil demográfico y epidemiológico de la población e incorporando además los cambios culturales, sociales y económicos de la sociedad chilena, esta reforma inició una transición importante desde un modelo curativo centrado en la asistencia hospitalaria, hacia un modelo de la promoción de la salud basado en un paradigma biopsicosocial. La atención en salud es entendida así como un proceso continuo e integral, orientado a las personas, las familias y comunidad, incorporando además su participación activa para el levantamiento y abordaje de sus necesidades en salud (Ministerio de Salud, 2005). Esta reforma, planteada en concordancia con las

⁵ Llama particularmente la atención el artículo 13 de la Ley de Extranjería, referida a las atribuciones del Ministerio del Interior, el cual “introduce un importante componente de discrecionalidad, permitiendo a la autoridad política operar en el marco de conceptos tan amplios como la *utilidad* y *conveniencia* del extranjero.” (Valenzuela, 2015, p. 71). Aunque se han realizado iniciativas legislativas relevantes posteriores que han intentado abordar la cuestión migratoria como la protección de las personas refugiadas (Ley N° 20.430 del año 2010), la tipificación de los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas (Ley N° 20.507 del año 2011) y el establecimiento de medidas contra la discriminación (Ley N° 20.609 del año 2012), es innegable la urgente necesidad de dictar una nueva Ley de Extranjería, que ampare estas normas particulares emergentes y responda a los desafíos migratorios actuales en nuestro país (Valenzuela, 2015).

recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2007) y la Organización Mundial de la Salud (2008), plantea un desafío importante a los equipos de salud los cuales, al dirigir su trabajo a las personas y sus familias, deben además integrar a los contextos locales, los escenarios epidemiológicos existentes y emergentes (Montero, Rojas, Castel, Muñoz, Brunner, Sáez y Scharager, 2009).

En el contexto de la reforma, el Modelo de Atención Integral en Salud la define como:

(...) el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Ministerio de Salud, 2005, p.10).

Las claves del modelo, tal como es enunciado, son el enfoque territorial en la gestión en salud, la organización de los servicios en redes de establecimientos con complejidades diversas (que van desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, incluyendo atenciones de urgencia), y el énfasis en la acción intersectorial, lo que implica una continuidad dentro de los distintos elementos del sistema (Montero et al., 2009).

Otro aspecto importante son las características que adquiere el equipo de salud en la atención primaria, junto con su enfoque familiar en la intervención. El abordaje multidisciplinario a través de intervenciones familiares integrales (Montero et al., 2009) se convierte en fundamental para la atención en salud de la población asociada a un territorio acotado, a través de un acompañamiento a la familia durante las distintas etapas de su ciclo vital, tanto en ámbitos de promoción de la salud como en asistencia clínica y rehabilitación (Ministerio de Salud, 2005).

Analizando el modelo en su versión 2005, y su anclaje en la Reforma de Salud, observamos en primera instancia que uno de los principios fundamentales que lo sustentan es la afirmación de la salud como un derecho, lo que se vincula estrechamente con el

establecimiento de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, establecidas el régimen de la Ley AUGE-GES del año 2004. Sin embargo, como telón de fondo de estas garantías, se encuentra la reforma en salud del año 1979 y legislación sanitaria del derecho a la salud y su provisión de la Constitución Política del Estado del año 1980, que en su artículo 19.9º declara “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud (...).” (Constitución Política de la República de Chile, 1980, s/p), la cual señala el derecho a acceso a la salud y no necesariamente releva la salud como un derecho, lo que en el caso de las personas migrantes es muy importante y ha llevado a la necesidad de formular numerosas iniciativas normativas para asegurar dicho derecho (las cuales serán desarrolladas más adelante, dentro de este capítulo).

1.2.1 Interculturalidad y el Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de Atención Integral en Salud señala la consideración del/la paciente y de su enfermedad en interrelación con múltiples dimensiones, entre las que destacan dimensiones personales (biopsicosociales, culturales y espirituales), contextuales e interculturales. Es necesario detenernos en este punto, especialmente si consideramos a los/las migrantes como un sector creciente de la población usuaria de los servicios públicos en salud. Al respecto, aunque dicho enfoque en salud intercultural no es explicado en el documento oficial que da cuenta del modelo, llama la atención que es puesto al mismo nivel que el enfoque de género y de la complementariedad con otras terapias en salud, como es señalado en el apartado “Enfoque de salud intercultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud” (Ministerio de Salud, 2005, p.14). En este sentido, y dada la insuficiente precisión del concepto, no se logran atisbar las implicancias concretas que dicho enfoque tendría en la atención de las personas, las familias y las comunidades en el caso de provenir diversos horizontes étnicos o culturales.

A más de diez años de la definición del Modelo de Atención Integral, el escenario en salud ha ganado en complejidad. Por una parte, el proceso de reforma del sector salud ha proseguido. Por otra, ha ido emergiendo la necesidad de precisar y de operacionalizar

algunos de sus conceptos, particularmente en lo que se refiere a ciertos principios y a su abordaje biopsicosocial. El modelo centrado en las personas, implica la necesidad de establecimiento de una relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, para la priorización conjunta de las necesidades en salud en una lógica de corresponsabilidad. La comunidad aparece así como sujeto activo en la toma de decisiones relativas a la atención en salud (Montero et al., 2009). Junto a lo anterior, se ha ido detallando la noción de integralidad, referida a la vez como la función del sistema de salud en su totalidad (incluyendo promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en salud) y como la comprensión de la multidimensionalidad en las problemáticas de las personas (Ministerio de Salud - Organización Panamericana de Salud, 2013). A su vez, la territorialidad en la prestación de los servicios de atención primaria delimita una población a cargo del Centro de Salud, para lo cual el diagnóstico de las prioridades sanitarias permite a su vez determinar temáticas y objetivos de intervención desde el enfoque biopsicosocial, vinculando estrechamente a los equipos multidisciplinarios con los/las usuarios/as asociados/as a cada territorio.

En el documento “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” (Ministerio de Salud - Organización Panamericana de Salud, 2013), aparece delimitado el *enfoque intercultural* de atención en salud, aludiendo principalmente a los pueblos originarios. En línea con la orientación territorial del modelo, se considera la necesidad de respetar la cultura existente en los territorios junto con la participación de dichos pueblos en sus propias acciones de salud. En este marco, la interculturalidad es definida como un principio, mencionando además la necesidad de incorporación de estrategias de participación en salud que sean pertinentes culturalmente, principalmente relativas a pueblos originarios, con una breve mención a la población residente de origen extranjero. La interculturalidad es entendida como un desafío para el logro de diálogo entre grupos culturales distintivos. Sin embargo, aunque este enfoque incita el respeto de la cosmovisión, de los modelos de salud y de los itinerarios terapéuticos de los pueblos originarios en el diseño e implementación de los planes en salud, se subentiende a la cultura como algo fijo, más bien hermético, delimitado a ciertos territorios, pueblos o personas particulares, en oposición a la cultura dígase no originaria. Al respecto el documento precisa:

La incorporación de un enfoque intercultural en salud, sólo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan el modelo de atención los aportes de las culturas que co-existen en un territorio determinado (Ministerio de Salud - Organización Panamericana de Salud, 2013, p.19).

La declaración acerca del enfoque intercultural del modelo como parte importante de su carácter “integral”, implicaría la relevancia que se le daría al reconocimiento de la cultura del otro/a como un sujeto culturalmente distinto. Lo anterior, en la línea del conocimiento y de la incorporación de la cultura del/la usuario/a en las políticas e intervenciones en salud, es denominada como Salud Intercultural (Olivares, 2015).

Sin embargo, la interculturalidad definida como un principio y entendida como un desafío tanto en el Modelo de Atención Integral en Salud como en sus orientaciones, no integra el reconocimiento de biomedicina, de la cultura del personal de salud o la propia cultura institucional, entre otros, como matrices culturales en sí mismas. Es así como la afirmación de la voluntad intercultural del modelo y sus orientaciones queda interrumpida, ya que es este reconocimiento mutuo el que es imprescindible para la apertura de la dinámica de intercambios culturales, intrínseca a la noción misma de interculturalidad⁶. Como veremos posteriormente, lo anterior tendrá repercusiones en la atención en salud, también ámbito de la salud mental⁷.

⁶ En línea con el planteamiento de Walsh (2009) “La interculturalidad es distinta en cuanto se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción *entre* personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes (...) No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro o a la diferencia en sí. Tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles. Más bien se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo, articulación y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas, lógicas y racionalidades distintas” (p. 45).

⁷ La reflexión en profundidad acerca del lugar de la noción cultura en salud y salud mental, será abordada en el Capítulo III, apartado 3.3, del presente trabajo.

1.3 Iniciativas legislativas en salud y migraciones

Las personas usuarias de la red pública de salud se caracterizan por pertenecer a los estratos sociales menos favorecidos (Araya et al., 2006), y dentro de los cuales pueden encontrarse las personas migrantes con menos recursos. El proceso migratorio puede introducir condiciones socioeconómicas y estructurales que empobrecen al sector más vulnerable de este colectivo, pudiendo deteriorar la salud, la salud mental y el bienestar psicosocial que tenía en el país de origen (Becerra y Altimir, 2012; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009). Esta situación puede agravarse cuando se experimenta la enfermedad en un contexto ajeno, con insuficiente soporte social (Núñez, 2008), prejuicios y exclusión en el área de la salud (Liberona, 2012).

El estado de Chile no ha sido ajeno a la temática migratoria en el ámbito de la salud. Es así como el derecho a la salud de las personas migrantes tomó relevancia desde principios de la década del 2000 y comenzó a cristalizarse a través iniciativas normativas las cuales han ido desarrollándose de manera reactiva frente a situaciones o problemáticas emergentes (Galaz et al., 2016). Como la dimensión legislativa incide de manera directa en el acceso a los servicios en salud en las personas migrantes, se hace necesario revisar brevemente los hitos más importantes en este ámbito.

Primero que nada, es necesario precisar que la atención en salud de dicha población se enmarca de manera diferente dependiendo de su situación migratoria, sea esta regular o irregular. Quienes residen en el país y tienen su situación migratoria regularizada son, para efectos normativos, considerados como cualquier ciudadano chileno, pudiendo suscribir tanto al sistema público o al privado en salud.

Como una primera medida para reducir la discriminación hacia los/las migrantes residentes, en el año 2003 se emitió el Oficio Circular No 6232⁸, cuyo objetivo era -entre otros- facilitar el acceso a la atención primaria a aquellas mujeres gestantes en situación irregular, para el control y seguimiento de los embarazos.

El año 2007, el Ordinario N° 2284 elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala de manera general que las personas migrantes y refugiadas tienen igual

⁸ <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f94fda7e04001011f0164f3.pdf>

derecho a la salud que los/las nacionales, en tanto estén con su situación migratoria regularizada. Se establece además el derecho de las personas extranjeras en situación irregular para atenderse en servicios de urgencia sean estos públicos como privados. Por último, se explicita que los/las solicitantes de asilo y refugiados/as tendrán igual acceso al sistema de salud que los/las chilenos/as, sin detallar estrategias específicas para regular dicho acceso (Becerra y Altimir, 2012). Este Ordinario plantea un primer escenario de atención en salud de las personas migrantes y refugiadas, quienes teniendo su situación migratoria regularizada serían considerados/as de igual manera que otro/a ciudadano/a nacional, pudiendo elegir el sistema previsional público o privado dependiendo de sus ingresos como cualquier otro/a nacional.

También el año 2007 se lleva a cabo el Convenio de colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud⁹, en donde se retoman algunos elementos del Oficio Circular del año 2003. En el marco de la protección a la infancia, establece que las mujeres embarazadas y todos/as los niños, niñas y adolescentes migrantes de hasta 18 años en situación irregular podrán atenderse en el Sistema Nacional de Servicios de Salud cualquiera sea su condición migratoria, la de sus padres, tutores o representantes legales. Esta estrategia la regularización de la situación migratoria a través de un visado temporal a las mujeres gestantes y menores de 18 años permite, mediante la obtención del RUN, obtener el carné de FONASA y así acceder a la red pública de salud, particularmente en el nivel primario (Guerra, 2016).

En septiembre del año 2008 a través de una Resolución Exenta se constituyó del grupo de trabajo en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud, SIR-MINSAL cuyo objetivo era asesorar técnicamente las decisiones del Ministerio de Salud en cuanto a la salud de migrantes y refugiados, incluida la población infantil. Sin embargo, este grupo no prosperó debido a cambios en las prioridades del siguiente gobierno electo. Tampoco fueron retomadas sus funciones en el gobierno electo subsiguiente.

Es importante destacar que tanto el Convenio de colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud, como la constitución del grupo SIR-MINSAL obedecen a Resoluciones Exentas, que administrativamente corresponden a un bajo nivel de jerarquía dentro de la institucionalidad país (Guerra, 2016). Esto es interesante ya que

⁹ <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71821af88f8dfda7e04001011f0164f3.pdf>

tienen un carácter más débil en tanto acción legislativa de gobierno, por lo que pueden ser sujetas a actuaciones discrecionales del gobierno de turno, tal es el caso del grupo SIR-MINSAL cuya continuidad fue desincentivada.

El año 2009 a través del Ordinario N° 2.551, se asegura la cobertura en salud para los/las migrantes con credencial FONASA y cédula de identidad caducada para quienes tengan permiso de residencia en trámite, considerando de esa manera a aquellos/as en proceso de regularización migratoria (Becerra y Altimir, 2012).

En relación al establecimiento de disposiciones de protección de personas refugiadas, cabe señalar que el año 2010 se aprobó la Ley 20.430¹⁰ sobre la Protección de Refugiados y su reglamento (Decreto 837), lo cual demuestra un desarrollo en cuanto a la protección de los derechos de los refugiados incluyendo el derecho a la salud (Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales, 2012). Sin embargo, es interesante señalar que no se observan consideraciones específicas relativas a materias de salud mental, aún cuando se evidencia alta prevalencia de este tipo de problemáticas en los casos de refugio en nuestro país (Becerra y Altimir, 2013a; Becerra y Altimir, 2012; Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales, 2012).

Por último, la Resolución Exenta N° 6410 del año 2014 determina el acceso universal al sistema de salud para las mujeres embarazadas hasta doce meses después del parto y para los/as niños/as menores de seis años. Además, en consideración al Acuerdo entre el Ministerio de Salud y el Departamento de Extranjería y Migraciones (Ministerio del Interior) del año 2007, ambos grupos tiene acceso a una visa de residencia especial que les permite regularizar su situación migratoria, para los/las menores hasta los 18 años, pudiendo acceder el sistema en igual condición que las personas nacionales.

El 27 de noviembre de 2014 se suscribe un convenio entre el Ministerio del Interior y FONASA que permite el acceso a prestaciones en salud y beneficios de dicho fondo para todos/as aquellos/as extranjeros con visa en trámite. La Circular A 15 N°06 de junio de 2015 determina que se desligará la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia para 1) mujeres embarazadas, parto y post-parto hasta 12 meses; 2) niños/as hasta 18 años; 3) casos de urgencia médica y 4) educación sanitaria, métodos de regulación

¹⁰ Ley 20.430, Establece disposiciones sobre protección de refugiados <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1012435>

de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas y atención de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA, ITS). A su vez, en la Circular A 15 N°04, del 4 de julio de 2016, entrega instrucciones para la aplicación de una nueva circunstancia para el acceso a salud (Decreto Supremo N°67, de 2015) en el caso de personas migrantes que carezcan de documentos o permisos de residencia, pudiendo declarar y calificar como carente de recursos posterior evaluación, accediendo así a los servicios de atención primaria en la red.

Es evidente que la dimensión legislativa incide directamente en el acceso a una oferta de servicios en igualdad y equidad para las personas migrantes, y las iniciativas señaladas constituyen avances relevantes desde una perspectiva de derechos individuales y colectivos para esta población. Sin embargo, a más de una década del inicio de estas iniciativas legislativas, se ha comenzado a acumular evidencia que muestra la existencia de dificultades en la aplicación de estas normativas en algunos puntos de la red. La materialización de las normativas debiera producirse en el marco de la institucionalidad en salud, mismo marco en donde se observa desconocimiento de profesionales y administrativos del sector respecto a la especificidad migratoria en el contexto legislativo nacional (Becerra y Altimir, 2012). Esto problematiza el acceso de los/las migrantes a los servicios incrementando la vulnerabilidad de este colectivo (Becerra y Altimir, 2013b), ya que las iniciativas legislativas antes mencionadas no corresponden necesariamente con la estructuración de la red, ni con una propuesta de política pública en salud (Guerra, 2016) que esté dirigida específicamente a responder las necesidades de los/las migrantes residentes en nuestro país.

CAPÍTULO II

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2001 subtulado “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, propone algo indiscutible el día de hoy, a saber, la interrelación compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la génesis y la mantención de los trastornos mentales. Se señala, además, que los gobiernos debieran adjudicarle la misma responsabilidad a la salud mental de sus ciudadanos que a la salud física, desde una nueva comprensión de la salud mental que va más allá de la ausencia de trastornos mentales hacia la promoción del “bienestar general de las personas, las familias, las sociedades y las comunidades” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.2).

Es así como, desde diversos horizontes culturales y lingüísticos, la noción de salud mental abarcaría, entre otros aspectos, “el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.5). En este sentido, la apertura a distintas definiciones de salud mental, alude específicamente a la imposibilidad que existe para llegar a una definición transcultural de la misma¹¹.

Cuatro aspectos orientarán la reflexión crítica de este capítulo referente a la atención en salud mental de las personas migrantes, a partir del informe ya citado: 1) la importancia de factores sociales y ambientales en el desarrollo de malestar en salud mental; 2) la responsabilidad de los gobiernos en relación a la salud mental de sus ciudadanos; 3) la necesidad de equiparar en relevancia salud física y salud mental y 4) la incompatibilidad de la perspectiva transcultural con la noción de salud mental.

¹¹ La salud mental transcultural se identifica con la noción de universalidad. Específicamente, la psiquiatría transcultural “es un área de la psiquiatría clínica que trata de comprender los efectos de las diferencias sociales y culturales en la enfermedad mental, tanto en las manifestaciones como en los tratamientos” (Alonso Salgado, Carmen Miguel, Castillo Charfolet, Moñivas Lázaro, Castañera Rodríguez y Gómez González, 2015, p. 9). En otros términos, entiende que los síndromes psiquiátricos serían fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica estaría determinada por elementos culturales.

2.1 Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría

La participación activa del Estado de Chile en materia de salud mental se ha manifestado en la formulación y desarrollo de tres planes nacionales de salud mental y psiquiatría por el Ministerio de Salud. El primero data del año 1993, el segundo del año 2000 y el tercero, y último, fue lanzado muy recientemente en noviembre del año 2017 con proyección hasta el 2025. A continuación, se realizará una revisión de estas tres iniciativas y cómo se aborda -o no- la salud mental de las personas migrantes.

2.1.1 Los Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría de los años 1993 y 2000

Previo al lanzamiento del llamado primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se realizó un proceso de reestructuración de la atención en salud mental en Chile que comenzó en el año 1990. Este proceso respondió principalmente al exiguo desarrollo observado en la atención psiquiátrica de la red pública de atención en las décadas previas. Las principales medidas ejecutadas tuvieron relación con el aumento de recursos humanos: incremento de la dotación de psiquiatras en los Servicios de Salud, incorporación de psicólogos/as en la Atención Primaria y contratación de asistentes sociales para desempeñar funciones específicas en los equipos de salud mental (Ministerio de Salud, 1989). Además, se aumentaron y diversificaron los programas de atención, se incorporaron los centros comunitarios de salud familiar y se inyectaron recursos para la renovación de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, en una evaluación realizada en el año 1996 por el Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, se señala como un elemento crítico la excesiva fragilidad institucional que hace descansar el desarrollo de las nuevas medidas propuestas, en la voluntad y el criterio de los directivos de los organismos de salud (Pemjean, 1996). A veintiún años de estas afirmaciones, llama la atención cómo mantendrían cierta vigencia, particularmente en lo relativo a la salud mental de los/las migrantes, en donde muchas iniciativas salud mental con esta población continúan reposando en voluntades y voluntariedades.

En el año 1993, se formuló el que sería denominado en el contexto del retorno a la democracia, como el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 1993), el cual serviría de base para la formulación del segundo plan lanzado en el año 2000 (Ministerio de Salud, 2000). Este último se basó en las políticas enunciadas en la primera iniciativa y recogió las prácticas innovadoras, estableciendo un modelo de red atención de mayor complejidad, integrando programas orientados a problemáticas prioritarias (Minoletti y Zaccaria, 2005), con gran énfasis en el enfoque comunitario para el abordaje de las problemáticas en salud mental de la población.

La relevancia del enfoque comunitario en salud mental tiene relación con la promoción del aprovechamiento de los recursos asistenciales, y su destinación, a la población de un área geográfica delimitada, ajustándose tanto a las características como a las necesidades de dicha población de manera integrada y coordinada (Minoletti y Zaccaria, 2005). Lo anterior, en completa concordancia con la Reforma de Salud iniciada a comienzos de la década del 2000 que, recordemos, fortalece al nivel primario de atención, junto con las acciones de prevención y promoción de la salud, vinculando fuertemente a las personas, las familias y a sus comunidades.

En ese sentido, un aspecto destacable del procesos de formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 -que se recogerá nuevamente en la formulación del Plan Nacional de Salud Mental del año 2017- es que fue originado desde un trabajo reflexivo colectivo y participativo, que integró a numerosas personas que estaban vinculadas con la temática, desde familiares hasta profesionales, incluyendo también personal de diversos organismos de la red de salud mental y autoridades de los sectores público y privado (Ministerio de Salud, 2000).

Otro aspecto relevante, es el desarrollo estratégico de una red de servicios de salud mental y psiquiatría, con distintas capacidades de resolución y de cobertura poblacional. El nivel primario (barrio – comuna), se orienta principalmente a la promoción y prevención en salud mental, al diagnóstico, al tratamiento, a la rehabilitación y la derivación. Para llevar a cabo estas acciones se implementan el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, las Consultorías en Salud Mental (con equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria), y se integran profesionales psicólogos/as en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y en los Consultorios urbanos. A nivel secundario (comuna – provincia), se determina el

establecimiento de equipos interdisciplinarios de salud mental y psiquiatría ambulatoria, conformados por psiquiatra, psicólogo/a, asistente social, enfermera/o, terapeuta ocupacional y técnico paramédico. Estos equipos desarrollan su accionar desde los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), los Consultorio de Referencia en Salud (CRS), los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Hospital General tipo 1, 2 y 3, Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) y Hospital Psiquiátrico. Se enfatiza además la importancia de la óptima capacidad de resolución para los niveles primario y secundario, con el fin de no sobrecargar el nivel terciario. Este último nivel (provincia – región) lo constituyen equipos especializados en adicciones, psiquiatría infanto-juvenil (hospitalización, cerrada y diurna), represión política (PRAIS) y psiquiatría forense. Se integran además, los cuatro Hospitales Psiquiátricos existentes en el país¹² (Ministerio de Salud, 2000).

Las prioridades programáticas del Plan Nacional en su primera etapa (2000-2010), fueron definidas en función a la prevalencia de ciertas patologías, a la repercusión social, al costo-beneficio de ciertas intervenciones y al recurso humano profesional capacitado en salud mental y psiquiatría. Entre estas prioridades se destacan: las acciones de promoción y prevención de riesgos; la atención en depresión, abuso de alcohol y drogas, y esquizofrenia (como prioridades programáticas del AUGÉ-GES); la atención a personas con Alzheimer y otras formas de demencia; la atención de niños/as y adolescentes con trastornos de atención e hiperkinéticos, y la atención a personas por trastornos asociados a violencia como maltrato infantil, violencia intrafamiliar y víctimas de represión política (1973-1990) (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Como bien se puede observar en esta revisión, constatamos que no hay mención alguna en los planes nacionales de los años 1993 y 2000 a la población extranjera, migrante o perteneciente a comunidades culturales o lingüísticamente diversas. Tampoco hay mención especial a pueblos originarios.

Si retomamos los cuatro puntos que fueron relevados del Informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, presentado en la introducción de este capítulo, y reflexionamos específicamente en relación a la atención en salud mental de los/las migrantes, constatamos

¹² El Peral, Dr. José Horwitz B., Salvador, Pinel.

que efectivamente el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 (y de manera incipiente el de 1993), concuerda con sus lineamientos en relación a la preponderancia que debe darse al enfoque biopsicosocial y a la promoción de la orientación comunitaria en salud mental, reconociendo la influencia de factores sociales y ambientales en el desarrollo del malestar y la consecuente necesidad de intervenir a ese nivel. Asimismo en ambos planes, el Estado y sus gobiernos están asumiendo en parte la responsabilidad que le corresponde en relación a la salud mental de sus ciudadanos, relevando una genuina preocupación temática. Sin embargo, no están siendo considerados como sujetos de derechos y de ciudadanía los/las migrantes, no habiendo mención alguna a esta población. Esta omisión podría entenderse como que este colectivo está siendo integrado de manera implícita a la definición de ciudadanos. Sin embargo, la mirada aguda revela una perspectiva asimilacionista (Adams y Janover, 2009) de entender la integración en el ámbito de la salud mental, expresándose en la formulación de ambos planes a través de la negación de la diferencia -cultural- en el otro¹³. Es así como, tanto el plan del año 1993 como el del año 2000, no alcanzan siquiera a interrogar la incompatibilidad de la perspectiva transcultural con la noción de salud mental, confirmando la comprensión universalista desde la que se orienta dicha noción en ambos planes.

En el Segundo Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile, realizado sobre la base del Instrumento de Evaluación del Sistema de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS IESM / WHO AIMS) publicado el año 2014, se advierte una evolución favorable del sistema de salud mental nacional sobre la base del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de año 2000. Aún cuando dicho informe señala que ha habido avances importantes en la red de dispositivos de salud mental a lo largo del país, junto a un aumento en la accesibilidad a los servicios y al desarrollo del modelo comunitario, una lectura en detalle revela tres observaciones que llaman la atención: primero, una mayor concentración de recursos en salud mental en la Región Metropolitana; segundo, un bajo porcentaje en el uso de los servicios de salud mental de personas pertenecientes a minorías étnicas, lingüísticas, religiosas y de zonas rurales, y tercero, la presencia de importantes desigualdades entre usuarios de ISAPRE y FONASA,

¹³ Abordaremos en detalle la negación de la diferencia cultural del universalismo en el Capítulo III.

estos últimos, con acceso menor a prestaciones ambulatorias y de hospitalización (Ministerio de Salud, 2014).

Estas tres observaciones son significativas en el caso de la atención en salud mental de las personas migrantes, considerando el aumento en la presión asistencial de los servicios de salud, no sólo en la Región Metropolitana, sino también en la Región de Antofagasta (Becerra y Altimir, 2013a, Cabieses, Pickett y Tunstall, 2012; Obach, Cabieses, Chepo y McIntyre, 2017; Stang y Stefoni, 2016). Esto tensiona la observación realizada en dicho informe acerca de la baja afluencia a los servicios de salud mental por parte de personas pertenecientes a minorías étnicas, lingüísticas y religiosas. ¿Qué estará sucediendo con esta población? ¿Habrán sido consideradas las personas migrantes dentro del público que no estaría utilizando los servicios? Lamentablemente, el Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile no hace mención a esta población en particular, por lo que este dato queda en la sombra. Por último, la evidente presencia de desigualdades entre usuarios de ISAPRE y FONASA en el ámbito de la salud mental es relevante, ya que ha sido evidenciado que las personas usuarias de la red pública a través de FONASA se caracterizan por pertenecer al sector más vulnerable de la población (Araya et al., 2006), y dentro de los cuales se encuentran, entre otros, un número importante de personas migrantes.

2.1.2. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025

En el mes de noviembre del año 2017 fue lanzado el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría por el Ministerio de Salud, el cual abarca los objetivos estratégicos y programáticos para el período 2017-2025. Para su formulación, se consideraron aspectos epidemiológicos, legislativos, financieros e intersectoriales, desde un análisis detallado de la red asistencial en salud mental y los recursos humanos, en un proceso ampliamente participativo, que convocó tanto a profesionales y técnicos del sector, como a colegios profesionales, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, representantes de la academia, organizaciones de usuarios y familiares de usuarios de salud mental (Ministerio de Salud, 2017).

La revisión del tercer plan y de sus lineamientos, revela importantes avances en relación al plan anterior. Uno de los aportes es la incorporación, a nivel transversal, de la noción de determinantes sociales en la salud. Son determinantes sociales de la salud “todas aquellas condiciones sociales en las cuales las personas, familias y comunidades viven y trabajan y que afectan su salud” (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017).

Los determinantes sociales de la salud comprenden los determinantes estructurales y las condiciones de vida de las personas en su conjunto, como causas de desigualdades sanitarias entre los diferentes países y al interior de cada país (Organización Mundial de la Salud, 2009). Al respecto, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, encargada de la elaboración del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, señala:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 1).

En línea con una corriente de consenso internacional, la migración está siendo planteada y analizada también en nuestro país como un determinante social de la salud (Cabieses, Pickett y Tunstall, 2012; Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017), entendiendo que la migración por sí misma no representa un riesgo para la salud, sino más bien que es el proceso migratorio, como dinámico y cambiante, el que incluye cambios en el estilo de

vida, en las condiciones del medio comunitario, social y ambiental, en lo socioeconómico, en lo político y en lo estructural (Van Der Laet, 2017) que pueden generar efectos negativos en la salud de las personas.

Al incorporar el tercer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría la noción de determinantes sociales en la salud, se entiende que la salud y la mantención de la salud no provienen de elecciones individuales en estricto sentido, sino también de condiciones que da el contexto, sumado al predominio social y económico sobre las condiciones de vida de los sujetos y sobre su estado de salud (Ministerio de Salud, 2017). Esto es extremadamente pertinente en el caso de las personas migrantes, ya que la introducción de condiciones socioeconómicas y estructurales que dificultan el proceso migratorio, impactan fuertemente a los sujetos con efectos en la salud mental de esta población (Becerra, 2015; Becerra y Altimir, 2013a. 2012). Además, la introducción de los determinantes sociales de la salud en los lineamientos nacionales en salud mental, implica también la identificación de factores en los cuales sería posible intervenir a través de políticas públicas específicas en salud mental con dicha población.

Concretamente, el tercer plan señala el claro propósito de resguardar los derechos de personas migrantes (entre otros grupos vulnerables), de dar especial atención a las barreras de acceso a los servicios que afectan a esta población, de integrar de elementos de pertinencia cultural e interculturalidad en los modelos de atención y en la formación de grupos humanos, de fomentar la formulación de grupos consultivos específicos a dicha población. Incluso se señala como meta para el 2020, la formulación de un programa focalizado en la salud mental de los/las migrantes (Ministerio de Salud, 2017).

Si realizamos nuevamente el ejercicio de tomar los cuatro puntos del Informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, y examinamos la atención en salud mental de los/las migrantes, constatamos que efectivamente el tercer Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) aborda plenamente sus lineamientos: la introducción de los determinantes sociales de la salud implican la incorporación de factores ambientales en el desarrollo del malestar, así bien involucra la responsabilidad de los gobiernos en su detección y en la intervención a través generación de políticas específicas. También se incorporan la nociones de competencia cultural y de interculturalidad, con la mención explícita de la población

migrante, lo que produce una apertura hacia la interrogación de la perspectiva transcultural universalista en salud mental.

Un último aspecto general no menos importante, que podría resultar discordante con los estándares internacionales, tiene que ver con el bajo presupuesto destinado a salud mental a nivel nacional. A lo largo de los años, del presupuesto total nacional destinado a salud, el porcentaje destinado a salud mental no ha subido del 3,1% (2,14% el año 2004, 3,1% el año 2008, 2,16% el año 2012, 2,13% el año 2015), y en términos de cobertura de atención en salud mental, la de Chile se eleva al 20%, lo que es un aproximadamente un 30% menos de la cobertura alcanzada por países de medianos ingresos (Ministerio de Salud, 2017). Se suma además, que nuestro país no cuenta con una Ley de Salud Mental, lo que provoca, entre otros, una desarmonía en el conjunto de la normativa nacional en materia de salud mental, generando una brecha con los estándares de derechos humanos vigentes a nivel internacional. Es curioso el paralelo que se produce con la ausencia de una Ley Migratoria en nuestro país. Como ya lo hemos observado hace muchos años quienes trabajamos en el tema migratorio, la ausencia de marcos normativos temáticos apropiados, generan escenarios de desprotección e incertidumbre y abren el espacio para el accionar discrecional, que puede afectar también a quienes se está buscando proteger con este tercer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

2.2 Iniciativas específicas en salud y salud mental con migrantes

2.2.1. Iniciativas de atención en salud mental desde la Sociedad Civil

Como observamos en el apartado anterior, es sólo el año 2017 que la población migrante se ha integrado como un grupo de preocupación e interés para las políticas públicas en salud mental. Sin embargo, la sociedad civil ha estado involucrada en la temática de las migraciones y la salud mental de manera incipiente hace al menos una década, con un aumento de su participación en los últimos cinco años.

Uno de los primeros programas clínico-académicos de atención en salud mental para personas migrantes fue el Programa PRISMA de Atención en Salud Mental para Migrantes y Refugiados¹⁴. En sus inicios, el programa buscaba responder al desafío de

¹⁴ Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado, 2008-2014.

brindar atención psicológica para la población migrante a través de la apertura de un campo clínico especializado. La producción científica generada en el marco del programa ha permitido seguir divulgando lo que fue esa experiencia y están sirviendo en la actualidad de inspiración para la formulación de programas afines (Becerra, Altimir y Barrios, 2014).

Hacia el año 2012, se contabilizaban varias iniciativas que proponían atención en salud mental específicamente para población migrante. De diversa índole, tamaño, objetivos y origen de financiamiento, estos servicios fueron respondiendo a vacíos en la atención especializada para con este público, particularmente para aquellas personas en situación irregular o en procesos de regularización migratoria, que por su condición y la normativa vigente a la fecha, no podían ser atendidos en la red pública (Fundación Instituto de la Mujer, 2012).

Entre los programas desarrollados desde plataformas académicas al año 2012, se señalan en la Región Metropolitana el Programa Salud Mental Intercultural, del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y la Unidad de Salud Mental Intercultural, del Centro de Estudios y Atención a la Comunidad de la Universidad Católica Silva Henríquez. Por su parte en Antofagasta, el Centro de Atención Psicosocial a Inmigrantes Ignacio Martín-Baró S.J.¹⁵, de la Universidad Católica del Norte¹⁶. Desde la iglesia, el Servicio Jesuita a Migrantes propone acompañamiento psicosocial para esta población y desde la Sociedad Civil, el Programa de Intervención Breve Santa Rosa (Fundación Instituto de la Mujer, 2012).

A los programas ya existentes en la Región Metropolitana, se han sumado servicios universitarios como la Clínica de Atención Psicológica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile y la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales. Es importante señalar que estos tres servicios no son específicos para población migrante y reciben público general entre los cuales pueden

¹⁵ S.J. abreviatura de “Societas Jesu”.

¹⁶ Se considera específicamente las experiencias llevadas a cabo en la Región Metropolitana y la Región de Antofagasta, ya que el diseño metodológico del estudio cuenta con un muestreo de tipo intencionado no probabilístico, que comprende centros de atención de los niveles primario, secundario y terciario pertenecientes a los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Sur, y el Servicio de Salud de Antofagasta.

encontrarse personas migrantes¹⁷. Por su parte, la Universidad Católica del Norte ha fortalecido su programa de atención especializada con la Unidad de Atención a Inmigrantes, que opera desde el Centro de Intervención y Asesoría Psicosocial. A su vez, el Servicio Jesuita a Migrantes, también con sede en Antofagasta, realiza derivaciones a la Universidad Academia de Humanismo Cristiano cuando requiere atención en salud mental para sus usuarios/as.

A la fecha, los programas desarrollados desde universidades se han diversificado y otros también han cesado su funcionamiento. El cese de algunos programas responde, en parte, a que en estos últimos años se han realizado importantes iniciativas ministeriales para ampliar la cobertura en salud para las personas migrantes, particularmente en situación irregular. Mención especial requiere Decreto Supremo N°67 del año 2015, con la Circular A 15 N°04 de 2016, que permite el acceso a los servicios de atención primaria en la red a personas migrantes que carezcan de documentos o permisos de residencia. También la iniciativa del Piloto de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud, la cual desarrollaremos en el siguiente apartado.

El escenario normativo en salud para con las personas migrantes ha cambiado muchísimo en la última década. Es así como el sentido inicial que primó en las iniciativas de la sociedad civil de brindar atención especializada en salud mental, particularmente para aquellos en situación migratoria irregular, podría haber perdido actualidad. Sin embargo, aparece como fundamental que estas iniciativas persistan, porque ofrecen un espacio de participación ciudadana relativo a un tema de interés público como lo es la migración, además de aportar con una potencial perspectiva crítica respecto a los servicios en salud mental y que están siendo brindados por el Estado y sus gobiernos.

2.2.2 El “Piloto de Salud de Inmigrantes” del Ministerio de Salud

El año 2015 fue conformado el Equipo Asesor Sectorial de Inmigrantes desde el Gabinete Ministerial, integrado por representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud. El

¹⁷ Sin embargo, el servicio de la Universidad Diego Portales solamente atiende a personas que tienen RUN, ya sea con FONASA o ISAPRE, por lo que las personas migrantes en condición irregular no podrían ser atendidas.

objetivo de este equipo intersectorial es, a la fecha, la revisión de las normativas y las prácticas en materia de salud y migraciones.

Se organizó el trabajo en cuatro mesas temáticas, una de la cuales fue el “Piloto de Salud de Inmigrantes” que, integrando el trabajo de las otras tres mesas, se propuso el desarrollo de un programa con enfoque de derechos, orientado a la disminución de inequidades de acceso a la salud para dicha población. El piloto se orientó desde un enfoque de derechos con el propósito de disminuir de las inequidades en salud, a través de la “formulación de una respuesta articulada y específica del sector salud para la población migrante, focalizada especialmente en aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad, considerando sus necesidades particulares, promoviendo el acceso a salud y la calidad de la atención” (Ministerio de Salud, 2015, p.14). Su objetivo general fue abordar las dificultades de acceso de la población migrante a los servicios de salud de la red pública, generando intervenciones y recomendaciones concretas, en pos de la formulación de una política pública en salud para población migrante (Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones, Ilustre Municipalidad de Recoleta y Servicios de Salud Metropolitano Norte, 2016).

En su formulación inicial, los pilotos fueron planteados para ser desarrollados desde enero del año 2015 hasta diciembre de 2016. Se implementaron cinco experiencias a lo largo del país: en la Región Metropolitana, comunas de Recoleta y Santiago (Servicios de Salud Metropolitanos Norte y Central respectivamente); Región de Arica-Parinacota, comuna de Arica (Servicio de Salud de Arica); Región de Tarapacá, comuna de Iquique (Servicio de Salud de Iquique) y en la Región de Antofagasta, comuna de Antofagasta (Servicio de Salud de Antofagasta) (MINSAL, 2015). Específicamente, las acciones se enfocaron a la divulgación de información acerca de derechos y deberes en salud de la población migrante y la implementación de mejoras en el acceso a los servicios, orientándose principalmente a la Atención Primaria. También se abarcaron, se manera secundaria, Hospitales, Servicios de Salud, SEREMI, FONASA y Superintendencia de Salud, en las áreas de participación, información en salud y capacitación.

Aún cuando la iniciativa del “Piloto de salud de inmigrantes” no aborda específicamente la salud mental, responde a una lógica de acceso igualitario a la salud para la población, lo que integra necesariamente a este ámbito. A través de la implementación de

políticas públicas sustentadas principalmente en la equidad, la solidaridad y la participación social, esta iniciativa es coherente además con los principios que orientaron la Reforma en Salud iniciada en nuestro país hace ya quince años, en línea con la promoción de la participación ciudadana local y regional (Ministerio de Salud, 2005), en este caso para la atención en salud de los/las migrantes.

En el documento Orientaciones Técnicas del Piloto de Salud de Inmigrantes (Ministerio de Salud, 2015) se establece que la evaluación de la experiencia piloto servirá de insumo para la construcción de una Política de la salud de Migrantes Internacionales. Es así como en octubre del año 2017 fue lanzado Plan Nacional de Salud de Inmigrantes, cuyo objetivo enunciado es de “garantizar su derecho a la salud en iguales condiciones que la población nacional, reconociéndolos como sujetos de derecho, avanzando en un abordaje desde la promoción y prevención de salud con una mirada integral” (Ministerio de Salud, 2017). Además de esta declaración de principios, el documento realiza una contextualización de la migración en Chile e instala una narrativa respecto al proceso de construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales. Desde una descripción del marco normativo en salud y migración, se avanza hacia un marco conceptual que incluye los enfoques de derechos humanos, de determinantes sociales de la salud, de género, de interculturalidad, de curso de vida y territorial. Además de los principios de participación ciudadana, de equidad, de ética y bioética, de integralidad, de cohesión social, de calidad y de universalidad.

Ciertamente ambiciosa, la Política de Salud de Migrantes Internacionales señala además numerosos lineamientos estratégicos a ser desarrollados en el tiempo, cuyo objetivo es “contribuir al máximo estado de salud de los migrantes Internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud, 2016 , p.50). Será interesante analizar en perspectiva, cómo esta política logra articularse con la normativa vigente en salud y migraciones, y cómo se sostiene su aplicación desde el año 2018, con el cambio de orientación en la administración del gobierno. Surge además la interrogante acerca la capacidad de incidencia de esta nueva política, en particular en lo referente a su jerarquía administrativa, tomando en consideración que como telón de fondo, todavía sigue pendiente la promulgación de una nueva Ley Migratoria en nuestro país.

CAPÍTULO III

CONCEPTUALIZACIONES EN SALUD MENTAL Y MIGRACIONES: DISCURSOS Y GUBERNAMENTALIDAD

3.1 Salud, salud mental y migraciones

Explorando investigaciones a nivel regional y nacional en torno a la salud y las migraciones, se constata un acercamiento al tema particularmente en la última década. Aunque a nivel regional hasta hace poco menos de una década la tendencia mostraba que a pesar de su relevancia la temática migratoria en salud mental se encontraba menos explorada en Iberoamérica (Rey, Martínez y Guerrero, 2009).

Se destaca por su gran difusión el trabajo del psiquiatra español Achotegui (2002, 2004), quien a través de la sistematización y clasificación de una serie de síntomas, propone un síndrome asociado a la inmigración extracomunitaria, es decir, cuyo origen es externo a la Comunidad Económica Europea¹⁸. El cuadro clínico denominado “Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple” o comúnmente llamado “Síndrome de Ulises” combina síntomas depresivos, ansiosos, confusionales y somatizaciones, delimitando la configuración de un trastorno específico para los/las migrantes. Para algunos/as, su trabajo es relevante ya que ha significó un esfuerzo por sistematizar y caracterizar cierta especificidad en los cuadros clínicos de estos pacientes. Sin embargo, el estudio en profundidad del síndrome propuesto despierta numerosas interrogantes en diversos niveles, entre otras: a la naturalización de una patología como inscrita en la experiencia misma de la migración; a la esencialización del sujeto migrante, lo que contribuiría a la segmentación y a los estereotipos de dicho grupo social a través de un proceso de patologización; la delimitación de un cierto grupo de migrantes como susceptibles de ser afectados por dicho síndrome, particularmente “aquellos cuya migración está originada bajo condiciones económicas precarias” (Cuestas, 2012, p.25); a la ausencia de propósitos de alivio

¹⁸ Este cuadro clínico fue presentado por el Dr. Achotegui en la sede del Parlamento Europeo en el año 2003, logrando el acuerdo de sus representantes para la dirección y el desarrollo de un proyecto de difusión del reconocimiento de dicho Síndrome (Cuestas, 2011).

sintomatológico y de cura, desde su apelación crónica (Cuestas, 2012); y respecto a los fines políticos e ideológicos que tendría el reconocimiento y la vasta aprobación en la difusión de dicho síndrome por el Parlamento Europeo en un contexto de restricción de la movilidad migratoria hacia la Comunidad Económica Europea.

En Latinoamérica, se observa un interesante desarrollo temático en los últimos años, particularmente en México. Trabajos emergentes tanto desde la academia como de la sociedad civil, están abordando la salud mental y la movilidad humana contemporánea desde diversas orientaciones y espacios (Saavedra, Gorn y Reyes, 2016; Sin Fronteras, 2017; Temores-Alcántara, Infante, Caballero, Flores-Palacios. y Santillanes-Allande, 2015). Algunos más críticos que otros, estos trabajos tienen el valor de integrar la salud mental al contexto migratorio regional.

En Chile, la investigación que vincula la salud, la salud mental y las migraciones es relativamente reciente y se encuentra todavía en desarrollo. Estudios sectoriales en el ámbito de la salud, abordan principalmente aspectos vinculados con la vulnerabilidad social y sus efectos en la salud de los/las migrantes y los obstructores en el acceso a servicios de la red que atañen a dicha población, vinculados a la insuficiente información acerca de los derechos a servicios por parte de los/las migrantes y funcionarios/as de la red (Cabieses y Bustos, 2016), junto con la aplicación discrecional de las normativas que regulan y aseguran dicho acceso, evidenciando la presencia de tratos discriminatorios por parte de ciertos/as funcionarios/as y profesionales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011; Fundación Instituto de la Mujer, 2007; Liberona, 2012). Otros estudios realizados en comunas que concentran gran cantidad de migrantes se han enfocado principalmente en temáticas como salud sexual y reproductiva (Núñez, 2011), y en la caracterización psicosocial y epidemiológica en salud y salud mental de dicha población (Becerra y Altimir, 2013; Demoscópica, 2009; Rojas et al., 2011; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008). Además, se observa en la producción científica la incipiente denuncia de una tendencia a la patologización del malestar expresando por los/las migrantes (Lara, 2010; Núñez, 2010).

En síntesis, la revisión de la producción científica en salud y salud mental con migrantes revela numerosas iniciativas, con orientaciones epistemológicas y metodológicas diversas (Becerra y Altimir, 2013; Cabieses et al., 2012; Clínica Psiquiátrica de la

Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009; Lahoz, 2016; Liberona, 2012; Rojas, Castro y Fritsch, 2010; Rojas et al., 2011; Sirlopú, Melipillán, Sánchez y Valdés, 2015; Núñez, 2008, 2010; Vásquez-de Kartzow y Castillo-Durán, 2012). Sin embargo, a pesar de la variedad de orientaciones, y salvo excepciones, llama la atención que en numerosas iniciativas revisadas se evidencia una caracterización de la figura del migrante como descontextualizado y culturalmente esencializado. Además, la representación del/de la migrante desde dificultades y descripciones situacionales, que solamente refuerzan el imaginario de este sujeto como problemático y por lo tanto susceptible de intervención¹⁹ (Montenegro, Galaz, Yufra y Montenegro, 2011).

Esta revisión permite además dar cuenta de una naciente línea de estudios críticos en salud (Liberona, 2012; Núñez, 2011), que ponen atención en las desigualdades de poder que ocurren en la red pública entre el personal y las personas migrantes, en los posicionamientos jerárquicos y en las diversas formas de dominación de unos con otros, las cuales se despliegan en el quehacer en salud con estos/as usuarios/as. Además, se observan diversas estrategias de control como la discriminación y la racialización del sujeto migrante por parte de profesionales y administrativos para con esta población, tal como sucede en otros espacios de intervención (Galaz, et al., 2016; Galaz et al., 2017).

El interés por estudiar en profundidad la atención en salud mental de los/las migrantes en la red pública, desde una racionalidad crítica y contextualizada, problematiza lo que sucede en términos discursivos al interior de las intervenciones, lo que nos permite preguntarnos acerca de los efectos de las construcciones discursivas de los/las profesionales tratantes acerca de los/las pacientes migrantes, al interior de las prácticas clínicas de intervención en salud mental de la red pública de salud.

¹⁹ También en la línea de las reflexiones planteadas por Stefoni y Stang (2017), en su trabajo “La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico”, en donde aluden a la construcción de la categoría migrante en nuestro país “como sujeto vulnerable, en cierto modo acorralado en sus posibilidades de respuesta a esas vulnerabilidades y desigualdades (...)” (p.121).

3.2. Intervención en salud mental: discursos, poder, resistencia y gubernamentalidad

El autor de referencia para efectos de esta reflexión es Foucault (2005), quien concibe los discursos como prácticas discontinuas y dinámicas, relevando su carácter de acontecimiento. Así, concebiremos los discursos como prácticas discursivas que, desde una concepción situada y heterogénea, suponen su carácter productor y reproductor de realidad social. Foucault (2005) señala “por más que en apariencia el discurso sea poca cosa, las prohibiciones que recaen sobre él revelan muy pronto, rápidamente, su vinculación con el deseo y con el poder” (p.14).

El planteamiento del discurso como estrechamente vinculado al poder, implica el estudio de dichas prácticas discursivas entendiéndolas también como manifestaciones de relaciones sociales de poder (Foucault, 1981), entramadas en contextos amplios y complejos. Al respecto, Foucault (2005) refiere “(...) el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (p.15).

Siguiendo al autor y aplicado al ámbito de la salud mental, a través de la relación directa de las atenciones en salud mental entre profesionales tratantes y usuarios/as migrantes, que serían vehiculadas formas políticas de mantener ciertos discursos con los saberes y poderes que estos implican. De esta manera las intervenciones en salud mental actuarían como marco disciplinario de control de la producción discursiva, que “fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas” (Foucault, 2005, p.38), en la interacción de los/las profesionales tratantes con los/las migrantes insertos/as en la red.

Para el autor el poder está presente en toda relación de un punto al otro, “omnipresencia del poder: no porque tendría el privilegio de reagrupar todo bajo su unidad invisible, sino porque se produce en cada instante, en todo punto, mejor dicho en toda relación de un punto al otro” (Foucault, 1976, p.617). En efecto, las relaciones de poder

no pueden existir que en función de una multiplicidad de puntos de resistencia los cuales toman, en las relaciones de poder, un rol de adversario, de objetivo, de

apoyo [...] Estos puntos de resistencia están presentes en todas partes en la red de poder [...] son el otro término en las relaciones de poder [...] (Foucault, 1976, p.620).

Podemos plantear entonces la presencia de dinámicas discursivas de poder y resistencia entre los/las mismos/as profesionales tratantes, en relación a discursos predominantes vehiculados en la red de atención en la cual ellos están insertos. Pero también estas dinámicas discursivas se constituirían en las prácticas mismas de intervención, posicionando al/la tratante en relación al/la paciente migrante en dinámicas perpetuas y múltiples de poder y resistencia (Foucault, 1976).

Otro elemento importante a considerar tiene relación con el contexto en el cual se sitúa esta reflexión, la red pública de salud, en la cual también se infiltran objetivos de gobierno de la población. Es por esto que un concepto relevante que puede ayudar en la comprensión del poder de los discursos de los/las profesionales tratantes en las prácticas en salud mental con migrantes es el de gubernamentalidad (Foucault 1981; 1999; Grinberg, 2007; Rose, O'Malley y Valverde, 2012) que ofrece un marco pertinente particularmente en el caso de la intervención en la red pública.

La analítica del gobierno abre el camino al estudio de la gubernamentalidad, entendida como el conjunto de las relaciones de poder y técnicas, que permiten a esas relaciones de poder de ejercerse en función de estrategias, aplicándose a la totalidad de la existencia (Foucault, 1981). El estudio de la gubernamentalidad, como una aproximación crítica del tipo de gobernanza neo-liberal en su modo específico de ejercicio de poder, radica en su capacidad para distinguir las formas de racionalidad internas a cada esquema de poder (Lo Schiavo, 2014). A partir de lo anterior, desprenden tres ejes de “hacer” gobierno. Primero el cognitivo, entendido como los elementos éticos y técnicos de una dada “mentalidad” de gobierno (que moldean una forma específica de poder, dispositivo), segundo el control, con sus tecnologías y prácticas, y tercero las formas de subjetividad, con la producción de identidades individuales y colectivas (Dean, 2010 citado en Lo Schiavo, 2014).

Este acercamiento es clave en la reflexión propuesta, ya que permite a el estudio de las prácticas de poder dentro del ámbito de la salud mental. El análisis de las construcciones

discursivas de lo/as profesionales tratantes acerca de los/las pacientes migrantes en el marco de la red pública, permitirá identificar la racionalidad interna al ejercicio de poder del/la tratante en salud mental para con sus pacientes migrantes, sus tecnologías y prácticas de control y las formas de subjetividad que cada racionalidad produce. Entendiendo, el ejercicio del poder como una coerción sutil, que iría inmiscuyéndose a través de las normas que se establecen en el marco de las atenciones en salud mental, apropiándose el sujeto migrante de estas normas a través del continuo proceso de subjetivación (Berlivet, 2013).

La revisión de estudios internacionales en torno a la gubernamentalidad y diversas modalidades de intervención en salud y en el ámbito social nos entrega luces acerca de qué manera dichas modalidades implican nuevas maneras de pensar el concepto y su aplicación (Bresson, 2012), enfatizando que muchas veces las prácticas de intervención terminan generando dinámicas de normativización, de disciplinamiento y de control. Esto ocurre particularmente cuando están dirigidas a las personas migrantes (Galaz y Montenegro, 2015; Montenegro et al., 2011). Son los discursos como prácticas que actualizan la dominación, la normatividad y los valores, los cuales son vehiculados a través de procedimientos sutiles de dominio encarnado en las prácticas de intervención. Estas prácticas pasan a través del conocimiento, desde los sujetos interventores hacia los/las migrantes como usuarios/as del sistema interventor. El interesante trabajo de Rose, O'Malley y Valverde (2012) aborda justamente la potencia normativa de las intervenciones particularmente en el ámbito de la seguridad social como una estrategia gubernamental, desde donde emergen prácticas y agencias de gobierno, y desde donde se inventan instrumentos de gobierno, tales como el trabajo social y las asignaciones familiares respectivamente.

La gubernamentalidad, como la racionalidad propia al gobierno de la población se apoya principalmente sobre dos elementos, siendo el primero los aparatos específicos de gobierno y el segundo un conjunto de saberes (Lascoumes, 2004). En el caso de la salud mental, un conjunto de teorías y técnicas que estructuran y delimitan el tipo de intervenciones que los/las profesionales tratantes realizan pero también el tipo de relación que se establece. Define así bien los roles de cada una de las partes, del/de la tratante y del/de la “paciente”, un tipo de trato, una ética, y sobre todo, el tipo de discursos que podrá ser vehiculado en ese espacio delimitado, junto con las regulaciones sutiles relativas a las

conductas y a la conducción de las conductas (Grinberg, 2007) que se producirían en el espacio de la intervención. Abordaremos un poco más adelante la vinculación entre el sistema de conocimientos y el poder ejercido por los/las profesionales tratantes en salud mental con pacientes migrantes.

3.3. ¿Y el lugar de la cultura en salud mental? Una lectura crítica desde la clínica

La nociones de cultura han estado vinculadas a la evolución del discurso en salud hace ya muchos años. En un principio, estuvieron asociadas al modelo de atención en salud europeo que acompaña la colonización, vinculada estrechamente a la nueva noción de “civilización”, con una visión alineada al pensamiento universalista heredado de la Ilustración (Roy, 2007). Aunque el clima intelectual que albergaba la idea de progreso venía forjándose con la modernidad desde siglo XVI, en el siglo XVII alcanza su apogeo con el “proyecto ilustrado”, el cual engarzó el progreso moral y económico del hombre a la razón (Santamaría, 2013). Así, el concepto de civilización, enlace del proyecto ilustrado con la idea de progreso, emerge con la función de “expresar una tendencia de expansión continua de grupos y naciones colonizadoras” (Santamaría, 2013, p.8). En este contexto, la atención en salud es portadora del progreso de las sociedades occidentales, progreso del cual pueden aprovechar –para su bien- sociedades “menos evolucionadas” (Roy, 2007), como por ejemplo los grupos colonizados. Reminiscencias de esta noción de cultura serán observadas muchos años más tarde en lo que entenderemos hoy como la salud de los/las migrantes.

El universalismo, con su noción colonialista de la cultura, se desarrolla en Francia a través de la promoción de valores y de derechos republicanos y laicos, como esenciales y compartidos por todos miembros de la sociedad²⁰. Estos valores se constituyen así en el eje cardinal de la transmisión del ideal universalista, al origen del ideal de la asimilación (Fassin y Rechtman, 2005). Sin embargo, y a pesar de la fuerza de la retórica universalista, muchos de los pueblos colonizados no se comportarán de manera tan dócil (como era los

²⁰ La raíz histórica del ideal universalista data de la Era de la Iluminación y su extensión política bajo la Revolución Francesa, con la Declaración de Derechos del Hombre y Ciudadano de 1789 (Fassin y Rechtman, 2005).

esperado) y continuarán con sus prácticas en salud, con sus medicinas autóctonas, con sus sanadores tradicionales, sin necesariamente adherir ni respetar el tipo de prácticas impuestas por los colonizadores. En vista de esta contrariedad, se recurrirá a la cultura del “otro culturizado” como recurso explicativo de este fracaso (Roy, 2007), situación que puede ser observada incluso hasta el día de hoy en las prácticas clínicas en salud en contextos de atención culturalmente diversos²¹.

¿Cuál es la potencia discursiva del universalismo y cuáles son sus repercusiones el ámbito de la salud y específicamente en salud mental? Los principios universalistas impactan la salud mental al amparo de un discurso comúnmente velado, desde donde se suscita a su vez el asimilacionismo, que plantea como fundamental la cohesión nacional en la adhesión de todos a la cultura universal, a través de los fenómenos de aculturación y de integración socio-económica, que impiden el fraccionamiento de la sociedad en comunidades (Sanders y Belghiti-Mahut, 2011). El ideal asimilacionista promueve la pertenencia y la participación de los/las migrantes en la sociedad, a través de la absorción e incorporación de la visión del mundo, la cultura y del funcionamiento del “país de acogida” de las personas migrantes²². La instauración de políticas de atención de tipo universal, el desarrollo programas de prestación de servicios definidos “para todos por igual”, son algunos ejemplos estos principios en la atención en salud mental.

El tratamiento de los vínculos universalista y su traducción a través de la estructura y la entrega de servicios en salud mental, niega la existencia de tratamiento diferencial para personas de origen extranjero, desconociendo a su vez cualquier tipo de especificidad temática o problemática, en favor de la “integración” (Higham, 1993). Este discurso

²¹ La comprensión de la cultura como una barrera, ha sido bastante utilizada como un recurso explicativo de las dificultades de acceso de pueblos culturalmente diversos a los servicios en salud, particularmente en población indígena, a través del término de “barreras culturales”. Al respecto, el documento “Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia” (UNICEF, 2012), refiere como barreras, al “idioma”, a la “subvaloración del origen cultural del paciente”, a “la semejanza étnica y social de gran parte del personal de salud con los pacientes agudizan la necesidad de diferenciarse, lo que puede generar maltrato”, a “prejuicios sobre prácticas y procedimientos de la medicina tradicional”, a “las creencias o expectativas respecto a los procesos de curación de la población indígena” y por último al “rol activo de la familia y de la comunidad en el proceso de curación” (UNICEF, 2012, p. 67-68).

²² Por ejemplo, la *Charte de laïcité à l'école*, ley fundamental formulada por el Ministerio de Educación y difundida en todas las escuelas de la República Francesa, incluso en ultramar, que explicita que tanto la República como la Escuela Francesa son laicas y que la nación le confía a la escuela la misión de compartir con todos los alumnos -sin importar su origen- los valores de la República (*Charte de laïcité à l'école*, République Française, Ministère de l'Éducation Nationale, http://cache.media.education.gouv.fr/file/Horaires-reglement/43/5/charte_de_la_laicite_393435.pdf).

repercute a su vez en el tipo de relación que se establece entre profesionales tratantes y migrantes en el ámbito clínico, ya que se entienden los procesos adaptativos de los/las migrantes en el contexto de procesos de aculturación, desde la perspectiva de la asimilación (Berry, 1980, 1990). El lugar que ocupa “la cultura” en el discurso es la reducción del otro cultural a la identidad del “sí mismo” o “el mismo” (Adams y Janover, 2009), y esto se expresa en salud mental a través de la negación de la diferencia cultural en el otro por parte de los/las profesionales tratantes (como representantes de la cultura universal dominante), la cual se encarna en la exclusión y marginalización del sujeto migrante y su bagaje cultural en el espacio clínico de la atención.

Desde hace varias décadas el discurso asimilacionista ha despertado críticas, particularmente en relación a la linealidad de sus postulados y a su incapacidad de explicar los patrones de contacto e interacción de las sociedades de destino en relación a los migrantes (Schmitter, 1992). Sin embargo, es sorprendente observar su vigencia en salud mental: la formación normativizada de los/las profesionales, la definición y categorización de las perturbaciones mentales como universales a todo tipo de poblaciones²³, el uso indiscriminado de categorías diagnósticas estandarizadas, la indicación de tratamientos generalizados, entre otros, son algunos ejemplos de la hegemonía discursiva asimilacionista en salud mental. En la clínica, esto se expresa en que el rol de los/las profesionales y sus intervenciones permanecen invariables, independiente del paciente que tengan en frente, no alterando el curso pre-establecido de la atención independiente de su origen lingüístico o cultural. Se promueve entonces, en el discurso de los/las profesionales, la necesidad de que el/la paciente migrante sea capaz de asimilar una nueva cultura, proceso que se convierte en la vía a partir de la cual la oferta de salud puede llevarse a cabo sin mayores dificultades. De esta manera, el movimiento de asimilación del/la migrante lo acerca al “paciente tipo”, “neutralizando” las diferencias disminuyendo así, la brecha cultural.

Desde un análisis crítico, observamos que el universalismo contiene una paradoja intrínseca, pues institucionaliza y hace operativos socialmente los derechos universales de sólo un grupo delimitado de la comunidad, definido a su vez como universal, en desmedro de quienes por sus diferencias quedan excluidos de dicha comunidad (Higham, 1993), tal es

²³ Por ejemplo a través de la utilización del de las sucesivas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de psiquiatría americana, en vigencia desde el año 1952.

el caso de las personas culturalmente diversas. En este contexto, se constituye un sistema de salud mental de tipo “occidental” (Mezzadra, 2008; Said, 1979, 2006), a través de discursos y prácticas clínicas que anulan toda experiencia de diferencia cultural o lingüística en el marco de las políticas sanitarias de tipo hegemónico occidental.

En la década de 1970 y debido al creciente aumento de los flujos migratorios – particularmente asociados a políticas de Estado en países del Norte, vinculadas a la necesidad de mano de obra productiva- comienza a desarrollarse una preocupación mayor por la salud y la salud mental de los/las migrantes, y las personas cultural y lingüísticamente diversas (Roy, 2007). La introducción del multiculturalismo pone justamente el acento en la cultura, proponiendo un modelo de integración culturalista como réplica al universalismo, promoviendo la defensa de comunidades distintivas en su esencia cultural, en el nombre del respeto de las diferencias, con corolarios políticos y sociales (Fassin y Rechtman, 2005). El discurso multicultural refiere a la coexistencia de múltiples culturas dentro del mismo espacio geopolítico (Fistetti, 2009), definido como el “mosaico” de culturas. El multiculturalismo tiende a legitimar las diferencias culturales, así bien que los grandes valores como la libertad, la igualdad (Higham, 1993; Sanders y Belghiti-Mahut, 2011) y la justicia (Walsh, 2005). Sin embargo, y a pesar de sus corolarios, el multiculturalismo aparece como un término eminentemente descriptivo que no integra la dimensión relacional de culturas demarcadas como cada una en sí misma (Walsh, 2005).

La cultura impregna particularmente la psiquiatría en la década de los 80. Recogida desde la antropología, la cultura es convocada para darle sentido a las dificultades y las situaciones emergentes en salud y salud mental, situaciones que dejan muchas veces a los/las profesionales tratantes en una posición de desamparo. La cultura deja así de ser la de un “otro lejano”, como ocurría en la época colonial, y pasa a ser del/la migrante y sus descendientes, quienes han llegado a vivir conmigo y con quienes me debo relacionar (Roy, 2007)²⁴. En salud mental, el multiculturalismo reconoce la coexistencia de múltiples culturas a través del auge de los estudios comparativos basados en diversos grupos étnicos

²⁴ Al respecto, es relevante señalar que en Francia se desarrolla una respuesta particular para abordar la diferencia cultural específica de grupos étnicos provenientes de la colonias africanas. La etnopsiquiatría francesa, con fundamento en la teoría psicoanalítica y los aportes de la antropología, estructura un dispositivo de intervención centrado en la enculturación de los seres humanos en un determinado cultural. Buscando la comprensión acabada de la cultura del consultante, utilizando su lengua nativa y (co) terapeutas también del mismo origen cultural, desarrollan una psicoterapia dentro del universo cultural del paciente. Con diferentes escuelas y enfoques, destacan exponentes como Devereux, Nathan y Moro (Fassin y Rechtman, 2005).

y religiosos que componen la sociedad (Fassin y Rechtman, 2005), los cuales repercuten a su vez en el desarrollo y la promoción intervenciones culturalmente específicas con migrantes. Sin embargo, surgen críticas a estos estudios comparativos. Kleinmann (1977), referente norteamericano en psiquiatría y antropología médica, interroga dichos estudios aludiendo que cuando se realizan comparaciones de diversas culturas relativas a diferentes enfermedades en salud mental, no serían necesariamente el tipo de enfermedades las cuales se estarían comparando, sino más bien las explicaciones acerca del tipo de enfermedades, explicaciones que estarían ancladas en determinantes culturales. La relevancia de esta reflexión en la clínica radica en el énfasis que se le da a la comprensión del malestar en salud mental en los términos de la cultura del paciente, e inserta el relativismo cultural en el ámbito de la salud mental.

La cultura adquiere entonces preponderancia, especialmente referida a la utilización de los servicios públicos por parte de los/las migrantes. Es ahí donde nociones como a la pertinencia cultural y las competencias culturales se infiltran en el discurso en salud, como la cara positiva en la relación a la atención específica de esta población (Roy, 2007). La competencia cultural se entiende, en su acepción tradicional, como las habilidades interpersonales y académicas que posibilitan el aumento de la comprensión de las diferencias culturales y sociales, en y entre grupos, por parte de los sujetos (Betancourt, Green, Carrillo, Ananeh-Firempong, 2003; Morón Nozaleda, Muñoz San José, Cebolla Lorenzo y Fernández Liria, 2011). Sin embargo, la inspiración culturalista de esta noción conlleva dificultades a la hora de su aplicación en la clínica en salud mental. Como señalan Kleiman y Benson (2006), una de las dificultades de la idea de competencia cultural es su alusión a que la cultura puede reducirse a una experticia que puede ser entrenada para su uso en la clínica con personas de origen diverso al del/la tratante. Para estos autores, el problema surge desde la definición de cultura adoptada en el ámbito de la salud, la cual es entendida como un sinónimo de etnicidad, de nacionalidad o de idioma. Esta definición difiere profundamente de la definición de cultura utilizada en antropología, en la que en sus múltiples expresiones aparecen como una realidad dinámica, histórica y multidimensional.

Desde una perspectiva crítica, el ideal multicultural en su correlato culturalista se expresa en la noción de competencia cultural a través de la su consideración del “otro cultural” como alguien completamente distinto. Como no se integra la dimensión

relacional, el otro aparece así como inaccesible e intraducible (Adams y Janover, 2009) en el espacio clínico, contribuyendo a la segmentación y a los estereotipos de dichos grupos sociales. Además, el correlato culturalista propicia el surgimiento de perspectivas radicales, que proponen que las variaciones culturales harían emerger diferentes formas de funcionamiento psicológico en las distintas personas (Gergen, 2014). Desde esta perspectiva, los “otros” –que podrían ser en nuestro caso “los peruanos”, “los colombianos”, “los bolivianos”, “los coreanos”, etc.– aparecerían ante el/la clínico/a como determinados por su cultura, encubriendo numerosas otras dimensiones que juegan un rol crucial en el espacio clínico, así bien en la relación que se establece entre profesionales y pacientes migrantes.

La noción de cultura, utilizada desde una perspectiva culturalista y esencialista, nuevamente se convierte en el chivo expiatorio para eludir la responsabilidad de los/las profesionales tratantes en relación a los problemas y fracasos en las intervenciones en salud mental realizadas con personas migrantes (Roy, 2006) y, aunque la cultura sí importa en la clínica, no siempre es central en todos los casos. Esto, ya que la cultura es inseparable de otras múltiples dimensiones, como por ejemplo religiosas, políticas y económicas (Kleinman y Benson, 2006), pero también contextuales, estructurales e históricas. Se agregarían además dimensiones relacionales de exclusión, de poder y de dominación (Foucault, 1976, 1981) que se expresan a través de discursos cuyos marcos disciplinarios penetrarían también los espacios clínicos. En síntesis, la cultura no sería entonces un factor determinante en la salud mental de las personas migrantes y tampoco debiera serlo en la clínica con dichos pacientes.

Hoy en día los discursos interculturales están en boga y esto se expresa en una variedad de ámbitos y campos disciplinarios, así bien en salud mental. Lo intercultural ha implicado el progresivo reconocimiento –o supuesto– de que el mundo en que vivimos es una mixtura de creencias e identidades, entremezcladas y en permanente interacción (Adams y Janover, 2009). Rompiendo el etnocentrismo y las limitaciones esencialistas del multiculturalismo, la interculturalidad reconocería el espacio cultural del otro/a, denominando entonces la dinámica de intercambios entre los grupos culturales múltiples dentro del mosaico multicultural. Una lectura lisa de esta noción, pone el acento en el reconocimiento de la cultura del “otro/a” como sujeto culturalmente distinto. Pero la

dinámica de intercambios interculturales requiere necesariamente de una mirada vinculante y relacional que, en primera instancia, comienza con el posicionamiento crítico acerca de sí mismo. En los casos de los/las profesionales tratantes, este posicionamiento subjetivo implica incorporar a los procesos relacionales las dimensiones personales, disciplinarias, institucionales e ideológicas, así como también la dimensión histórica.

Al respecto, la contribución del construccionismo social (Gergen, 1985, 1996, 2014) aplicado al ámbito clínico en salud mental invita a un posicionamiento subjetivo de los/las profesionales tratantes, que requiere integrar, a los procesos relacionales, las dimensiones personales, disciplinarias, institucionales, ideológicas y políticas, en pos de la incidencia y transformación de prácticas sociales dominantes. Pero este posicionamiento crítico implica también la incorporación de la dimensión histórica, particularmente en Latinoamérica. Esto significa reconocer que nuestras prácticas en salud mental con migrantes están ancladas en Latinoamérica, específicamente en Chile, y eso tiene alcances en la inscripción de nuestras prácticas al alero del impacto del capitalismo colonial moderno en nuestro continente, particularmente en la producción y la transmisión de saberes. Y el conocimiento es poder, también en el ámbito de la salud mental.

El aporte notable de la reflexión latinoamericana va mucho de la cuestión declaratoria, ya que profundiza en la dimensión política y de transformación social. El debate crítico latinoamericano (Ferrao, 2013) interroga la colonialidad del poder y la concepción a-histórica de las relaciones en la estructura social, y aporta elementos fundamentales a la reflexión en torno a las relaciones culturales intersubjetivas en el marco del capitalismo colonial y post-colonial. Estas relaciones interculturales intersubjetivas estuvieron impresas en procesos de dominación y tuvieron gran impacto en la imposición hegemónica que naturaliza la experiencia de las personas en ese patrón de poder colonial (Quijano, 2009).

Interrogar el eurocentrismo y la colonialidad en el campo de construcción de las relaciones y sentidos que constituyen ese poder, requiere necesariamente de un posicionamiento descentrado (Vergara Estévez y Elizalde, 2012), que implica el dejar de percibir como naturales relaciones y sentidos anclados en contextos de poder colonial. En salud mental, la exigencia de una mirada reflexiva y descentrada implicaría, además de la apertura al espacio de reconocimiento de sí mismo y del “otro” (Santamaría, 2002), el

reconocimiento de la imbricación de ambos en matrices, que además de culturales e ideológicas, implican también relaciones desiguales de poder entre los/las profesionales tratantes y los/las migrantes. Esto es extremadamente relevante en las intervenciones en salud mental con personas migrantes en Latinoamérica, ya que invita los/las profesionales tratantes a integrar la dimensión del poder a nivel relacional, y a desnaturalizar la matriz conceptual en la cual se anclan sus intervenciones, construida a partir herencias teóricas que se integran inexorablemente al universo intersubjetivo.

Entonces, aun cuando las reflexiones acerca de la interculturalidad en salud en América Latina se vinculan 1) al surgimiento de la antropología médica como campo disciplinario de la antropología social en la década de 1940 (Lerín Piñon, 2004), y 2) a los debates que desde hace más de dos décadas han estado orientados a mejorar las condiciones en salud de pueblos indígenas, reconociendo las limitaciones del paradigma biomédico occidental para con esta enorme población (Arteaga, San Sebastián y Amores, 2012); la contribución de la interculturalidad crítica radica en que va aún más allá, examinando las reglas de juego (Walsh, 2005) y controvirtiendo las relaciones de poder y la subordinación a la cultura hegemónica, desde una propuesta ética y también política, la cual resulta lúcida y pertinente cuando abordamos el tema de la salud mental y las migraciones.

Los planteamientos de Foucault son una contribución ineludible en el desarrollo reflexivo crítico. Para el autor, la base de las diferencias jerárquicas están el conocimiento y el poder (Roth, 2013) y la salud mental no está exenta discursos de control sobre pueblos y cuerpos (Vergara Estévez y Elizalde, 2002). En el espacio terapéutico, el/la tratante vehicula discursos, que entendidos en un sentido Foucaultiano suponen prácticas, productoras y reproductoras de realidad social (Foucault, 1981, 2005). Si estos discursos son monoculturales y hegemónicos, y además están embebidos de disparidades jerárquicas -como bien ha sido expresado en el debate post-colonial latinoamericano-, queda al desnudo la indemnidad con que podrían ser vehiculadas formas políticas de mantener ciertos discursos con los saberes y poderes que estos implican. Las intervenciones en salud mental actúan, a su vez, como marcos disciplinarios de control de la producción discursiva (Foucault, 2005,), con consecuencias también en la producción identitaria subjetiva e intersubjetiva.

Las migraciones internacionales demandan una comprensión de sociedades globales, pero relacionalmente desiguales (Glick Schiller y Salazar, 2013). Específicamente el ámbito clínico en salud mental, es portador de las vivencias subjetivas de numerosas personas migrantes, de sus experiencias, de sus proyectos, de sus ilusiones, de sus desencantos, pero también, en ocasiones, del sufrimiento. El desarrollo de una escucha que logre integrar dicha comprensión, implicaría necesariamente una interrogación de las certezas profesionales, pero también una reflexión crítica respecto de las prácticas clínicas con usuarios/as cada vez más diversos, al posicionamiento de prácticas en la clínica y a la necesidad de historización de la disciplina.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Introducción al enfoque metodológico y posicionamiento de la investigadora

La presente investigación se enmarca en la metodología cualitativa (Alvarez-Gayou, 2003; Flick, 2002; Íñiguez, 1999; Krause, 1995), acorde al planteamiento teórico de la investigación y a su objetivo general, que busca comprender los significados de los/as tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la red pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta.

El aporte del construccionismo social en el presente diseño (Gergen, 1985, 1996, 2014; Ibáñez, 2003)., sitúa la importancia del lenguaje y la naturaleza discursiva, desde la cual se desprenden ejercicios de poder y necesariamente de resistencia al poder (Foucault, 1976). Junto a lo anterior, a la necesidad de desnaturalizar y desesencializar fenómenos psicológicos asociados a las migraciones. Particularmente resulta relevante la aproximación a la realidad desde el lenguaje propio a la práctica en salud mental, constitutivo de la realidad social (Gergen, 2014) en este caso del personal tratante en salud mental inserto en la red de atención.

En acuerdo con lo planteado por Gergen (2014), el construccionismo social y su alianza cercana con la concepción pragmática del conocimiento, implica también la evaluación de las consecuencias pragmáticas en esta línea de investigación, de las cuales el o la investigadora debe hacerse responsable. Al respecto, se destacan las consecuencias técnicas, éticas y políticas de la posición epistemológica propuesta. Por una parte, el diseño del estudio se fue ajustando con el devenir del trabajo de campo, y por otra, el posicionamiento requirió integrar, al proceso investigativo, sus dimensiones personales, disciplinarias, institucionales e históricas de la propia investigadora.

En este sentido, la incorporación de la propia experiencia de la investigadora como profesional tratante en salud mental de personas migrantes, junto con una posición de

reflexividad y de vigilancia epistemológica, han sido fundamentales a lo largo de toda la indagación, reconociendo que las relaciones intersubjetivas que se dan entre los participantes me integran como sujeto investigador. Lo anterior, rescata la creación de la versión interpretativa en la generación de los resultados, con bases ancladas además, en el registro riguroso y el análisis crítico (Martínez-Salgado, 2012).

4.2 Diseño y procedimientos de la investigación

4.2.1 Participantes

Para el estudio se definió un muestreo de tipo intencionado, no probabilístico, de acuerdo a criterios específicos precisados de antemano por características de interés (Valles, 1999). El criterio de elección del grupo de participantes se basó en la pregunta de investigación y estuvo guiada hacia la obtención de información que fuera comprensiva del fenómeno a estudiar, a saber la comprensión de las construcciones discursivas de los/las profesionales tratantes, acerca de las prácticas de intervención en salud mental de la red pública, centros de atención de los niveles primario, secundario y terciario pertenecientes a los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Sur, y el Servicio de Salud de Antofagasta.

Se consideraron dichos servicios debido a que presentan alta concentración de migrantes que además consultan (Becerra y Altimir, 2013, Cabieses et al., 2012; Demoscópica, 2009; Obach et al., 2017; Stang y Stefoni, 2016). Particularmente los servicios Metropolitano Norte y de Antofagasta por la creciente afluencia de personas migrantes en dichos servicios, motivo por el cual fueron integrados en la implementación de la primera fase del proyecto “Piloto de Atención en Salud de Inmigrantes” desarrollado entre los años desde el año 2015 por el Ministerio de Salud.

Se definió una muestra total de dieciocho sujetos. La muestra de participantes se seleccionó a partir de los siguientes criterios de inclusión: hombres y/o mujeres profesionales de la salud mental (psicólogos/as y/o psiquiatras) que se encontraran trabajando con población migrante en algún centro de atención en salud de los niveles primario, secundario o terciario de la red pública, en los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Sur y en el Servicio de Salud de Antofagasta.

Es importante señalar que aunque la muestra fue delimitada inicialmente a profesionales tratantes en salud mental, psicólogos/a y médicos/as (generales y/o psiquiatras), durante el desarrollo del trabajo de campo surgió la necesidad de integrar a la muestra otros/as profesionales cumplían un roles complementarios fundamentales en los equipos de salud mental. Tal fue el caso de dos profesionales trabajadores/as sociales (hombre y mujer), quienes realizaban acciones de atención con pacientes migrantes en los equipos de salud mental, tanto en la Región Metropolitana como en Antofagasta. En vista del creciente número de profesionales extranjeros que se han integrado a la red pública, se incorporaron además dos profesionales tratantes en salud mental, una con 20 años de residencia fuera del país, y un profesional migrante con menos de cinco años de residencia en el país.

4.2.2 Técnicas de producción de datos

En función de los objetivos elaborados para esta investigación, se privilegió como técnica de producción de datos la realización de entrevistas en profundidad, entendidas como una forma de interacción particular utilizada para la obtención de información acerca de la experiencia de las personas, y donde participa el/la analista y la persona entrevistada (Íñiguez, 1999), en su modalidad semi-estructurada (Álvarez-Gayou, 2003; Flick, 2002) y formato individual²⁵.

Las entrevistas, fueron realizadas en los lugares de trabajo de los/las profesionales tratantes. Con una duración estimada de una hora, se realizaron en base a un guión previamente diseñado en función de los objetivos del proyecto, el cual incluía temáticas en relación a: (1) las características generales de la población migrante que consulta en salud mental en el servicio; (2) el marco clínico de la atención en salud mental; (3) las respuestas de los/las migrantes en relación a las prácticas desarrolladas por los/las profesionales; (4) los posibles ajustes -o no- en la intervención en salud mental con personas migrantes/en los casos de migrantes, por mencionar las más relevantes. Lo anterior, teniendo como referencia los marcos conceptuales discursivos ya desarrollados. Es relevante señalar que

²⁵ En anexo, pauta de entrevista.

aún cuando existía dicho guion temático, se intencionó la cualidad emergente y conversacional en cada uno de los encuentros con los/las profesionales.

Las conversaciones fueron registradas por medio de una grabadora de voz y posteriormente transcritas de tal manera de poder tener registro de las características particulares de la interacción, bajo el sistema desarrollado por Gail Jefferson (1985), descrito en Jonathan Potter (1998). Este sistema, permite destacar características del habla mediante símbolos disponibles en un procesador de texto (o máquina de escribir). Estas características son significativas para el análisis del discurso y de la interacción²⁶.

En términos de procedimientos, las entrevistas fueron concertadas con los/las profesionales tratantes con previa autorización de sus superiores directos, aunque fuesen ellos/ellas directores/as de los Centros de Atención o de sus respectivos Servicios de Salud.

4.2.3 Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile²⁷.

Antes de comenzar las entrevistas, se les explicó a los/las participantes acerca de la investigación y sus objetivos. Conjuntamente, se les entregó el Documento de Consentimiento Informado, asegurando por una parte, el cabal entendimiento respecto del procedimiento y la utilización de la información recabada en la entrevista, y por otra, su disposición genuina y voluntaria de participar, junto con la explicitación acerca de la posibilidad de desistir en su participación en caso de solicitarlo y el respeto del anonimato, la confidencialidad y la estricta reserva.

En su etapa de implementación, se tomó especial atención al criterio de respeto a los sujetos inscritos (González, 2002), el cual implicó además de la firma del Documento de Consentimiento Informado,²⁸ acciones de retroalimentación para con los sujetos involucrados. Se propuso entregar una síntesis impresa de los resultados del estudio todo/as lo/las participantes, durante el año siguiente al término de la misma. Además, se les

²⁶ En el anexo se detalla el método específico de codificación.

²⁷ En anexo, Informe de Evaluación Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

²⁸ En anexo, Consentimiento Informado.

extendió la invitación participar en caso de realizarse algún evento de presentación resultados de la investigación.

A lo largo de todo el proceso investigativo, se prestó especial atención a evitar disquisiciones o conclusiones que en su forma o en su contenido, pudieran conllevar cierto prejuicio, estigmatización o generalización que implicara perjuicio que afecte a los grupos de personas que el estudio pueda abordar, en este caso, los/las profesionales tratantes en salud mental de la red pública y los/las migrantes como sujetos beneficiarios de dichos servicios en la Región Metropolitana y Antofagasta.

4.3 Tratamiento analítico del discurso

Para esta investigación, los discursos son entendidos como acciones o prácticas discursivas que suponen una concepción situada, heterogénea productora y reproductora de la realidad social. En ese sentido, los usos y formas de los discursos se configuran como prácticas sociales pues crean y construyen la realidad social (Foucault, 2005).

Esto implica que el estudio se sitúa desde una posición que considera la función del lenguaje desde su dimensión constructiva, vinculada estrechamente a las prácticas sociales y dependiente de las mismas, por lo que está orientado a profundizar en las implicancias del lenguaje, buscando identificar qué es lo que se dice y cómo se dice. La integración de la perspectiva socioconstruccionista, permite abordar de manera concreta cómo las narraciones discursivas tienen un carácter constructivo y constitutivo de las prácticas sociales (Sisto, 2012).

En este marco comprensivo, el análisis del discurso aparece como una alternativa analítica muy coherente con la investigación propuesta. El análisis del discurso, entendido como un método orientado al “análisis de la intersubjetividad, de las formas de construcción y acción social” (Íñiguez, 1999, p. 5), pero a la vez como una perspectiva teórico-analítica, plantea estrategias de aproximación en las cuales la teoría no encasilla ni predispone el campo de indagación de los discursos, permitiendo la producción de una postura que interroga y problematiza la acción social (Íñiguez, 2003). El análisis, en este contexto, aprehende el discurso desde su derecho propio a ser analizado como una entidad autónoma y como una práctica discursiva (Sisto, 2012).

Para efectos analíticos, entenderemos el discurso como “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales” (Íñiguez y Antaki, 1994), por lo que su análisis consistirá entonces en estudiar mediante técnicas lingüísticas, retóricas y hermenéuticas “cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como práctica constituyente y regulativa” (Íñiguez y Antaki, 1994, p.63).

El aporte de la dimensión crítica del análisis del discurso, al considerar discurso mismo como una práctica social constitutiva de los procesos sociales, es pertinente al estudio propuesto ya que releva en donde hay acciones sociales que se ponen en práctica a través de ciertas formas discursivas de dominación, como el abuso de poder o el control social (Íñiguez, 2003), lo que es particularmente oportuno cuando interpelamos las prácticas de intervención en salud mental con personas migrantes.

A su vez, los discursos y prácticas del analista son entendidos aquí como socialmente situados, atribuyéndosele un papel en la reconstrucción y reproducción recursiva y recurrente de las estructuras de la organización social, considerando los discursos y sus análisis también como prácticas sociales (Martín Rojo, 2003).

Concretamente, el tratamiento analítico del material obtenido de las entrevistas con los/las profesionales en salud mental, estuvo guiado en un comienzo por tres preguntas analíticas, que interrogaron los significados construidos a partir del discurso de los/las profesionales tratantes acerca de los migrantes en el marco de las intervenciones en salud mental en los servicios de la red de salud, los significados construidos a partir del discurso de dichos profesionales acerca sí mismos, en el marco de las intervenciones en salud mental en la red y, por último, los efectos de los significados de los/las profesionales tratantes acerca de los/las migrantes y acerca de sí mismos en las prácticas de intervención en salud mental con migrantes.

El procedimiento analítico consistió, en un primer momento, en realizar la lectura completa y reiterada del material, aproximándolo de manera global. A continuación, se procedió a un análisis textual, realizando una primera categorización que permitió establecer ejes temáticos y conceptos clave, junto con determinar las temáticas abordadas con mayor frecuencia a lo largo del texto.

Situando el análisis en un nivel conceptual, se organizaron las unidades temáticas en base a criterios estableciendo similitudes, diferencias, contrastes y relaciones entre ellas, en una lógica dialógica entre elementos particulares del texto y la totalidad del material. A partir de lo anterior, se identificaron tópicos, junto con los argumentos tanto explícitos como implícitos asociados a ellos, lo que permitió avanzar hacia el establecimiento relaciones entre los diferentes tópicos, y a su vez al afinamiento de las preguntas analíticas planteadas en un inicio.

A continuación, se realizó el análisis interpretativo de cada tema, teniendo en cuenta la construcción discursiva de los argumentos de los/las profesionales tratantes en salud mental respecto a las personas migrantes como pacientes. Interés particular tuvo la cuestión del poder, que desde la conceptualización que realiza Foucault (2006) implicó interrogar qué mecanismos y qué procedimientos asegurarían la mantención del poder por parte de la institucionalidad en salud, encarnados en los discursos de los/las profesionales tratantes, así bien los mecanismos locales de resistencia al poder relativos a discursos predominantes vehiculados en los servicios en los cuales están insertos. Así, las dinámicas discursivas de dominación, resistencia (Foucault, 1976) y agencia (Brah, 1987) fueron siendo observadas en los discursos de los/las profesionales tratantes respecto a las prácticas clínicas con los/las pacientes migrantes.

CAPÍTULO V

5

RESULTADOS

Los resultados que se presentan en el siguiente apartado se orientan hacia la comprensión de los significados construidos por los/las profesionales tratantes en salud mental acerca de las prácticas de intervención con migrantes en servicios de la red pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta. A continuación, se estructura una propuesta analítica en torno a tres ejes principales: el primero, la relevancia del posicionamiento discursivo como soporte de autoridad en el discurso de los/las profesionales tratantes; el segundo, las construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental en la red de salud; y el tercero, las respuestas de agencia y de resistencia en los/las profesionales tratantes.

El ejercicio analítico irá mostrando cómo la expresión de estas situaciones en salud mental va poniendo de manifiesto que las prácticas de los/las profesionales, aún cuando se expresan desde el accionar individual, se encuentran entramadas en contextos institucionales, normativos e ideológicos. Estos contextos, amplios y complejos, impregnan las prácticas clínicas, con efectos que son observables tanto en el tipo de intervenciones realizadas por los/las profesionales tratantes como en la construcción del sujeto migrante como paciente en salud mental de la red pública de servicios.

5.1 La relevancia del posicionamiento discursivo como soporte de autoridad en el discurso de los/las profesionales tratantes

Un primer elemento relevante al aproximarnos al análisis del material, es la manera en cómo los/las entrevistados/as se presentan al inicio de las entrevistas. Todas las entrevistas realizadas comenzaron con la pregunta abierta “Te quiero pedir si te puedes presentar brevemente por favor”, ofreciéndoles los/las entrevistados/as un espacio para que pudieran exponer, sin restricciones, aspectos de sí mismos que podían -o no- estar vinculados con su quehacer profesional con personas migrantes. Llama aquí la atención

cómo, a través de esta breve instancia de presentación, los/las entrevistados/as construyen un discurso acerca de sí mismos que posteriormente sirve como sustento de la formulación y potencia argumentativa en lo relativo a la atención de migrantes en la red de servicios.

Observamos como algunos/as profesionales construyen un posicionamiento preponderantemente desde la experticia. Este discurso, es presentado con información que da cuenta de elementos con un alto reconocimiento social, los cuales además aparecen como objetivables, desde un posicionamiento que llamaremos “objetivable experto”. Dichos profesionales, anclan sus narrativas principalmente en sus antecedentes académicos y de antigüedad en los servicios de salud respectivos, en su trayectoria formativa, en la cantidad de años de experiencia en el rubro, en los ámbitos de desarrollo en el quehacer clínico y/o docente, en colaboraciones con profesionales de renombre en el rubro de la salud mental, entre otros. El efecto que provoca este tipo de posicionamiento, es la construcción de un soporte de discursivo particular, a través de un escenario objetivable y técnico, que puede ser entendido como un recurso para avalar la argumentación posterior desde una posición de autoridad. Lo anterior puede ser comprendido también, como un posicionamiento discursivo que logra vehicular de manera exitosa un conjunto de tecnologías (teóricas, técnicas y prácticas) que aparecen como “verdades”, las cuales pueden ser puestas al servicio del gobierno de los sujetos (Rose, O’Malley, y Valverde, 2012), en este caso, en el marco clínico de las atenciones.

Observamos a continuación dos fragmentos de entrevistas. En el primero, la descripción detallada de una gran cantidad de actividades, que evidencian la polivalencia clínica, profesional y docente de la interlocutora entrevistada, va sucesivamente desarrollando antecedentes de su itinerario profesional, exacerbado por el nivel de detalle y precisión en la descripción de cada una de sus labores profesionales. El segundo fragmento, también se explicitan elementos formativos y de experiencia temática, que validan a la entrevistada como interlocutora específicamente en el ámbito psiquiátrico, pero también en relación a la atención en salud mental con migrantes. Lo interesante de observar es que en ambos casos, se va urdiendo una situación estratégica de fuerza, tanto en relación a la entrevistadora, como también en relación a las prácticas clínicas en salud mental.

A: Entonces lo primero que te quería pedir es si te puedes presentar brevemente.

B: Sí, mi nombre es XX, trabajo acá en el servicio desde... hice la práctica en el año noventa y uno y desde el noventa y dos quedé trabajando, una vez después de terminar la práctica me dejaron trabajando, salió un cupo, una vacante y me propusieron a mí. Desde ahí soy parte activa de este servicio, soy una de las tres psicólogas, en este momento soy como la más antigua, eh (0,1) de las psicólogas y casi la tercera más antigua del servicio. ¿Ya? Está el doctor XX, el doctor XX y después sigo yo en antigüedad (...). Además, bueno, soy docente en el área de la formación de los becados, eh, formación a los chicos de primer año:: de la beca, los residentes de primer año y todo lo que tiene que ver con la persona del terapeuta, eh, cómo se establece un vínculo, la contratransferencia, etcétera, etcétera ¿ya? Y con ellos mismos también la supervisión de pacientes así como los de tercer año de beca (...) ¿Ya? Y acá también se hace la docencia a los chicos de pregrado de quinto año, donde también tengo a cargo un grupo, un taller de lo que es la entrevista psicológica, °primera entrevista en realidad°, les doy toque de psicológico pa' que aprendan los chiquillos, eh...eso, eso. Dentro de las actividades del servicio está lo que, bueno, la clínica eh, también está todo lo que tiene que ver con psicodiagnósticos y además hacemos psiquiatría de enlace.

(E16, entrevista personal, 8 de junio de 2017)

A: Ya. Entonces lo primero que quería preguntarte, pedirte, si te puedes presentar brevemente.

B: Me llamo XX soy médico psiquiatra, estudié Medicina en XX y me formé como psiquiatra en XX. Desde que terminé mi formación en 2004 trabajaba en el XX y ahora en los últimos cinco años en XX. Además he trabajado en consulta y también trabajé ocho años en un programa de atención a migrantes y refugiados (0.1) de una universidad.

(E9, entrevista personal, 11 de mayo de 2017)

Observamos cómo el posicionamiento “objetivable experto”, el cual se funda directamente sobre aprendizajes realizados en el marco formal del modelo psiquiátrico de atención, opera en el sentido de promover un sustento argumentativo. Sin embargo, cuando

se aborda concretamente la atención en salud mental de dicha población, los discursos que avalan la solidez argumentativa se tornan más frágiles, emergiendo entonces la ambigüedad. Esto ocurre particularmente cuando se interrogan elementos relativos a la intervención clínica específica con migrantes, que aparece entonces ante los/las profesionales tratantes como extremadamente diferente e incluso ajena. Observemos el siguiente fragmento de un psicólogo entrevistado.

B: Por ejemplo, una de las cosas que a mí me llaman la atención y tengo que estar ahí constantemente:: mediando con ellos, son las frases ¿no? de repente que son muy utilizadas. Tengo varios colombianos y dicen algunas co..., >ahora no me acuerdo<, son unas frases que tengo que estar constantemente pidiendo aclaración digamos ¿no? (...) Yo tengo formación como psicólogo social pero yo vengo más bien de la academia, en términos de psicoterapia mi formación fue más bien psicoterapia de adulto, entrecomillas, entrecomillas pal chileno↑ digamos ¿no? Entonces yo creo que claro, nos faltan, nos falta como:: conocer más a la::, a la gente.

(E6, entrevista personal, 31 de marzo de 2016)

El entrevistado comienza señalando dificultades en la atención con algunos usuarios/as, en este caso, con “pacientes colombianos”. La mención a la necesidad “mediación” en relación a dichos pacientes, relevaría la significación del encuentro clínico desde un conflicto o un enfrentamiento entre ambas partes (“tengo que estar ahí constantemente:: mediando con ellos”). Sin embargo implicaría también la posibilidad de encontrar una solución, de la cual sería parte, al asumir el rol de “mediador”. Ante este escenario, rápidamente el entrevistado alude a su formación más bien académica, en psicoterapia “para chilenos”, denotando cómo ésta no necesariamente respondería al tratamiento con pacientes no chilenos/as.

Siguiendo en esta línea, podríamos plantear que para el entrevistado, este tipo de escenario clínico fragilizaría momentáneamente el sustento argumentativo como posición de fuerza. Esto es relevante, ya que posteriormente a lo largo de las entrevistas observaremos que la posición de experticia técnica de los/las profesionales es interpelada constantemente en la atención de este tipo de casos, introduciendo dudas e interrogantes

que en momentos fragilizan el dicho posicionamiento, forzando incluso a algunos/as profesionales a entrar en un espacio (auto)reflexivo y (auto)crítico.

El apremio que provoca en algunos/as profesionales la emergencia de estos cuestionamientos, provoca un tránsito desde un discurso “objetivable experto” hacia discursos en donde dicha posición deja de ser un recurso, y comienza a convertirse en un obstáculo para la comprensión del sujeto y de su sintomatología. En el siguiente fragmento, la entrevistada señala cómo el/la migrante introduce tensiones respecto al modelo psiquiátrico de atención en salud mental.

(0,2) A ver, cómo me explico. Nosotros tenemos un conocimiento basado en la teoría que hemos aprendido a lo largo de los años, <cuando nos formamos y todo>, la psiquiatría subjetiva, en el sentido de que tú no tienes un examen que te dice AH, tienes bipolaridad, tienes esquizofrenia o algo así, (0,1) eh, por lo tanto, todo es clínico, la observación es muy↑ clínica. Entonces tú tienes que estudiar mucho, tener un conocimiento acabado de todos los fenómenos que, eh (0,1), todos los síntomas y la fenomenología que tiene cada una de las enfermedades para poder llegar un diagnóstico y hay ciertos patrones que son comunes ¿ya? (...). Entonces tú no sabes cuál es la entrecomillas normalidad o patología↑ en el lugar de origen, ese es el tema↓. Tú no lo estudiaste, no eres de ahí, entonces hay cosas que para ti pueden delirantes y °para otras personas son completamente normales° como para otros, no sé, los católicos creemos en la virgen, en los ángeles por decirte algo (...).

(E9, entrevista personal, 11 de mayo de 2017)

La entrevistada hace referencia a un “nosotros”, aludiendo a un colectivo de profesionales en salud mental, específicamente formados desde la psiquiatría. A continuación enfatiza, la imposibilidad de objetivar los trastornos mentales mediante exámenes (aludiendo exámenes típicamente utilizados en medicina, como de sangre u otros). La herramienta de observación clínica se convierte entonces fundamental en salud mental, por lo que el conocimiento acabado de la fenomenología de cada enfermedad (en base a “patrones” culturales) sería crucial para el diagnóstico clínico.

Sin embargo, cuando la entrevistada se encuentra con pacientes en los cuales desconoce dichos patrones, queda en evidencia la tensión que se produce en las bases mismas del modelo de atención cuando señala “Entonces tú no sabes cuál es la entrecuillada normalidad o patología↑ en el lugar de origen, ese es el tema↓.”. El conflicto que ocasiona este tipo de pacientes, deconstruye a tal punto el posicionamiento de la entrevistada que interroga, no solamente las certezas de un modelo de atención, sino también su percepción “de realidad” en el espacio clínico, desde una dimensión cultural e intercultural (“(...) entonces hay cosas que para ti pueden delirantes y °para otras personas son completamente normales°). Este tipo de escenario clínico, en cierto sentido, interrogaría su autoridad discursiva paralizando a la entrevistada, ya que el posicionamiento “objetivable experto” dejaría de ser un recurso argumentativo también en el espacio clínico de atención. Llama aquí la atención que aunque la entrevistada explicita su falta de experticia para abordar la dimensión cultural (“Tú no lo estudiaste, no eres de ahí”), no alcanza a atisbar la posibilidad de interrogar dicha dimensión en la clínica, más bien la rehúye, ratificando sus propias creencias como diferentes a las de los pacientes aludidos (“los católicos creemos en la virgen, en los ángeles por decirte algo (...)”).

Sin embargo, el posicionamiento objetivable experto no es el único recurso utilizado por los/las profesionales para afirmar la autoridad discursiva. Se observa también un soporte diferente, construido a través de una narrativa que vincula explícitamente las experiencias vitales personales y/o familiares, con las prácticas profesionales en salud mental con migrantes. Lo relevante aquí no son los datos técnicos objetivables, como podrían ser trayectoria formativa formal o los ámbitos de desarrollo en el quehacer clínico y/o docente, entre otros, sino más bien la historia vital en sí misma, como un sustento que avala la experticia desde un posicionamiento “subjetivo/experiencial”. Observemos el siguiente fragmento.

A: Lo primero que quería pedirte es si te puedes presentar brevemente.

B: Ya. Mi nombre es XX. Tengo 60 años. Soy médico formado en Cuba. Soy médico pediatra. Viví muchos años en Cuba, viví veinte años. Y, pero además tengo formación en Chile (...). Bueno yo tengo mucha experiencia en trabajo en salud pública en general. O sea, yo me formé en Chile como enfermera universitaria,

siempre en el área norte, aquí, aquí en la universidad XX. Eh:: trabajé muchos años en psiquiatría en el XX. ↑Y, eh: (0,2), y:, pero en esa época no habían inmigrantes en Chile o eran muy pocos entonces eh, >yo parecía más inmigrante porque como tengo un apellido mapuche a mí me ((balbuco)), no sé, era como raro< (...). Y bueno, mis padres correspondían a eso, o sea, a la inmigración interna (...). Y bueno, mi papá es del norte. Y aquí se juntaron y se casaron. Pero bueno. Somos mezclas. AH, a partir de ahí viene también eh:, otra cosa que los chilenos creemos que somos todos puros y en general no somos puros. Somos mezclas de mezclas y mezclas. Por lo tanto, yo he entendido que de mi madre es mestiza, mi padre es mestizo, todos somos mestizos. Pero en el fondo, eh, la identidad mía es mestizaje con pueblos originarios. Ya sea aimara por parte de mi padre (.) y mapuche por la parte de mi madre. Y a partir de ahí, yo creo que tengo la experiencia en el sentido de que, me he sentido extranjera toda mi vida en relación a la población de Santiago, que nos miraban como bichos raros. Pero habiendo yo nacido en Santiago.

(E7, entrevista personal, 30 de agosto de 2017)

Llama la atención la relevancia que da la entrevistada a la dimensión personal, la cual enmarca su trayecto profesional y no viceversa. La mención a su experiencia migratoria en Cuba, sumada aspectos transgeneracionales vinculados con su pertenencia a dos pueblos originarios, aimara y mapuche, otorgan al relato una potencia argumentativa suplementaria basada en una construcción identitaria migrante y a la vez indígena latinoamericana.

En este contexto, la migración interna del padre y de la madre, junto con la falta de reconocimiento social de su identidad indígena en la infancia, singularizan la posición discursiva de la entrevistada desde un colectivo que no ha tenido un reconocimiento social ni constitucional explícito en nuestro país (Meza-Lopehandía, , 2016). Además, la conectan de manera experiencial con los/las migrantes internacionales desde la vivencia subjetiva individual y también colectiva de extranjería. Aún siendo ella chilena, nacida en Santiago, su discurso la sitúa en el mismo plano experiencial de los/las migrantes residentes en el país (“(...) yo creo que tengo la experiencia en el sentido de que, me he sentido extranjera toda mi vida en relación a la población de Santiago, que nos miraban como bichos raros. Pero habiendo yo nacido en Santiago.”).

Sumado a lo anterior, la referencia a la cualidad mestiza como intrínseca a la sociedad chilena, en oposición a una supuesta noción de pureza (“los chilenos creemos que somos todos puros y en general no somos puros”), sitúa a la profesional en un lugar en donde el “nosotros” adquiere preponderancia, desde una racionalidad que aboca más bien a un colectivo del cual ella sería parte. En detalle, observamos que la referencia a lo “mestizo” en el discurso no aludiría necesariamente a una reducción cultural o a un rechazo de lo indígena, sino más bien proceso de “mesticismo” (Walsh, 2009), que no implicaría indefectiblemente una reducción o unificación colonialmente impuestas, sino más bien a una cualidad identitaria emergente (“yo he entendido que de mi madre es mestiza, mi padre es mestizo, todos somos mestizos. Pero en el fondo, eh, la identidad mía es mestizaje con pueblos originarios”).

En el siguiente fragmento advertimos también cómo el entrevistado, construye su presentación utilizando la explicitación del origen nacional y del proceso migratorio personal como soporte discursivo que autoriza el relato posterior.

A: Bueno lo primero que te quería pedir es si te puedes presentar.

B: Ah claro que sí. Soy médico general del consultorio XX. Mi nombre es XX eh (.) médico de nacionalidad colombiana, °esa es básicamente, esa es como mi breve presentación°. Tengo más o menos como un año y medio acá de haber llegado a Chile. Este ha sido mi primer trabajo. Me costó. Además de eso estaba trabajando también en servicio de ambulancia que hay acá en Santiago que se llama HELP ese lo dejé hasta hace poco ahí y en servicio de urgencias que se llaman los SAPUS (...). Bueno eso, yo llegaba acá a Chile, uno llega sin trabajo, uno llega a buscarse una oportunidad laboral. Inicialmente me hice como un mapa de todos los sitios donde podría haber ofertas laborales y imprimí una cantidad de hojas de vida caminé y llevé, caminé y me asoleé, era en verano precisamente, al final así no me resultó. Caminando y llevando las (0,3). Y entonces fue difícil↑ la verdad y repartí muchos currículos, al final decidí que era mejor buscar por internet, enviar por correo directamente como a los servicios de salud. (0,2) Y:: así me llamaron de varios sitios y al final accedí a este como por la cercanía que tenía más (0,1) de la, del sitio donde estaba viviendo en ese momento.

(E18, entrevista personal, 21 de noviembre de 2017)

Observamos aquí cómo la experiencia migratoria del entrevistado aparece como un eje central, particularmente referido al dificultoso trayecto de inserción laboral en la red pública (“Este ha sido mi primer trabajo. Me costó.”, “(...) Y entonces fue difícil↑ la verdad y repartí muchos currículos”). Es interesante notar cómo la explicitación de esta experiencia, opera en la trama discursiva introduciendo las dificultades del proceso migratorio y la extranjería a la relación. Tanto en caso con la red de salud (como sistema), pero también con la entrevistadora como representante, a su vez, de lo chileno o autóctono.

Los discursos de los/las profesionales tratantes, tanto desde el posicionamiento “objetivable experto” como desde la incorporación de la dimensión “experiencial/subjetiva”, aportan elementos fundamentales a considerar en cuanto al tipo de relación que establecen con los/las pacientes migrantes que acuden a los servicios.

Podríamos plantear que el discurso “objetivable experto”, situado desde un ideario de orden más bien hegemónico (Stefoni y Stang, 2017), exacerbaría la disparidad de poder en la relación entre el/la tratante y el/la paciente, en particular con aquellos/as migrantes. En cambio, la incorporación de la dimensión “experiencial/subjetiva” por algunos/as profesionales, particularmente en relación a la vivencia de extranjería, permitiría integrar una dimensión compartida, que se podrá convertir posteriormente en uno de los recursos centrales en la intervención en salud mental con los/las pacientes migrantes.

Al respecto, algunos autores plantean que la vivencia migratoria se vincula estrechamente con la vivencia desigualdad en relación a la sociedad chilena (Glick Schiller y Salazar, 2013; Gregorio Gil, 2009). En primera instancia este planteamiento aparece como razonable y, en alguna medida, es correcto. Sin embargo aplicado a la relación entre profesionales tratantes en salud mental y pacientes migrantes en la red pública, el riesgo de un planteamiento de este tipo dice relación con su linealidad y su parca complejidad.

Observemos el siguiente fragmento de la entrevistada quien, hace algunos momentos, reivindicaba su referencia identitaria desde el “nosotros/as mestizo”. Aquí la experiencia relacional con la otredad se resitúa contextual e históricamente, emergiendo una variación en la posición discursiva, como vemos a continuación.

Entonces::, te lo voy a decir honestamente, ↑yo a pesar de ser multicultural y de pertenecer a muchas eh, razas y etnias, también me chocan cosas. Por ejemplo, el hecho de ver muchas fritanguerías en las calles, y que eso implica que hay un mal control de salud pública en relación al manejo de los alimentos. Y eso me preocupa, me preocupa en el sentido de que nuestra población vaya a ser afectada por enfermedades infectocontagiosas de origen gastrointestinal. O sea, sospecho que de aquí si no cuidamos esto, tengamos una epidemia de cólera nuevamente.

(E7, entrevista personal, 30 de agosto de 2017)

Observamos cómo la noción de “nosotros/as” cambia, transitando a una posición diferente. Siguiendo a Brah (1987), la experiencia relacional contextualizada e históricamente determinada, aparece entonces como “un espacio discursivo donde se inscriben, reiteran o repudian posiciones de sujeto, subjetividades diferentes y diferenciales” (p.122), siendo “la «experiencia» (...) un proceso de significación que constituye la misma condición de posibilidad de la constitución de lo que llamamos «realidad» (p.122). En este caso, la utilización de los términos “nuestra población” y “aquí”, junto con la alusión a los perjuicios que puedan generar las costumbres de manejo de alimentos, resitúan al “extranjero” como una posible amenaza vital para la salud de la población nacional. Se produce así un juego de superposición discursiva, en donde la inscripción experiencial/subjetiva la conecta, desde lo vivencial, con la experiencia migratoria de los/las pacientes. Pero, a su vez, en la experiencia relacional contextualizada desde su inscripción experta como prestadora de servicios en salud de la red pública, se despiertan inquietudes respecto a la masiva llegada de migrantes al país desde lo sanitario, dejando entrever discursos en los que el extranjero aparece como una amenaza, desde su inscripción objetivable como en salud (“(...)también me chocan cosas. Por ejemplo, el hecho de ver muchas fritanguerías en las calles (...) “Y eso me preocupa, me preocupa en el sentido de que nuestra población vaya a ser afectada por enfermedades infectocontagiosas de origen gastrointestinal”).

5.2 Las construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental en la red de salud

Sin embargo, independiente de que el posicionamiento subjetivo de los/las profesionales en relación a los/las pacientes migrantes no sea uniforme ni estático, es necesario reconocer que éstos/as ocupan una posición privilegiada que atañe tanto a la función profesional que ocupan dentro de la red pública de servicios, como en relación a otras disparidades jerárquicas y desigualdades estructurales asociadas a los procesos migratorios en nuestro país. Observamos entonces, cómo la construcción del sujeto migrante es significada por los/las profesionales tratantes desde discursos distintivos, cada uno de los cuales tiene efectos concretos sobre las prácticas de intervención en salud mental.

5.2.1 Construcciones del/de la paciente migrante desde la carencia de recursos

El análisis de los discursos de los/las profesionales, va mostrando un tipo de construcción del sujeto migrante, desde la precariedad de sus condiciones de vida, asociadas a la pobreza y la marginalidad laboral y social. Veamos a continuación.

Trabajan en servicios↑ principalmente, señoras que trabajan en, como empleadas de casa particular:: o::, em, servicios como restaurantes, fuentes de soda, estos servicios de comida rápida (...). O sea aquí fácilmente pueden arrendarse una pieza por 150, 180 >mil pesos<, una pieza, paupérrima ¿cierto? compartida. Eh, me imagino que piezas oscuras, sin ventilación, después de trabajar todo el día, con desconocimientos muchas veces de, de cómo es el sistema (...). O sea, más dificultades externas, o sea problemas de salud MENTAL propiamente tal, por ejemplo, de todas las personas que he visto, >no sé si te fijaste en la oficina que saludé<, ya, es LA persona que tiene un problema psiquiátrico↑, ¿ya? tiene un trastorno delirante no tiene na' que ver con su situación de migración. El resto de las personas es como... contextuales.

(E1, entrevista personal, 8 de junio de 2016)

La profesional entrevistada alude, en primera instancia, a un tipo de inserción laboral en las mujeres que consultan, específicamente en el segmento de los servicios. Desde la mención a este particular segmento laboral, continúa señalando condiciones extremadamente precarias de vivienda, mas bien pobrísimas (“(...) una pieza, paupérrima ¿cierto? compartida”). Apoyándose recursos retóricos, utilizados para dar énfasis a la idea de precariedad y de carencia (“Eh, me imagino que piezas oscuras, sin ventilación después de trabajar todo el día, con desconocimientos muchas veces de, de cómo es el sistema (...)”). Lo interesante de observar, es la relación que la entrevistada establece entre las múltiples carencias y los problemas en salud mental en esta población, cuyo malestar aparecería como en directa relación a los elementos contextuales negativos vinculados, manifiestamente, con la experiencia migratoria.

Este tipo de construcción puede conllevar dos riesgos potenciales. Primero, el invisibilizar otro tipo de recursos en los sujetos, los cuales podrían resultar movilizados en el ámbito de intervención en la salud mental, como por ejemplo, recursos de tipo personales, familiares, comunitarios, sociales, políticos, pero también de agencia. Segundo, instalar una construcción más bien monológica, que condensaría al/la migrante en una posición carente y problemática. Observemos el siguiente fragmento.

Era que esta mamá, claro, consultaba porque ↓había que consultar pero además era como tener a la niña pegada a ella en toda la jornada como laboral de ↑ella, que era este tema de la junta de vecinos y no era tan importante pa' ella que esta niña se escolarizara ni siquiera ella consultó por ella, fue porque la jefatura la envió a este programa porque la jefatura la empezó a ver un poquito::, como que llegaba con los ojitos hinchados porque lloraba mucho, porque de repente le hablaban y le preguntaban cómo estaba y decía "↓perdón pero no quiero hablar... y por esas cosas la derivaron. Lo que me ha tocado ver es que hay un otro, en el caso de los extranjeros, que piden ayuda, es el colegio, es la atención primaria, es la jefatura, la profesora, la auxiliar de patio, si no tal vez no llegarían.

(E16, entrevista personal, 8 de junio de 2017)

La profesional comienza señalando el proceso a través del cual la paciente llega a consultar en salud mental, enfatizando que no ha sido por iniciativa propia, sino más bien por la iniciativa ajena, en este caso de la jefatura, quien habría identificado el malestar de la paciente y realizando la derivación a atención especializada. Hacia al final del fragmento realiza una operación de generalización de su planteamiento a “todos los extranjeros”, señalando que si no hubiera “un otro” que pidiera ayuda por ellos, “(...) tal vez no llegarían” a consultar en salud mental. Observamos entonces que la construcción del sujeto migrante desde la carencia, no aludiría estrictamente a lo económico, sino también podría sugerir la insuficiencia de recursos para identificar el (propio) malestar y concurrir a los servicios.

En esta construcción, es interesante detenernos en quienes son estos “otros”, capaces de reconocer las dificultades de estos pacientes. No serían familiares, amigos/as o personas de la comunidad, sino profesionales o personas situadas en una posición jerárquica de preferencia quienes, estarían determinando además el tipo específico de ayuda que necesitarían “(...) es el colegio, es la atención primaria, es la jefatura, la profesora, la auxiliar de patio, ...”). Lo anterior tiene como efecto la significación de dichos pacientes en una posición desprovista, más bien pasiva. La significación desde esta posición provoca tensiones con el discurso del Modelo de Atención Integral en Salud establecido (Ministerio de Salud, 2005), modelo en el cual, tanto los sujetos como la comunidad, son entendidos desde un rol activo en la toma de decisiones relativas a la atención en salud.

5.2.2 Una máquina bien rodada: construcciones del/de la paciente migrante desde la normativización y el control

Por su parte, la institucionalidad en salud establece una serie de prácticas que estructuran y normativizan las atenciones, sustentadas por el modelo de atención, el cual regiría el accionar de los/las profesionales a través de un sistema que tendería a negar la existencia de cualquier trato diferencial, con tratamiento de los vínculos de tipo universalista (Higham, 1993).

Otro soporte discursivo de las prácticas de normativización en salud mental, son los sucesivos Planes Nacionales en Salud Mental y Psiquiatría en rigor hasta octubre del año

2017 (Ministerio de Salud, 2000). Como fue abordado en detalle en el segundo capítulo, estos planes se han apoyado en un conjunto de saberes (Lascoumes, 2004) relativos a la psiquiatría y a la psicología, configurando un robusto aparataje de gubernamentalidad. Con una orientación asimilacionista, anclado en una noción normativa de la salud mental, los Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría han estado regulando por más de veinte años la conducción de conductas clínicas en nuestro país a través de intervenciones “de ajuste”, las cuales se hacen figura en los discursos normativos en salud mental para con pacientes migrantes.

Esta racionalidad de gobierno, repercutiría también en la relación de los/las migrantes con la red de salud como sistema, ya que la “integración” en el ámbito de la salud mental, sólo podría ser expresada a través de la negación de la diferencia cultural en el otro/a, promoviendo procesos de subjetivación normativizados en dichos pacientes a través de la propia intervención clínica.

En este contexto, la noción de adaptación a la cultura institucional del/la migrante en el discurso de algunos/as profesionales, aludiría a la asimilación de las normas de funcionamiento tanto de la red de salud como del país. Desde esta construcción, se le adjudicaría al sujeto la responsabilidad de comprender y adherir a la estructura de los servicios, pero también a la sociedad chilena. Observemos el siguiente fragmento.

A: Cuénteme, ¿qué intervención les resulta más adecuada con personas migrantes, en relación a personas no migrantes?

B: (0,3) Lo que yo trato de hacer, muchas veces, con la población inmigrante es tratar de, de, por un lado, utilizo mucho lo que es la psicoeducación. Les explico muchas veces a las mamás cómo↑ es el formato educativo acá en Chile, (0,1) qué es lo que se suele privilegiar, qué es lo que se suele apoyar. Les comento a ellos, por ejemplo, que el tema de la educación es un tema, que está, que Chile, es un, digamos, bastante normalizado y que, generalmente, en una serie de prácticas↑ que ellas pueden tener en Colombia, >que pueden ser súper cotidianas< acá en Chile esas prácticas suelen estar normalizadas↑. Entonces, les comento que, si el niño no va a clases, eso se va a detectar↑. Si el niño tiene mal rendimiento eso se va a detectar y se va a intervenir en ello (.). Que si su niño no está inscrito en el consultorio eso se va a detectar. Les comento que, si su hijo anda, digamos, sin ropa o anda desaseado, eso se va a detectar.

Les comento, digamos, que los chicos tienen que cumplir con ciertas condiciones. Por ejemplo, si usted va a un tribunal, el juez va a evaluar ciertos elementos, como que su hijo tenga una cama, como que su hijo tenga una cómoda, como que su hijo tenga todos sus cuadernos, tenga su ropa, esté abrigado, coma todos los días↑. (.) No hay una diferenciación, en ese sentido, entre un chileno y un colombiano, pero, >lo que hago la diferenciación, esencialmente, en el tema de la psicoeducación, respecto de estos elementos, más bien idiosincráticos y legales↓<

(E3, entrevista personal, 4 de julio de 2017)

Como observamos, el entrevistado refiere la utilización de la “psicoeducación” como una herramienta clínica, cuyo objetivo principal sería socializar al/la paciente migrante el tipo de funcionamiento idiosincrático y normativo chileno. Esto es interesante, ya que se significa la psicoeducación como un instrumento integración a la cultura nacional y a sus servicios, en pos de la incorporación de las formas de vida propias al país. Significada de esta manera en el marco de la entrega de servicios, la psicoeducación tiene como efecto el ejercicio de un tipo de control social del sujeto migrante, el cual ocurriría al interior del espacio clínico de atención en salud mental.

Avanzado el fragmento, el entrevistado integraría a la psicoeducación una significación de carácter punitivo, específicamente cuando señala las condiciones que el niño migrante debieran cumplir en Chile (“(...) si el niño no va a clases, eso se va a detectar↑. Si el niño tiene mal rendimiento eso se va a detectar y se va a intervenir en ello (.) Que si su niño no está inscrito en el consultorio eso se va a detectar. Les comento que, si su hijo anda, digamos, sin ropa o anda desaseado, eso se va a detectar.”). En este caso, podemos reconocer utilización del recurso psicoeducativo como la materialización un modo específico de ejercicio del poder (Lascoumes, 2004).

El conjunto de relaciones de poder y sus técnicas (Foucault, 1981), cuando ocurren al interior de una intervención clínica en salud mental, la convierten en un aparato de coerción y control social, que al ser ejercido por el/la profesional tratante en el espacio clínico, participa también en el proceso de subjetivación (Berlivet, 2013) de las personas migrantes como pacientes. Aparecen prácticas de normativización, de disciplinamiento y de control (Foucault, 2005), a través de discursos que actualizan la dominación, la normatividad y los valores, los cuales se despliegan en la intervención psicoeducativa (“si

usted va a un tribunal, el juez va a evaluar ciertos elementos”). Complementa la formulación anterior del entrevistado el siguiente fragmento.

A: Pero, en el fondo, en la búsqueda de (.) que la persona inmigrante se ajuste a la chilenidad↑

B: Sí↑, pero no a la informalidad, (0,1) más bien que se ajuste, más que a la chilenidad, que se ajuste a la legalidad, porque, como le digo, desde la población de inmigrante se visualiza, muchas veces, o se tienen costumbres que aquí en Chile están penadas. ¿Y para qué estamos con cosas? Usted está en Chile, entonces tiene que respetar estas reglas↓”. Entonces, eso, muchas veces, el tema de, de, de poder psicoeducarlos en torno a la legalidad chilena, para que no surjan más problemas de los que ya tienen↓.

(E3, entrevista personal, 4 de julio de 2017)

La referencia a la necesidad de “ajuste a la chilenidad”, de “ajuste a la legalidad”, junto con la advertencia respecto a “costumbres [de los/las migrantes] que aquí en Chile están penadas” y la declaración “Usted está en Chile, entonces tiene que respetar las reglas”, revela aparatajes de gubernamentalidad en ocurrencia dentro del espacio clínico de atención en salud mental, anclado en el establecimiento de relaciones verticales y prescriptivas, sustentadas en una institucionalidad estructurada de manera normativizadora.

Sin embargo, estos soportes de gobierno en las prácticas en salud mental, son tensionados por uno de los entrevistados de origen extranjero, quien se ve confrontado al control de un sistema que le resulta engorroso e incómodo. Como vemos en el siguiente fragmento.

Cuesta trabajo, si, toca adaptarse a eso, adaptarse a eso porque venir, es que tú tienes que... venir, tu vienes a Chile a trabajar y tienes que amoldarte a ese tipo de normas y reglas. Eh, por ejemplo, cuando uno data patologías y los protocolos tienden a ser muy:: cerrados esto, esto, esto y esto te limitan por ejemplo acá en la atención a usar otro equipo de alternativa. Tu podrías saber↑ que hay otras cosas, pero tienes que

limitarte a lo que, a lo que da el consultorio. Y en eso, he notado, por ejemplo, para ciertas patologías aquí mandan un protocolo que son GES, son estos medicamentos, esta es la canasta que hay y eso es lo que tiene derecho el paciente. Tú tienes que estar viendo eso de que, si no le funciona y de pronto necesita otra cosa, ↑no se la puedes ordenar. Primero porque no lo va a conseguir en el CESFAM, y segundo porque es muy costosa si es que necesita otra alternativa y el paciente no va a tener para comprarlo. Lo que pasa distinto en el sector privado que, si se dan otras alternativas, aquí es muy cuadrulado en eso.

(E18, entrevista personal, 21 de noviembre de 2017)

El uso del término “amoldarse”, implica un ajuste extremo de sus propias prácticas en salud al encuadre institucional y normativo de la red de servicios. En ese sentido, la afirmación “Tu podrías saber↑ que hay otras cosas, pero tienes que limitarte a lo que, a lo que da el consultorio (...)” es clave, ya que visibiliza a la red pública como una entidad “otra”, con su propia cultura, sustentada por un modelo de prestación de servicios el cual es significado como diferente y ajeno. Esta cita plantea la crítica a una oferta de servicios en salud mental que aparece como rígida, invariable y que causa presión en los/las profesionales como es el caso del entrevistado. Advertimos entonces cómo se estructura una oferta de servicios, que se convierte muchas veces en una camisa de fuerza que restringe y normativiza también a los/las profesionales tratantes, con efectos negativos en sus prácticas clínicas.

5.2.3 Nos cuesta entenderlos/nos: construcciones del/de la paciente migrante desde las diferencias idiomáticas

Se observan discursos en profesionales que señalan dificultades en la atención de personas migrantes debido a brechas idiomáticas, las cuales son relatadas desde la difícil posición del prestador de servicios. Considerando que para los/las profesionales el uso de la palabra es fundamental en la comprensión del malestar en salud mental, el desconocimiento del idioma de dichos pacientes constituye un escenario de atención que es significado de diferentes maneras.

El desconocimiento del idioma es significado por una de las entrevistadas como entorpeciendo el curso regular de la atención, produciendo además una interferencia con efectos en la relación profesional que ella (y su equipo) intenta(n) establecer con la madre y su hijo migrante, como vemos a continuación.

Llegaron muchos inmigrantes, un chiquitito de tres años (.) con una mamá jovencita que debe haber tenido...eran menos de veinticinco años, ponte que veinticuatro, eh, esa mujer hablaba cero, cero español, cero y consultaban con la educadora del jardín infantil y ¿cuál era el motivo de consulta? era la hi-per- pero, hiperactividad del niño, pero sin fin, querían que evaluaran si el niño tenía un trastorno del espectro autista o no. Eh, ↓mira, ↓con todo lo que nos costó que, la señora no nos entendía nada, eh, trataba de mostrar casi con dibujo un poco la preocupación de ella de que el niño era inquieto, le hacía los movimientos con las manos y de alguna manera nos entendimos.

(E16, entrevista personal, 8 de junio de 2017)

La entrevistada señala las dificultades al tener que atender a una paciente que no habla su idioma y los diversos intentos que realiza para darse a entender. Sin embargo, observamos que, aunque señala diversos intentos de acercamiento, la responsabilidad del desconocimiento idiomático (y por lo tanto de las posibilidades de intervención) es adjudicado a la paciente migrante.

Sin embargo el discurso de otra entrevistada revela un tránsito hacia una significación diferente, integrándose ella misma a la problematización de las dificultades idiomáticas a través de la noción de “comunicación”.

Em.... trato de que eh::: tratamos de que estemos a un mismo nivel comunicacional, o sea de preguntarle si es que me esta entendiendo, de que si le falta información, de que si no entiende por favor que me pregunte. De estar constantemente devolviendo y que ella me devuelva lo que entiende (...) Porque se nota, se nota cuando no, no te entienden, no te siguen o lo mismo yo poh’ , cuando me dicen oye me voy a tomar una

pasta, ¿que es pasta? (.) ¡pasta po! (.) Pero para ellos es una pastilla, entonces cosas tan simples, que de repente se hacen como tan complicadas.

(E2, entrevista personal, 8 de junio de 2016)

Aun cuando, en parte, se le adjudica nuevamente al/la paciente la dificultad idiomática (“preguntarle si es que me esta entendiendo, de que si le falta información, de que si no entiende por favor que me pregunte.”), aparecen ciertos matices. En este caso, la profesional alcanza a interrogarse acerca de su propia comprensión de lo que el/la paciente le señala (“cuando me dicen oye me voy a tomar una pasta, ¿que es pasta? (.) ¡pasta po! (.) Pero para ellos es una pastilla”). En otras palabras, aunque puedan adjudicársele al sujeto migrante las dificultades idiomáticas, de alguna manera esta profesional se ven exigida a movilizar diversos recursos para lograr establecer la comunicación, necesaria para entrar en relación con estos/as pacientes (“mismo nivel comunicacional”). Como vemos en el siguiente fragmento.

(...) En cuanto a la forma de hablar a veces no te entienden a pesar de que hablan el mismo español↑, es como por la vocalización o por los términos↑ que usan los, algunos términos que tienen que ver con la parte chilena que... por ejemplo, en Colombia uno de los, no sé como la palabra la guata↑ o los pollos, o el gallo. Entonces en este contexto que es un, un, un, una población más deprimida que tratan de usar más ese tipo de palabras eh, coloquiales entonces es como más difícil. Entonces ↑la primera vez que yo estaba aquí, por ejemplo, "no que me duele la guata, que el niño tiene pollos" que... ↑yo no lo entendía casi que era lo que me quería decir pues. Entonces el paciente debe notar↑ eso y en algún momento debe frustrarle de que él esté expresando alguna sintomatología por la cual viene a consultar y tú no le entiendes.

(E18, entrevista personal, 21 de noviembre de 2017)

La significación de las dificultades idiomáticas como dificultades mutuas de comunicación se observan más claramente en este último fragmento, en donde el médico entrevistado señala “a veces no te entienden a pesar de que hablan el mismo español (...)”,

pero hacia el final recalca “debe frustrarle de que él esté expresando alguna sintomatología por la cual viene a consultar y tú no le entiendes”. La percepción de las fallas en la comunicación aparecen como mutuas, así bien incomprensión, significada desde la dificultad que se genera en ambas partes (“↑yo no lo entendía casi que era lo que me quería decir pues. Entonces el paciente debe notar↑ eso y en algún momento debe frustrarle de que él esté expresando alguna sintomatología por la cual viene a consultar y tú no le entiendes”).

5.2.4 El recurso a “la cultura”: construcciones del/de la paciente migrante como un sujeto culturizado y sus efectos en los procesos de subjetivación

La construcción de ciertas características como asociadas culturalmente, posicionan a algunos/as profesionales tratantes desde el desconocimiento del sujeto que aparece culturalmente ante ellos/as como distinto. Lo anterior, abre un espacio donde se infiltran prejuicios, generalizaciones y naturalizaciones de características -díganse culturales- asociadas al origen nacional de dichos sujetos.

Observamos cómo en los siguientes tres fragmentos se señalan indistintamente la pasividad de las peruanos/as (asociada además a limitaciones cognitivas), la religiosidad de los/las haitianos y la sexualización de las colombianas. Llama la atención también, cómo las características adjudicadas a distintos grupos de migrantes aparecen mencionadas de manera culturalmente esencializada, pero también generizada.

Con el tema...cultural↑ tal vez, ahora sí uno ve a:: mujeres peruanas con niños en otros contextos <son más pasivas, son como> más calladitas tal vez (...) llamaba mucho la atención la pasividad↑ de esta señora, es muy pasiva que desde afuera impresionaba como una discapacidad intelectual pero la vimos una vez y la segunda vez fue la educadora sola para decir que el medicamento sí había logrado (...).

(E16, entrevista personal, 8 de junio de 2017)

Tengo la impresión de que la cultura haitiana es muy distinta a la nuestra ¿sí?. Además me da la impresión de que es profundamente religiosa ¿sí? (...) Y no vai a

tocar, y hay que ser cuidadoso de no tocar temas ahí:: que no vayan a ser dificultosos digamos ¿no?, eh, o sea yo siempre me pregunto cómo entienden el vudú por ejemplo ¿sí?

(E6 entrevista personal, 31 de marzo de 2016)

(...) Una chica , ¿qué edad tenía? doce años, era preadolescente↓ eh, con el cuerpo de colombiana, o sea como más (.), con caderita y consultaban porque la molestaban mucho en el colegio, porque había habido como un acoso entre °sexual° con niños preadolescentes y la mamá consultaba por esto, porque la chica ya no quería ir al colegio (...). Eh, pero también había un tema de que ellas se habían venido a Chile (...) y la idea era formar acá una familia donde no recibieran malos, pero habían partido estos pseudo malos tratos a nivel escolar.

(E16, entrevista personal, 8 de junio de 2017)

En este último fragmento, es bastante revelador la utilización de recursos retóricos de mitigación, como la mención al acoso como de tipo “entre sexual” y los “pseudo malos tratos” a nivel escolar, que interroga el reconocimiento efectivo de lo que puede haber sido una situación abusiva a nivel escolar. Tijoux y Palominos (2016) reflexionan acerca de la racialización de la cual es objeto la población migrante afrocolombiana y su inscripción en matriz colonial, que data de la colonización europea en Latinoamérica. La autora y el autor definen las prácticas de racialización y sexualización como:

(...) el proceso de producción e inscripción en los cuerpos de marcas o estigmas sociales de carácter racial y sexual derivados del sistema colonial europeo y la conformación de identidades nacionales chilenas, en que determinados rasgos corporalizados son considerados jerárquicamente inferiores frente al “nosotros”, justificando distintas formas de violencia, desprecio, intolerancia, humillación y explotación en las que el racismo y el sexismo adquieren una dimensión práctica en la experiencia de las comunidades de inmigrantes en Chile (Tijoux y Palominos, 2016, p.250).

Esta matriz justificaría además la posición de subordinación que ocupan determinados grupos sociales, operando el color de la piel como uno de los ejes estructurantes de desigualdad (Stefoni y Stang, 2017). Siguiendo a Tijoux y Palominos (2016), resulta particularmente relevante en el uso del término “caderita” en el fragmento anterior. La elipsis, da por entendida la naturalización de un cuerpo constitutivamente sexualizado, el cual es asociado al origen nacional colombiano de manera naturalizada, pudiendo incluso adjudicarle al este cuerpo, la responsabilidad en el origen de dichos tratos abusivos ocurridos en el colegio. Observamos cómo la alusión a este cuerpo, es utilizado por la entrevistada como fundamentando la violencia y la humillación en forma de acoso y malos tratos. A su vez desestimando de que se trata de una púber de tan sólo doce años de edad.

Pero este “nosotros/as”, en la red de salud abre una brecha en la cual se incrusta la violencia racializada, enmascarada en un discurso puede aparecer irrisorio o burlón. La racialización, asociada además a la cultura, al género y a la clase, sitúan a la migrante en una posición de subordinación desde diversos ejes de estratificación, que se actualiza también en el espacio clínico en salud mental.

Si entre tallas nosotros a una persona del SOME le decía "bueno, ¿y usted qué color es?" y un señor dijo "soy negro" ((risas)) ¿cachai? Entonces era decirle son los cuatro sectores: amarillo, celeste, naranja y verde, dependiendo del sector donde viven. Qué no saben, la gente no sabe eso.

(E1, entrevista personal, 8 de junio de 2016)

Lo anterior, indudablemente despierta mi inquietud, como profesional tratante en salud mental de personas migrantes, respecto a los efectos que este tipo de discursos pueden provocar en la clínica con estos/as pacientes. La racialización del paciente migrante produce procesos de subjetivación desde posiciones desiguales, operando en una relación que afirma la posición de dominación del/la profesional y la sumisión de la persona

migrante. Y esta violencia atenta directamente contra el carácter terapéutico del espacio de atención en salud mental.

5.2.5 Las prácticas diagnósticas: construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental

Las prácticas diagnósticas aparecen como otro ámbito en que pueden surgir tensiones a la hora de realizar intervenciones en salud mental con migrantes. Como ya mencionamos, las dificultades de comunicación y la construcción del migrante como un otro cultural, en ocasiones esencializado, impacta el quehacer de los/las profesionales tratantes. Pero este impacto se formaliza en las prácticas del proceso diagnóstico.

En el análisis de las entrevistas, llama la atención que la formulación de los/las profesionales en relación al quehacer diagnóstico con migrantes emerge desde la propia experiencia (migratoria u otra) o desde apreciaciones levemente confusas o intuiciones, alejadas de cualquier referencia teórica que tenga relación ya sea con el fenómeno migratorio, o con el trabajo clínico con sujetos culturalmente diversos. Este conocimiento no forma parte de los discursos de los/las entrevistados/as. En otras palabras, no se observa manejo de algún bagaje teórico específico pertinente a la salud mental y las migraciones.

Lo interesante aquí de señalar es que la condición migratoria no sería integrada al proceso diagnóstico, proceso en el cual los/las profesionales se desenvuelven apelando principalmente a sus recursos clínicos, independiente del/la sujeto que consulta.

Estudios han reconocido cuatro variantes utilizadas para dilucidar el/los problema/as del/la paciente que consulta a través de la operación diagnóstica clínica o proceso diagnóstico. Para efectos analíticos, pondremos atención principalmente a los diagnósticos inductivo e hipotético (Corona Martínez y Fonseca Hernández, 2012), no como objeto de reflexión en sí mismo, sino más bien para ilustrar las operaciones mentales preponderantes utilizadas por los/las profesionales en salud mental, en el encuentro con el sujeto que consulta. De esta manera, podremos aproximarnos al diagnóstico como un proceso dinámico y complejo, que tiene una lógica particular, no cualquier lógica, y que sienta los pilares para lo que posteriormente significará la intervención.

Llamamos inducción al tipo de razonamiento que se orienta desde lo particular a lo general y deducción al razonamiento que se dirige desde lo general a lo particular. En salud mental, el diagnóstico se realiza a través de un proceso inductivo-deductivo, donde ambos procedimientos están presentes (Corona Martínez y Fonseca Hernández, 2012). En este encuentro entre el/la profesional tratante en salud mental y el sujeto que consulta, la primera operación realizada por el/la profesional es la construcción del consultante como un paciente -o no- en salud mental, a través de la recopilación de información y su interpretación por medio del razonamiento clínico inductivo-deductivo.

El siguiente fragmento que condensa bien operaciones que va realizando la profesional en el primer encuentro con el sujeto. Si ponemos atención al discurso de la entrevistada, observamos cómo a través de la operación diagnóstica se va construyendo a dicho sujeto como un “paciente en salud mental”. Es un fragmento extendido, pero bien vale la pena detenernos en él con atención, debido al detalle en su formulación.

Ya entonces señora empezamos a preguntarle "¿qué le pasa?" (0,2) A ver primero empezamos por el contexto global↑ (0,2) quiero decir lo que yo te estaba diciendo: nombre, edad, fecha de nacimiento, escolaridad, eres casada, tienes hijos, no tienes hijos, ocupación, en qué trabajas, etcétera. Después pasamos a datos como, por ejemplo, consumes alcohol o droga. Entonces me dicen sí, no, habitualmente, ocasionalmente, eh:: después podemos pasar a datos por ejemplo, ah tú eres hipertensa, diabética, hipotiroidea. Dime qué medicamentos, muéstrame tu carnet, de control. Y como a veces no se saben los medicamentos, pero están escritos en el carnet de control, ellos me pasan el carnet y yo los anoto en la historia clínica que nosotros tenemos. Entonces ahí vamos anotando ¡ah! está tomando atorvastatina, dostantan "¿Cómo te han hecho los medicamentos? bien, bien, no sé". Ya, después vamos a la familia, hacemos el genograma↑ o familiograma. Y ahí preguntamos↑ cómo son sus relaciones con su esposo, con su hija, con su hijo, con su::, si tiene nieto, etcétera. Cuántos viven juntos, qué problemas hay en la familia, cuál es el apoyo que el siente dentro de la familia, cómo se siente en su trabajo, cómo se siente en la comunidad, si participa o no participa en la comunidad. Y también lo asociamos con sus problemas patológicos personales, es decir, con las enfermedades que él tiene. A veces son enfermedades invalidantes ¿ya? Y ya posteriormente terminamos con la pesquisa de

síntomas y signos de enfermedad en salud mental y vamos haciendo el diagnóstico (...). No↑, no hay diferencias [entre sujetos migrantes y no migrantes].

(E7, entrevista personal, 30 de agosto de 2017)

Lo interesante aquí de señalar es que para la profesional tratante, dicho sujeto que consulta podría ser -o no- migrante, ya que la operación diagnóstica clínica sería la misma independiente de la condición de migrante del sujeto (“No↑, no hay diferencias”). En este sentido, la entrevistada no aparece como significando la experiencia migratoria en la operación diagnóstica, construyendo al sujeto como paciente en salud mental independiente de esta condición.

Es aquí donde vemos cómo la construcción del “sujeto como paciente en salud mental” prevalece por sobre la construcción del “sujeto migrante como paciente en salud mental”. Lo anterior puede aparecer como una sutileza, sin embargo no es tal, ya que cuando se excluye la condición migratoria de la construcción del sujeto como paciente en salud mental, se omite también la recolección de toda la información que dicha condición conlleva en el proceso diagnóstico como tal.

El no considerar la dimensión migratoria tiene efectos tanto en el curso del proceso diagnóstico y en la intervención pero, por sobre todo, en el proceso de subjetivación en dichos pacientes, quedando el/la paciente desposeído, en su significación, de todo que la migración implica en términos de proceso, pero también en términos de experiencia subjetiva tanto individual como colectiva.

Concretamente, la operación diagnóstica clínica llevada a cabo desde esta lógica discursiva, invisibiliza la noción de “diferencia” (Brah, 1987), evacuando el contexto particular sociohistórico, en una relación situacional que negaría al sujeto migrante, con consecuencias indudables en su proceso de subjetivación. Pero también podría suceder que los posicionamientos discursivos que sitúan al/la paciente migrante desde la normativización y el control, desde las dificultades mutuas de comunicación y/o desde su culturización, irrumpen en las prácticas diagnósticas permeando la construcción del sujeto migrante, impactando también el proceso de subjetivación de dicho paciente.

Observamos además, un tránsito discursivo interesante en profesionales que evocan la culturización y esencialización del paciente migrante en salud mental, como asociado al

riesgo de “sobre-diagnóstico” en presencia de manifestaciones culturalmente diversas con en los/las pacientes. Observemos el siguiente fragmento.

Eh: y eso a nosotros nos pasa, nos pasa que si vemos a una persona, un cubano o a lo mejor un colombiano, un venezolano (.) eh, su manera de *ser*, de relacionarse, de acercarse, de gestualizar, de hablar fuerte, eh (.) de tirar la talla, de ser chispeante, de cantar ((que lo hacen acá ¿no cierto?)) es llamativa para los nosotros entonces tenemos que estar bien atentos a no juntar los diagnósticos con enfermedades del ánimo porque si tú ves a un chileno haciendo lo mismo tú vas a decir "este gallo está maniaco" o al menos está hipomaniaco y hemos, y eso lo hemos ido entendiendo como equipo en los últimos años digamos de que efectivamente estos gallos SON MAS CHISPEANTES, SON MAS TALLEROS y tienden a tomarse un poco más, a ver, la entrevista que nosotros le hacemos, toman más la iniciativa que el chileno. Entonces, desde el punto de vista CULTURAL, esa diferencia que tiene que ver con los estilos, que tiene que ver finalmente con lo interpersonal eh:: (0,1) HAY que considerarla [la cultura] porque, si no la consideramos, estamos haciendo sobre-diagnóstico.

(E10, entrevista personal, 25 de mayo de 2017)

Este discurso evoca el riesgo de la confusión diagnóstica en pacientes migrantes culturalmente diversos. Es interesante observar como ciertos rasgos entendidos como “de extroversión”, en migrantes provenientes de Venezuela, Colombia o Cuba, son naturalizados . (“su manera de *ser*, de relacionarse, de acercarse, de gestualizar, de hablar fuerte, eh (.) de tirar la talla, de ser chispeante, de cantar (...)”; “estos gallos SON MAS CHISPEANTES, SON MAS TALLEROS”). Lo paradójico es que es justamente la naturalización de ciertos rasgos y la reducción del/la migrante a una esencia entendida como “cultural”, es lo que estaría siendo significado como cultural “un recurso” de incorporación de la diferencia (“esa diferencia”), para evitar el sobre-diagnóstico con dichos pacientes. Sin embargo, no alcanza a ser interrogada en la operación diagnóstica la significación propia de los/las migrantes acerca de su experiencia cultural, eludiendo de alguna manera el diálogo intercultural con dichos pacientes.

Otro de los recursos utilizados para reducir riesgos en la operación diagnóstica son la paciencia y la tolerancia a la incertidumbre, tal como es referido por una de las entrevistadas. En este sentido, los/las casos de pacientes migrantes son significados como suponiendo una dificultad adicional, ya que los/las profesionales se encontrarían muchas veces sin los suficientes antecedentes para realizar el diagnóstico (sean estos individuales, familiares, sociales). La paciencia y la tolerancia a la incertidumbre aparecen otorgando un espacio reflexivo, y hasta crítico, que favorecería la práctica diagnóstica con dichos pacientes. Al respecto emergen como

Sí, requiere paciencia, mucha paciencia, sí, sí y tolerancia, claro, la incertidumbre porque...bueno↑ eso yo encuentro que es menos diferente porque nosotros tenemos que tener tolerancia a la incertidumbre sobre todo los pacientes más resistentes o que van a tratamiento y que de repente uno sabe que tiene que hacer hasta aquí nomás. La diferencia que plantea esto es que eh, es hasta dónde hacer porque como [con pacientes chilenos/as] uno no tiene antecedentes para atrás muchas veces y si esto es nuevo [el no tener antecedentes], bueno, ¿no deberíamos esforzarnos un poquito más?

(E10, entrevista personal, 25 de mayo de 2017)

El fragmento anterior concluye con la interrogante que se hace a sí misma la entrevistada “¿no deberíamos esforzarnos un poquito más?”. Es justamente esta reflexión crítica la que se convierte posteriormente en el motor de respuestas de agencia en los/las profesionales, frente a un modelo de atención que no responde necesariamente a las necesidades de todos/as los/las pacientes por igual.

Otro interesante motor de agencia, observado en otra de las entrevistadas, es la reverberación afectiva que le provocan algunos casos de un caso de alta complejidad en pacientes migrantes.

A la calle, no tenemos idea↓, no tenemos idea si va a aparecer muerta debajo de un puente y nosotros no podemos °hacer nada°, °nada°, °nada°, °nada° (...) porque

°además° ella no tenía regularizado su pasaporte, entonces no tenía RUT, entonces no había cómo, no tenía por dónde, NADA (...) pero es que estaba trepando por las paredes, entonces ¿qué haces, cachai? bueno si uno apela a que si se mejora↑ tal vez podamos encontrar familia, tal vez ALGO ¿ya?

(E9, entrevista personal, 11 de mayo de 2017)

Observamos como la situación de desconocimiento del paradero de la paciente, asociado a un inminente riesgo vital, sumado a la condición migratoria irregular, la insuficiencia de redes, entre otros, despiertan impotencia, desesperación y angustia en la entrevistada. Son justamente estas emociones de alta intensidad, las que involucrarían a la profesional a nivel personal desde la empatía, repercutiendo en la necesidad de optimización de la operación diagnóstica, desde la agencia personal (“(...) bueno si uno apela a que si se mejora↑ tal vez podamos encontrar familia, tal vez ALGO ¿ya?”).

5.3 Respuestas de agencia y de resistencia y en los/las profesionales tratantes: la manifestación de “prácticas emergentes” dentro y fuera del espacio clínico

Es muy interesante observar la manifestación “prácticas emergentes” en el espacio clínico de atención con pacientes migrantes que, en estricto rigor, escapan de los discursos predominantes de la institucionalidad en salud mental. Por ejemplo, la entrega de información jurídica con respecto a las normativas vigentes en salud y migraciones, o respecto al acceso a ciertos servicios y derechos, entre otros, plantean discursos en los/las profesionales que se apartan de lo meramente clínico asistencial, hacia discursos de promoción del ejercicio de derechos y de ciudadanía de los/las migrantes consultantes. Esto marca una diferencia en relación a las prácticas con pacientes nacionales, las cuales tienden a restringirse al seguimiento de protocolos establecidos del ámbito clínico específico de la salud mental.

Estas “prácticas emergentes” revelan una resignificación del posicionamiento de los/las profesionales, que introduce variables relacionales y contingentes, pertinentes a la experiencia migratoria de los/las pacientes. La incorporación de estas acciones remite a

actos creativos que rebasan las restricciones de los discursos predominantes vehiculados en la institucionalidad en salud mental, como observamos en los siguientes fragmentos, los cuales condensan la apertura estas nuevas -y creativas- modalidades de intervención.

Estoy pensando, en una paciente que congolea y no usa ciertos colores porque tienen un significado mágico, religioso, negativo >en su religión de origen<, en el Congo, y se le respeta completamente eso y de hecho ella no toma ciertas pastillas porque son de cierto color. Entonces el tratante modifica el tratamiento, para que el color de las pastillas no sea un problema (...). Le damos sólo pastillas de color amarillo (0,2). Ella sólo acepta el color amarillo.

(E12, entrevista personal, 25 de mayo de 2017)

Estas prácticas emergentes, significadas desde la propia acción y capacidad de actuar de los/las profesionales, incorporan a la dimensión relacional con dichos pacientes, la contingencia social, económica y legislativa respecto a las migraciones, pero también el ámbito de las creencias de dichos pacientes (“Le damos sólo pastillas de color amarillo (0,2). Ella sólo acepta el color amarillo.”). Podemos entender estas prácticas como respuestas de agencia, que superan las demarcaciones del modelo de atención y de la estructura de los servicios.

Observamos además otras prácticas emergentes como respuestas de resistencia al poder, representado por los discursos predominantes en el modelo y en la institucionalidad en salud mental, como vemos a continuación.

Bueno yo le digo a ver, eh, si tú no quieres tomar pastillas, bueno toma agua de melisa, prepárate agua de:, de manzanilla (...). En salud mental utilizamos la melisa, la pasiflora, utilizamos las flores de Bach, que ya es algo más inglés, que a los chilenos a lo mejor les gusta más ((risas)) ¿me entiendes? Eh, utilizamos esa, utilizamos Reiki (...). Entonces ya cuando no los podemos arreglar de la cabeza, decimos necesitamos ayuda de la medicina alternativa.

(E7, entrevista personal, 30 de agosto de 2017)

La entrevistada propone a sus pacientes diversas modalidades de tratamiento alternativos para el alivio de la sintomatología. La indicación de terapias con hierbas y energéticas (flores de Bach o Reiki), pueden ser entendidas como respuestas de resistencia a la terapéutica farmacológica tradicional, vinculada al modelo y a la institucionalidad psiquiátrica de atención en salud mental.

En síntesis, si planteamos la configuración de los discursos de los/las profesionales en términos de modalidades discursivas plurales, también podemos proponer una gran movilidad en dichos profesionales, tanto en los procesos de agencia y de resistencia, como en los procesos de dominación y subordinación en su relación a la estructura y modelo de entrega de servicios. En esta línea Brah (1987) plantea:

Pensar la experiencia y la formación del sujeto como procesos es reformular la cuestión de la «agencia». El «yo» y el «nosotras» que actúa no desaparece, lo que desaparece es la noción de que esas categorías son entidades unificadas, fijadas, preexistentes, más que modalidades de multilocalidad marcadas de continuo por las prácticas culturales y políticas cotidianas (p.122).

En este ese sentido, la alta complejidad de algunos casos, aparece como un escenario relacional histórico y contextual que provoca un posicionamiento y reposicionamiento de los/las profesionales, desde las prácticas clínicas cotidianas con dichos pacientes. El surgimiento de prácticas emergentes, amplían significativamente los recursos clínicos en la intervención como respuestas de agencia y de resistencia en dichos profesionales respecto a las insuficiencias frente al modelo de atención y a la estructura de los servicios en salud mental, para dar respuesta a las problemáticas presentadas en casos de alta complejidad en pacientes migrantes.

CAPÍTULO VI

6**CONCLUSIONES**

El análisis de las construcciones discursivas de los/las profesionales tratantes en salud mental de la red pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta, permite abrir algunos ejes reflexivos acerca de las prácticas clínicas con personas migrantes, los cuales se desprenden de los hallazgos del presente estudio.

El primer eje reflexivo refiere a la relevancia del posicionamiento discursivo como soporte de autoridad de los/las profesionales tratantes. La utilización del posicionamiento discursivo “experto” puede ser entendido como un soporte que permite vehicular eficazmente un conjunto de teorías, técnicas y prácticas que aparecen ante el interlocutor como “verdades”, las cuales estarían sustentadas también en el modelo de atención en salud mental. Son justamente estas verdades, las que comienzan a ser interrogadas en la clínica con pacientes migrantes que aparecen como culturalmente diferentes, despertando tensiones acerca del propio quehacer clínico en los/las profesionales, pero también acerca de la pertinencia de sus saberes y de los modelos de atención ampliamente utilizados.

Es justamente esta percepción de inadecuación para abordar la dimensión cultural, la que conduce a ciertos/as profesionales a rehuir el interrogar construcciones de índole cultural en diversos escenarios clínicos con pacientes migrantes. En concordancia con lo planteado por Erica Burman (2002) y su noción de “ansiedad de raza”, el temor de los/las profesionales a ser culturalmente inadecuados/as cuando intervienen con sujetos culturalmente diferentes, provocaría respuestas de evitación de dichos contenidos en el espacio clínico. Como respuesta paradójica, esta evitación promovería la mantención de construcciones culturalmente esencialistas acerca de dichos/as pacientes en los/las profesionales involucrados, ya que no sería incorporada –ni interpelada- la cultura en las atenciones en salud mental con este colectivo.

El segundo eje reflexivo tiene que ver con las construcciones del sujeto migrante como paciente en salud mental en la red de salud. Observamos que independiente de que el posicionamiento de los/las profesionales en relación a dichos/as pacientes no sea uniforme

ni estático, la posición de privilegio de los primeros respecto de los segundos revela, además de la disparidad jerárquica debido a la función que ocupan dentro de la red, otras desigualdades estructurales asociadas a los procesos migratorios en nuestro país, particularmente en el marco de la red pública. Es justamente desde estas disparidades y desigualdades, que pueden derivar, a su vez, dinámicas de poder y de control disciplinario de la producción discursiva (Foucault, 2005) en el marco de las intervenciones en salud mental y en la red de servicios, pero también respuestas de agencia y de resistencia en los/las profesionales tratantes respecto a la institucionalidad y sus modelos, que son significados como insuficientes para dar respuesta a las problemáticas en salud mental de esta población.

Al respecto, se observan diversos discursos acerca de los/las migrantes como pacientes en salud mental. Uno de ellos refiere a las construcciones del paciente desde carencia. El riesgo de este tipo de construcciones apelaría a la homogenización de dicha población, ocupando una posición sufriente, significada como desprovista y problemática. Además, del despojamiento del sujeto migrante de otro tipo de recursos -que serían potencialmente utilizables como herramientas en el trabajo en salud mental-, la incorporación de la percepción de carencia en dichos pacientes los significa desde la minimización, al punto de no ser suficientemente capaces para identificar su propio malestar en salud mental y de buscar ayuda de manera independiente o autónoma en la red de atención. Esto es interesante, ya que concuerda con lo señalado por Montenegro et al., (2011) y por Galaz y Montenegro (2015) a raíz de los estudios de la migración transnacional femenina en Europa, particularmente en el contexto español, en cuanto a la significación de las mujeres migrantes usuarias de servicios de intervención social desde capacidades insuficientes o incluso desde la “incapacidad”.

Junto a lo anterior, se observan construcciones del/la paciente migrante desde la normativización y el control. En este contexto, la noción de adaptación a la cultura institucional del/la migrante en el discurso de algunos/as profesionales aludiría a la necesidad de aprendizaje de las normas de funcionamiento de la red de salud, pero también de aspectos culturales e idiosincráticos propios del país de llegada. Es así como estos discursos le adjudican al sujeto migrante la responsabilidad de comprender y adherirse a la estructura de los servicios, pero también a la sociedad chilena. Las intervenciones de

“psicoeducación” realizadas al interior del espacio clínico, son significadas desde este polo discursivo, como una herramienta que reforzaría el proceso de integración, entendido más bien desde una lógica de asimilación cultural y social de los sujetos. Es interesante observar la ocurrencia de estos procesos en el espacio clínico de salud mental, en donde el sistema, significado por los/las profesionales tratantes como rígido, estratificado, y por sobre todo, precarizado, determinaría aspectos de sus labores y quehaceres, estableciendo procedimientos que aparecerían como regulares y uniformes para todos/as los/las usuarios/as.

Es así como la oferta de servicios que aparecen como rígidos y normativizados, se convierten en el sustento discursivo de prácticas de gobierno y de control social en salud mental. Esto es interesante y revelador, ya que concuerda con los principios ideológicos normativos que sustentan las atenciones, como el Modelo de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud, 2005) y los Planes Nacionales en Salud Mental y Psiquiatría vigente hasta octubre del año 2017 (Ministerio de Salud, 2000). Es así como en el caso de la clínica en salud mental en la red pública chilena, observamos la manera en que el aparataje de gubernamentalidad tiende a instalarse en la relación entre profesionales y usuarios/as migrantes en el marco de relaciones que tienden a ser significadas como verticales y prescriptivas.

Las construcciones del/la paciente migrante desde las dificultades idiomáticas y las diferencias culturales, son significados como aspectos que dificultan la prestación adecuada de los servicios. Al respecto, visualizamos que los discursos de los/las profesionales tratantes adjudican la responsabilidad de dicha dificultad idiomática y/o cultural a los/las pacientes migrantes. Sin embargo, esta posición discursiva es tensionada por posiciones matizadas que significan estas dificultades desde aspectos más bien comunicacionales, significándolas más bien como dificultades “mutuas” de comunicación.

A su vez, las diferencias de tipo cultural también producirían algún grado de incertidumbre en los/las profesionales. En ese sentido, se construye al paciente migrante como un sujeto culturalizado, con efectos en los procesos de subjetivación que se producen en el espacio clínico, como por ejemplo la intersección de la cultura con otras dimensiones de estratificación, como lo son el género, la raza y la clase (Roth, 2013). Coincidimos nuevamente con Burman (2006) quien señala que unos de los efectos concretos de la

“ansiedad de raza”, es que se priorizan cuestiones relativas cultura en desmedro del género, desde un eje diferenciador centrado en aspectos culturales concebidos como estáticos.

En este sentido, la integración de herramientas de comunicación intercultural (Fernández Salvador, 2000), podrían ser un gran aporte para el mejoramiento de las atenciones llevadas a cabo por profesionales tratantes quienes conciben el trabajo clínico con migrantes desde las dificultades idiomáticas y culturales. Desde hace ya algunas décadas, la competencia de comunicación intercultural es uno de los conceptos fundamentales en los estudios temáticos de la comunicación intercultural (Chen, 2010; Chen y Starosta, 1996; Dai y Chen, 2014)²⁹, e implica la habilidad para negociar significados culturales y actuar de manera eficaz comunicativamente, de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes (Chen y Starosta, 1996). En salud mental, la competencia intercultural entiende la atención como “un diálogo entre interpretaciones de la realidad, entre el clínico y el paciente, entre el conocimiento psiquiátrico y las representaciones locales, entre la cultura profesional y la cultura local” (Martínez-Hernández, 2006, p. 2278). Esto es interesante ya que la atención en salud es concebida como un diálogo entre sujetos culturales e interpretaciones de la realidad. Por lo mismo, la atención a usuarios/as de culturas diferentes implicaría un acercamiento y una comprensión a un universo de significados diversos , entre otros, y no exclusivamente a los procesos de salud, de enfermedad y de sanación (Morón Nozaleda, Muñoz San José, Cebolla Lorenzo y Fernández Liria, 2011). Es así como el desarrollo de competencias de comunicación intercultural por parte de los/las profesionales tratantes en salud mental de la red pública, podría significar un recurso valioso en términos de disminuir los temores a ser culturalmente inadecuados/as, cuando intervienen con sujetos culturalmente diferentes. Esto permite a su vez, interrogar, problematizar -y potencialmente deconstruir- nociones culturalistas que operan en el espacio clínico de la atención.

Un tercer eje reflexivo corresponde a las operaciones diagnósticas clínicas. Las operaciones llevadas a cabo desde la construcción del sujeto que evacúan el contexto sociohistórico planteado por Brah (1987). Estos significados penetrarían las prácticas

²⁹ Revisando el desarrollo histórico del concepto, Dai y Chan (2014) señalan que la mayoría de los modelos en competencias comunicacionales interculturales han sido desarrollados por académicos Norteamericanos y Europeos, por lo que deberían evidenciarse las limitaciones del paradigma eurocéntrico en dichos modelos. Además es relevante considerar que cualquier estudio referente a comunicación intercultural, tendrá el sesgo cultural de quien lo realiza.

diagnósticas, negando la relación situacional, también con consecuencias indudables en los procesos de subjetivación de dichos pacientes. Desde esta figura, se esgrime la acción del sujeto como una entidad sujeta al discurso y a las instituciones, más que el lugar de autonomía y sustrato de la acción (Ema, 2004).

Sin embargo, en los casos clínicos denominados como los “más graves”, esta concepción rígida del modelo de atención y de la oferta de servicios comienza a ser tensionada por discursos que problematizan la institucionalidad en salud mental. Lo anterior se observa en la clínica a partir de “prácticas emergentes” en casos de alta complejidad en pacientes migrantes. Estas prácticas resignifican el posicionamiento de los/las profesionales en el espacio clínico de atención que, en estricto rigor, escapa de los discursos normativos predominantes de la institucionalidad en salud mental. Esto es extremadamente relevante en los/las profesionales tratantes, ya que las construcciones de la diferencia serían variables, relacionales y contingentes (Brah, 1987), y la gravedad de los casos introduciría una contingencia que haría transitar a los/las profesionales hacia respuestas de agencia, e incluso resistencia, frente al modelo de atención y a la estructura de los servicios. Lo relevante aquí es que no es sólo problematizado el sujeto, sino también lo es la propia acción y la propia capacidad de actuar (Ema, 2004) desde los/las propios/as profesionales.

Foucault entiende que donde hay poder hay múltiples puntos de resistencia, presentes en todas partes en la red de poder (Foucault, 1976). En este caso, la red de poder se manifiesta en la institucionalidad, en salud mental en la cual los/las profesionales están insertos/as. Sin embargo, es importante comprender que las relaciones entre profesionales tratantes y pacientes migrantes no ocurren “en el aire”, sino que están situadas en un contexto específico y en una contingencia histórica determinada (Brah, 1987). Esto es fundamental en dos aspectos, primero ya que nos permite interrogarnos acerca de la posibilidad de movimiento de los/las profesionales en el espectro de las posiciones discursivas con personas migrantes Y es aquí es cuando el planteamiento aumenta en complejidad, ya que los discursos de los/las profesionales tratantes no serían lugares rígidos e invariables, sino más bien “tránsitos” complejos y multivariados, en modalidades discursivas plurales afectando, por lo tanto, los procesos diferenciadores y de construcción de la otredad. Propiciando, a su vez, la comprensión de procesos dinámicos de dominación

y de subordinación, pero también los procesos de agencia y de resistencia de los sujetos al interior de la relación.

Lo anterior tiene especial relevancia, ya que el desarrollo actual en la materia en nuestro país aborda la salud y las migraciones desde estudios en su mayoría de tipo descriptivo, circunscritos a la caracterización de grupos poblacionales específicos. Específicamente en salud mental, las iniciativas se han centrado principalmente en una caracterización psicosocial y generalista de dicha población. En este contexto, la comprensión los discursos de los/as tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la red pública, entendiendo los discursos en tanto productores de prácticas situadas y a las intervenciones en salud mental en la red pública como instrumentos de gobierno, permite entender cómo ciertos contextos relacionales e históricos impregnan los significados del/la paciente migrante en los/las profesionales tratantes en salud mental. Los hallazgos plantean además, la existencia de dinámicas discursivas en dichos profesionales, las cuales serían expresadas a través de prácticas y accionares técnicos, con efectos en la clínica con usuarios y usuarias pertenecientes a este colectivo, ofreciendo herramientas analíticas en cuanto a la intervención especializada con población migrante. Comprendiendo, a su vez, que los discursos de los/las profesionales tratantes no serían lugares rígidos e invariables, sino más bien “tránsitos” complejos y multivariados, en modalidades discursivas plurales, afectando procesos diferenciadores y de construcción de la otredad. Propiciando, a su vez, procesos dinámicos de dominación y de subordinación, pero también de agencia y de resistencia de los sujetos al interior de la relación, en el espacio clínico de atención en salud mental.

Es así como esta investigación realiza un aporte disciplinario crítico desde la psicología social hacia la línea de estudios de la salud mental y las migraciones, desde el análisis de las prácticas de intervención en salud mental, contextual e históricamente situadas, hacia un espacio disciplinario muchas veces circunscrito al análisis clínico.

Sumado a los anterior, la realización de este estudio significa un aporte técnico y pragmático, en cuanto a la posibilidad de mejorar los programas de intervención en salud mental dirigidos a migrantes, respondiendo, a través de la producción de conocimiento científicos en el área. Por último, y complementario a la contribución recién señalada, la investigación es un aporte al desarrollo de las políticas públicas vinculadas a la salud

mental y las migraciones, desde una perspectiva de derechos que considere a esta población tanto en la prestación como en la provisión específicas de servicios en salud mental en la red.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva trans-cultural*. Barcelona: Mayo.
- 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*, 5(21), 39-53.
- Adams, S., y Janover, M. (2009). Introduction: Theorising the intercultural, *Journal of intercultural studies*, 30(3), 227-231. doi: 10.1080/07256860903003542
- Alonso Salgado, C., Miguel Vicente, C., Castillo Charfolet, A., Moñivas Lázaro A., Castañera Rodríguez, L. y Gómez González, M.A. (2015). *Trabajo Social y Psiquiatría transcultural en salud mental: aplicación de casos comparativos Madrid-Piura* (ISBN Digital 978-84-608-5517-0). Recuperado del sitio de Internet de la Universidad Complutense de Madrid, Repositorio de producción académica <https://eprints.ucm.es/36491/1/Trabajo%20Social%20y%20Psiquiatr%C3%ADa%20transcultural%20en%20salud%20mental%202015.pdf>
- Alvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa: Fundamentos y Metodología*. México: Editorial Paidós Educador.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Frank, R., y Lewis, G. (2006). Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *American Journal of Public Health*, 96(1), 109-113. doi: 10.2105/AJPH.2004.055715
- Arteaga, E.L., San Sebastián, M. y Amores, A. (2012). Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde em Debate*, 36(94), 402-413.
- Becerra, M. (2016). Intervención en salud mental con inmigrantes: Construcciones discursivas y la producción de prácticas situadas. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 12(3), 309-315.
- Becerra, M. (2015). La acción comunicativa en el acontecer de la psicoterapia. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 11(2), 151-153.

- Becerra, M., Altimir, L. y Barrios, J.F (2014). *La experiencia de PRISMA: años 2008 a 2014 Desde los inicios como proyecto piloto hasta su consolidación como programa especializado de atención en salud mental para migrantes, solicitantes de asilo y refugiados*. Manuscrito inédito, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile.
- Becerra, M. y Altimir, L. (2013a). Salud mental y migración: el trabajo de PRISMA. *Revista Psicología Hoy Universidad Alberto Hurtado* (15), 2-3.
- Becerra, M. y Altimir, L. (2013b). Características y necesidades de las personas que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias*, 22(35), 101-118.
- Becerra, M., Altimir, L. y Solis, A. (2013). ¿Quién es el paciente migrante y cómo manifiesta su malestar? *Revista Psicología Hoy Universidad Alberto Hurtado* (15), 6-7.
- Becerra, M. y Altimir, L. (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En ACNUR, OIM y UNICEF (Eds.), *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos*. Santiago: Andros Impresores.
- Benavides, P., Castro, R. y Jones, I. (2013). *Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050*. Santiago: Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Recuperado de http://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf
- Berlivet, L. (2013). Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 4 (60-4/4 bis), 97-121.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. En A. Padilha (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Estados Unidos: Westview.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. (2003). Defining Cultural Competence: A practical framework for addressing racial/ ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 293-302.

- Berry, J. W. (1990) Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. En R.W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology* (pp. 232-253). California: Sage.
- Bresson, M. (2012). La psychologisation de l'intervention sociale: paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, 169, 68-75.
- Burman, E. (2003). From difference to intersectionality: challenges and resources. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 6(4), 293-308. doi: 10.1080/3642530410001665904
- Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K., & Gideon, J. (2012). Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-68>
- Cabieses, B. y Bustos, P. (2016). Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. En Báltica Cabieses, Margarita Bernales, Alexandra Obach, Víctor Pedrero (Ed.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A.M. (2017). Introducción y conceptos esenciales. En Báltica Cabieses, Margarita Bernales, Ana María McYntire (Ed.), *La migración internacional como determinante social en Chile: evidencias y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Chen, G.M. (2010). *A study of intercultural communication competence*. Hong Kong: China Review Academic Publishers.
- Chen, G. M. y Starosta, W. J. (1996). Intercultural communication competence: A synthesis. En B. Burleson (Ed.), *Communication yearbook 19* (pp. 353-383). UK: Cambridge Escolars. Recuperado de <https://www.cambridgescholars.com/download/sample/59177>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011). Marcos institucionales, normativos y de políticas sobre migración internacional en Argentina, Chile y Ecuador. En Jorge Martínez (Ed.), *Migración internacional en*

- América Latina y el Caribe Nuevas tendencias, nuevos enfoques* (pp. 126-159). Santiago: Naciones Unidas.
- Córdova Rivera, M.G. (2012). La construcción social del sujeto migrante en América Latina. Prácticas, representaciones y categorías. *Polis (Santiago)*, 11(31), 523-529. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682012000100027>
- Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales (2012). Refugiados en Chile análisis de la ley 20.430 y su reglamento. En *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2012*, (pp. 113-130). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En *Informe anual sobre derechos humanos en Chile* (pp. 187-221). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008). *Informe final (versión abreviada). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Recuperado desde <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f6ffda7e04001011f0164f3.pdf>
- Corona Martínez, L. y Fonseca Hernández, M. (2012). El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. *MediSur*, 10(1), 39-46. Recuperado desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1727-897X2012000100007ylnq=esytlng=es
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud (2014). *Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, Decreto No 71 del 14 de Abril de 2014*. Recuperado de http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011). Marcos institucionales, normativos y de políticas sobre migración internacional en Argentina, Chile y Ecuador. En Jorge Martínez (Ed.), *Migración internacional en América Latina y el Caribe Nuevas tendencias, nuevos enfoques* (pp. 126-159). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Constitución Política de la República de Chile (1980). Recuperado desde https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf
- Cuestas, F. (2011). Sobre locura y emigración en el mundo globalizado. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 21- 45. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/137/>
- Dai, X. y Chen, G.M. (2014): *Intercultural Communication Competence: Conceptualization and its Development in Cultural Contexts and Interactions*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Departamento de Extranjería y Migración (2016). Sección de Estadísticas Migratorias 2005-2015. Recuperado el 19 de julio de 2016 desde <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
- Departamento de Extranjería y Migración (2018). Recuperado el 23 de julio de 2016 desde <http://www.extranjeria.gob.cl>
- Demoscópica (2009). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Demoscópica S.A., Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Recuperado el 28 de julio de 2016 desde <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>
- Ema, J. E. (2004). Del sujeto a la agencia (a través de lo político). *Athenea Digital, Revista de pensamiento e investigación social*, (1)5, 1-24. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/537/53700501.pdf>
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2005). An Anthropological Hybrid: The Pragmatic Arrangement of Universalism and Culturalism in French Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 347-366. <https://doi.org/10.1177/1363461505055620>

- Fernández Salvador, C. (2000). *Diálogo intercultural. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología Aplicada*. Quito: Escuela de Antropología Aplicada, Universidad Politécnica Salesiana.
- Ferrao, V. M. (2013). Educación intercultural crítica: Construyendo caminos, En C. Walsh (Ed.) *Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir. Tomo I*. (pp. 145–161). Quito, Ecuador: Abya Yala.
- Fistetti, F. (2009). 18. Multiculturalisme, interculturalité, transculturalité (B. Barry, S. Benhabib, etc.). En *Théories du multiculturalisme* (pp.129-140). Paris: La découverte. Recuperado de www.cairn.info/theories-du-multiculturalisme--9782707158543-page-129.htm
- Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage. Recuperado de https://mycourses.aalto.fi/pluginfile.php/551900/mod_resource/content/0/Uwe_Flick_An_Introduction_to_Qualitative_Research.pdf
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I, La Volonté de savoir*. Paris: Gallimard. Recuperado de <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Bibliotheques-des-Histoires>
- Foucault, M. (1981). Entrevista realizada en una Universidad Católica de Lovaina. Francetv educación. Publicado el 9 de junio de 2012, actualizado el 4 de abril de 2015. Recuperado desde <http://education.francetv.fr/philosophie/terminale/video/michel-foucault-le-pouvoir-comme-gouvernementalite>
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits (1954-1988), tome II: 1970-1975*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1999). La gubernamentalidad. En Angel Cabilondo (Ed.), *Obras Esenciales, vol. III: estética, ética y hermética* (pp. 175-197). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2005). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Instituto de la Mujer (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Nuria Núñez y Carmen Torres. Recuperado el (indicar fecha), desde http://www.insmujer.cl/Estudio_Mujeres_migrantes.pdf

- Galaz, C., Becerra, M., Álvarez, C. y Hedrera, L. (2016). Intervención social con mujeres inmigradas en Chile: ¿asistencialismo y/o promoción social? *Revista Rumbos*, 11(14), 55-75.
- Galaz, C., Álvarez, C., Hedrera, L. y Becerra, M. M. (2017). Intervenciones psicosociales y sus efectos en la trayectoria de mujeres inmigradas en Chile. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-15. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY165.IPET>
- Galaz, C. y Montenegro, M. (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1667-1680. <http://dx.doi.org/Javeriana.upsy14-5.grie>
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2014). Culturally Inclusive Psychology from a Constructionist Standpoint. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(1), 95-107. doi: 10.1111/jtsb.12059
- Glick Schiller, N. y Salazar, N. B. (2014). Regimes of Mobility. Across the Globe, En Glick Schiller, N y Salazar, N. B. (Eds.), *Regimes of Mobility. Imaginaries and Relationalities of Power* (pp. 1-36). Nueva York: Routledge.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103. Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie29a04.PDF>.
- Gregorio Gil, C. (2009). Silvia, ¿quizás tenemos que dejar de hablar de género y migraciones? Transitando por el campo de los estudios migratorios. *Gazeta de Antropología*, 25(17). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/6863>
- Grinberg, S. (2007). Gubernamentalidad: estudios y perspectivas. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 95-110.

- Guerra, M. (2016). Atención de Inmigrantes Internacionales y sus Hijos en el Nivel Primario de Atención de Salud, en el marco del Sistema Chile Crece Contigo. Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Higham, J. (1993). Multiculturalism and universalism: A history and critique. *American Quarterly, Special issue on multiculturalism*, 45(2), 195-219. doi: 10.2307/2713251
- Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: Retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*, 40(1), 155-160.
- Íñiguez-Rueda, L. y Antaki, C (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.
- Íñiguez-Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención primaria*, 23(8). Recuperado de <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>
- Íñiguez-Rueda, L. (2003). *Análisis de discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
- Keinman, A. y Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676. doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- Lahoz, S. y Forns, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas*, 15(1), 157-168. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL15-ISSUE1- FULL- TEXT-613
- Lara, A. (2010). Dislocación, subjetividad y migración. *Castalia*, 12(18), 15-22. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2872/15-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique: Revue de Philosophie et de Sciences Humaines*, 13-14, 1-15. Recuperado de <https://journals.openedition.org/leportique/625>
- Lerín Piñon, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, 15-16, 111-125. doi: <https://doi.org/10.29340/16.1074>
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 28, 19-38.
- Lo Schiavo, L. (2014). Governance, Civil Society, Governmentality. The 'Foucauldian Moment' in the Globalization Debate: Theoretical Perspectives. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(13), 181-197.
- Martínez, J. (2007). Feminización de las migraciones en América Latina: discusiones y significados para políticas. Trabajo presentado en Conferencia Regional sobre Migración (CRM) (Ed.), *Memoria Seminario Mujer y Migración*. Recuperado desde http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/36563/JM_2007_FeminizacionMigracionesAL.pdf
- Martínez-Hernández, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cuadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2269-2280. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100002>.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Colectiva*, 17(3), 613-619.
- Mezzadra, S. (2008). *Estudios postcoloniales. Ensayos fundamentales*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Meza-Lopehandía, M. (2016). *Pueblos indígenas y Constitución*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones.
- Ministerio de Salud. Departamento de Programación (1989). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*, Subsecretaría de redes Asistenciales División de Atención Primaria y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Ministerio de Salud - Organización Panamericana de Salud (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud Familiar y comunitaria*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud (2014). *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS)*. Santiago: OPS/OMS
- Ministerio de Salud (2015). *Orientaciones técnicas Piloto de salud de inmigrantes. Superintendencia de Salud, Fondo Nacional de salud (FONASA)*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. Superintendencia de salud (2015). *Orientaciones técnicas Piloto de salud de inmigrantes*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones, Ilustre Municipalidad de Recoleta y Servicio de Salud Metropolitano Norte (2016). *II Jornada Nacional “Migración y Salud” 14 y 15 enero 2016. Evaluación Intermedia de Pilotos de Salud de Migrantes: Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Metropolitana. Comunas con Programa de Salud de Migrantes en APS: Copiapó, Valparaíso, Huechuraba, Independencia, Pedro Aguirre Cerda e Independencia, Quilicura y Conchalí*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. FONASA. Superintendencia de Salud (2017). *Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile (Borrador)*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención No 1*. Santiago de Chile: MINSAL.

- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>
- Montenegro, M., Galaz, C., Yufra, L., y Montenegro, K. (2011). Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea Digital. Revista de investigación y pensamiento social*, 11(2), 113-132. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/709/574>
- Montero, J., Rojas, P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y., & Scharager, J. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Revista Médica Chile*, 137(12), 1561–1568. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n12/art03.pdf>
- Mora, C. (2008). Globalización, género y migraciones. *Revista Polis*, 7(20), 285-297.
- Morón Nozaleda, M.G., Muñoz San José, A., Cebolla Lorenzo, S. y Fernández Liria, A. (2011). Consenso sobre acreditación de dispositivos de salud mental en competencia intercultural. *Norte de salud mental*, IX(39), 105-116
- Noy, S., & Voorend, K. (2016). Social Rights and Migrant Realities: Migration Policy Reform and Migrants' Access to Health Care in Costa Rica, Argentina, and Chile. *Journal of International Migration and Integration*, 17(2), 605–629. <https://doi.org/10.1007/s12134-015-0416-2>
- Núñez, L. (2008). Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile. Doctoral Thesis, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University. Recuperado de <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/13105/front.pdf?sequence=25>
- Núñez, L. (2010). Migrantes urbanos y los lenguajes del malestar. En OIM, OPS, MINSAL (Eds.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas* (pp. 159-177). Santiago: Biplano.
- Núñez, L. (2011). Necesidades de las Mujeres migrantes y la Oferta de Atención en Salud Reproductiva. Discrepancias y Distancias de una Relación no resuelta. En Carolina Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿mano de obra o*

- trabajadoras con derechos?* (pp. 9-273). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Obach, A., Cabieses, B., Chepo, M. y McIntyre, A.M. (2017). Estudio de caso: comuna de Antofagasta. En Báltica Cabieses, Margarita Bernales, Ana María McYntire (Eds.), *La migración internacional como determinante social en Chile: evidencias y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Olivares, O. (2015). Influencia de la participación y la identidad con el lugar en la actitud hacia el enfoque de salud comunitario e intercultural en funcionarios de atención primaria. Tesis de Magíster, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud de las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, USA: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHI/11/HA/01. Santiago: OPS/OMS. Recuperado del sitio web OPS <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
- Parada, M., Reyes, C., Cuevas, K., Ávila, A., López, P. y Carrasco, V. (2014). Transformaciones del sistema de salud público post reforma auge-ges en Valparaíso. *Revista Chilena Salud Pública*, 18(2), 127-139.
- Pemjeam, A. (1996). El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990–1996). *Cuadernos de Saúde Colectiva*, 37(2), 5-17.

- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Pujals, M. (2007/2009). *Enfoques dirigidos a mejorar la situación psicoeducativa de los inmigrantes. Master en Paidopsiquiatría, Bienio 2007-2009. Universidad Autónoma de Barcelona*. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_enfoques_dirigidos_mejorar_situacion psicoeducativa_inmigrantes.pdf
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World Systems Research*, VI(2), 342-386. <http://jwsr.pitt.edu/ojs/index.php/jwsr/article/viewFile/228/240>
- Quijano, A. (2009). Colonialidad del Poder y Des/colonialidad del Poder. Conferencia dictada en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Rascón Gasca, M.L., Hernández Durán, V., Casanova Rodas, L., Alcántara Chabelas, H. y Sampedro Santos, A. (2011). *Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Rey Anacona, C., Martínez Gómez, J., y Guerrero Rodríguez, S. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 27(1), 61-71.
- Rojas, G., Castro, A. y Fritsch, R. (2010). Salud mental de los inmigrantes en la comuna de Independencia, R.M. de Santiago, Chile: el caso del consultorio Dr. Agustín Cruz Melo. En Agar Corbinos, L., *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas* (pp. 115-129). Santiago de Chile: Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL.
- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*, 139(10), 1298-1304. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001000008>
- Rose, N., O'Malley, P., & Valverde, M. (2012). Gubernamentalidad. *Astrolabio*, (8), 113-152.
- Roth, J. (2013). Entangled inequalities as intersectionalities: Towards an epistemic sensibilization. *Working Paper*, (43). Recuperado

- de: www.desigualdades.net/bilder/Working_Paper/43_WP_Roth_Online.pdf?1367229865
- Roy, B. (2007). Altérité autochtone, En Cagnet, M., Montgomery, C. (dir.) *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Les Presses de l'Université Laval, Quebec: Canadá.
- Saavedra Solano, N., Gorn, S. B., & Reyes, J. G. (2016). Atención Primaria Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- Said, E. W. (1979). *Orientalism*. Nueva York: Vintage.
- Said, E. W. (2006). El último bastión contra la barbarie. En *Edward Said. Cinco artículos de Edward W. Said publicados en Le Monde Diplomatique (dos inéditos en Chile)* (pp. 21-31). Santiago de Chile: Editorial Aún Creemos en los Sueños.
- Sanders, H. & Belghiti-Mahut, S. (2011). La diversité dans l'Hexagone : Les usages français d'une notion américaine. *Humanisme et Entreprise*, 305(5), 21-36. doi:10.3917/hume.305.0021
- Santamaría, E. (2002). *La incógnita del extraño: una aproximación a la significación sociológica de la «inmigración no comunitaria»*. Barcelona: Anthropos.
- Santamaría, V. A. (2013). La crítica de Rousseau al concepto de civilización. *Nuevo Pensamiento. Revista de Filosofía del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Facultad de Filosofía de la Universidad del Salvador*, (3). Recuperado de: <http://www.editorialabiertaia.com/nuevopensamiento/index.php/nuevopensamiento/article/view/48>
- Schmitter, B. (1992). The future immigrant incorporation: Which models? Which concepts? *International migration review, Special issue: The new Europe and international migration*, 26(2), 623-645.
- Sin Fronteras (2017). *Salud mental y movilidad humana: 20 años de experiencia, reflexiones desde Sin Fronteras IAP*. CMDX: México. Recuperado el 10 de marzo de 2018 de: <https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2017/06/informe-sin-marcas.pdf>

- Sirlopú, D., Melipillán, R., Sánchez, A., y Valdés, C. (2014). ¿Malos para aceptar la diversidad? Predictores socio-demográficos y psicológicos de las actitudes hacia el multiculturalismo en Chile, *Psykhé*, 24(2), 1-13. doi:10.7764/psykhe.24.2.714
- Sisto, V. (2012). Análisis del discurso y psicología: A veinte años de la revolución discursiva. *Revista de psicología*, 21(1), 185-208.
- Sue, D.W. y Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Stang, F. (2016). De la Doctrina de la Seguridad Nacional a la gobernabilidad migratoria: la idea de seguridad en la normativa migratoria chilena, 1975-201. *Polis, Revista Latinoamericana*, 15(44), 83-107.
- Stefoni, C. (2009). Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile. En: María Elena Valenzuela y Claudia Mora (Eds.), *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 191-232). Santiago: Organización Internacional del Trabajo.
- Stefoni, C. (2011). Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. En Feldman-Bianco, Bela; Rivera, Liliana; Stefoni, Carolina y Villa, Marta (Comps.), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías* (pp.79-110). Ecuador: Creaimagen.
- Stefoni, C. (2011). *Perfil Migratorio de Chile*. Santiago: Organización Internacional para las Migraciones.
- Stang, F. y Stefoni, C. (2016). La microfísica de las fronteras. Criminalización, racialización y expulsabilidad de los migrantes colombianos en Antofagasta, Chile. *Astrolabio*, 17, 42–80.
- Stefoni, C. y Stang, F. (2017). La construcción del campo de estudios de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico, *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, 68, 109-129. Recuperado de: file:///C:/Users/cstefoni/Downloads/2477-9769- 1-PB.pdf
- Temores-Alcántara G., Infante C., Caballero M., Flores-Palacios F., y Santillanes-Allande N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 227–233.

- Tijoux, M.E. y Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, 42, 1-24.
- Unger, J.-P., De Paepe, P., Cantuarias, G. S., & Herrera, O. A. (2008). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *PLOS Medicine*, 5(4), e79. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050079>
- UNICEF (2012). *Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia*. La Paz: UNICEF.
- Valenzuela, M.G. (2015). Reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud de mujeres migrantes irregulares en Chile, Tesis de grado, Departamento de Derecho Público, Facultad de Derecho Universidad de Chile.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Van Der Laat, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. En Cabieses, B., Bernales, M., McYntire, A.M. (Eds.), *La migración internacional como determinante social en Chile: evidencias y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo. Recuperado de http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Vásquez-de Kartzow, R. (2009). Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Revista chilena de pediatría*, 80(2), 161-167. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200009>
- Vásquez-de Kartzow, R. (2010). Nuevos actores de la epidemiología en tiempos de globalización. En Lorenzo Agar (Ed.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas* (pp. 25-36). Santiago: OIM, OPS, MINSAL.
- Vásquez-de Kartzow, R. y Castillo-Durán, C. (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Revista chilena de pediatría*, 83(4), 366-370. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000400007>
- Vergara Estévez, J. y Elizalde, A. (2012). Descentramiento y nuevas miradas. *Revista Polis* 3, 1-10. Recuperado de <https://journals.openedition.org/polis/7632>

- Walsh, C. (2005). (Re)pensamiento crítico y (de)colonialidad. Introducción. En C. Walsh (Ed.), *Pensamiento crítico y matriz (de)colonial. Reflexiones latinoamericanas* (pp. 13-35). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar-Abya-Yala.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, Sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: UASB-Abya Yala. Recuperado de <http://clar.org/assets/interculturalidadestadosociedad.pdf>

ANEXOS



22-22/2017

INFORME DE EVALUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título	Intervención en salud mental con migrantes: construcciones discursivas y su efecto en las prácticas de los/as tratantes
Investigador(a) Responsable	Margarita María Becerra Lizana
Departamento	Departamento de Psicología
Adjudicado/ Presentado a:	Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto se fundamenta desde un contexto de progresivo aumento de la migración internacional, que, sumado al marco legislativo migratorio vigente y las características de la Red Pública de Salud en Chile, repercuten en cómo se insertan los/las migrantes a la red de salud. El desarrollo actual de la materia en nuestro país, aborda la salud y las migraciones con estudios en su mayoría de tipo descriptivo, circunscritos a grupos poblacionales específicos. En salud mental, las iniciativas se han centrado principalmente en la caracterización psicosocial de dicha población, constatándose la gran necesidad de contar con herramientas analíticas y técnicas para la intervención especializada con esta población. El objetivo de este estudio es comprender los significados de los/as tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la Red Pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta. Este estudio se orienta desde el marco teórico referencial de Michel Foucault, y los conceptos de discurso, poder y gubernamentalidad, entendiendo los discursos en tanto productores prácticas situadas y las intervenciones en salud mental en la Red Pública como instrumentos de gobierno. La metodología propuesta es de tipo cualitativa, la técnica de producción de datos es la realización de entrevistas, en su modalidad semi-estructurada y en formato individual. El análisis de los datos contempla la utilización del análisis del discurso.

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable (IR). Se han revisado los objetivos de la investigación, su marco

1



teórico y metodología, estimándose que el proyecto está bien fundamentado en dichos aspectos.

Se considera que el proyecto tiene valor científico y social, ya que aportará información relevante respecto las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la red pública chilena.

Se considera que el proyecto es de riesgo mínimo, al trabajar únicamente con profesionales de salud mental. A su vez, se estima que los temas considerados no serán sensibles para los participantes.

Con respecto a las medidas que se adoptarán para el resguardo de los datos, se destaca que toda la información se trabajará de forma confidencial y será conocida únicamente por la IR, y almacenada en su computador personal. A su vez, se destaca que en ningún momento los resultados del estudio permitirán identificar a alguno de los participantes de forma particular.

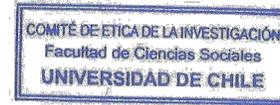
Sobre la devolución de resultados a los participantes, la IR compromete la entrega de una síntesis impresa de los resultados al terminar el estudio, además de invitar a los participantes a las instancias de difusión que se realicen en el marco del proyecto.

Se ha revisado el Formulario de Consentimiento Informado y se considera que está elaborado conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos. Se adjunta documento visado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con el proyecto, calificándolo como **aprobado**, dentro de las especificaciones del proyecto evaluado.

Prof. Dra. Marcela Ferrer Lues
Presidenta

Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Santiago, 7 de septiembre de 2017



Universidad de Chile
 Facultad de Ciencias Sociales
 Programa de Doctorado en Psicología



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación doctoral **“Intervención en salud mental con migrantes: construcciones discursivas y su efecto en las prácticas de los/as tratantes”**, desarrollado por la Ps. Margarita María Becerra Lizana como parte de las actividades conducentes a la obtención del grado de Doctor en Psicología, del Programa de Doctorado en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la Universidad de Chile. El propósito de este documento es ayudarlo a decidir si desea participar en la investigación accediendo a conceder una entrevista individual. La firma de este documento en dos ejemplares implica el acuerdo en participar.

Este estudio tiene por propósito comprender los significados de los/as tratantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental con migrantes en servicios de la Red Pública de las áreas norte y sur de la Región Metropolitana y de la Región de Antofagasta. Por este motivo, se solicita su participación en una entrevista, para dar a conocer su experiencia y puntos de vista. La entrevista tiene una duración estimada de una hora bajo la modalidad de una conversación guiada por preguntas relativas al tema de la investigación.

Asimismo, se solicita su autorización para que la conversación sea grabada en audio a modo de registro. Este registro será transcrito y tiene como finalidad facilitar el almacenamiento y el análisis de la información. Tanto la grabación, su transcripción así como sus datos personales, serán de carácter confidencial y sólo conocidos por la investigadora responsable. Su procesamiento será privilegiando el conocimiento compartido en función de los objetivos del proyecto, garantizando en la etapa de publicación de resultados la privacidad y la no identificación de quién ha participado, o emitido los juicios y opiniones. Con posterioridad, la información no publicada será archivada por la investigadora responsable y sólo podrá ser usada para fines de consulta por parte de la investigadora responsable, manteniendo la confidencialidad establecida y sin hacer pública dicha información. Toda la información asociada al estudio será almacenada en el computador personal de la investigadora responsable, a la cual sólo ella tendrá acceso.

Si lo estima conveniente, puede realizar todas las consultas que le parezcan pertinentes sobre la investigación, sobre el procedimiento de obtención, análisis y almacenamiento de la información y sobre cualquier aspecto que le resulte relevante. La participación en el proyecto es voluntaria por lo que usted podrá rechazar



Universidad de Chile
 Facultad de Ciencias Sociales
 Programa de Doctorado en Psicología



participar en la investigación o dar por concluida en cualquier momento su participación en la entrevista sin mediar explicación de causa. De la misma forma, en cualquier etapa del estudio, usted podrá revocar el uso de la información proporcionada comunicándole su decisión a la investigadora responsable.

Aunque no se anticipan riesgos directamente relacionados con la participación en esta investigación, algunas personas podrían eventualmente experimentar una sensación de incomodidad o molestia producto de las preguntas sobre su experiencia y puntos de vista. Frente a esta eventualidad, usted podrá dar por concluida su participación si es que así lo estimara conveniente. Asimismo, la persona investigadora responsable, psicóloga de especialidad clínica, estará a su disposición para darle apoyo y orientación en caso de ser necesario.

Usted no recibirá ningún beneficio directo ni recompensa alguna por participar en este estudio, sin embargo su participación permitirá generar información para el desarrollo de herramientas analíticas y técnicas en intervención clínica especializada en salud mental con personas inmigrantes.

Los resultados de la investigación serán entregados a todo/as lo/as participantes de ella a través de una síntesis impresa de estos, la cual será entregada a durante el año siguiente al término de la misma. Además, usted será invitado/a a participar en caso de realizarse algún evento de presentación de avances o resultados de la investigación. Para invitarlo, al final de este documento se le solicita su dirección de correo electrónico.

Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio: Margarita María Becerra Lizana; Teléfono 9 8 2337772; Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Correo Electrónico: mbecerral@ug.uchile.cl

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité del Ética de la Investigación que aprobó este estudio: Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues Presidenta del Comité de Ética de la Investigación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile; Teléfonos: (56-2) 2978 9726; Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Doctorado en Psicología



HOJA DE FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO

*“He sido invitada(o) a participar en el estudio **“Intervención en salud mental con migrantes: construcciones discursivas y su efecto en las prácticas de los/as tratantes”**. Entiendo que mi participación consistirá en dar una entrevista en la cual se me preguntará por mi experiencia y puntos de vista sobre el tema central de la investigación. Entiendo que la entrevista será registrada y la información obtenida será posteriormente utilizada en la elaboración de los resultados de la investigación. He sido informada(o) que se mantendrá la confidencialidad de mi participación, tanto durante la ejecución del estudio como con posterioridad a éste.*

*He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. **Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.**”*

Nombre: _____

Firma Participante: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____

Firma Investigador/a: _____

-El documento se firma en dos ejemplares quedando una copia en poder del participante-

Margarita M. Becerra
Doctorado en Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

Proyecto Tesis Doctoral:

**PAUTA DE ENTREVISTA A LOS/LAS PROFESIONALES TRATANTES
 EN SALUD MENTAL RED DE SALUD**

Introducción/características generales población inmigrante que consulta en salud mental

1. Por favor, le quería pedir si se podría presentar brevemente.
2. ¿Cómo llegó a trabajar en la red de salud?
3. ¿Con que tipo de población trabaja?
4. Si trabaja con población inmigrante: ¿cuáles son sus características? ¿Cómo son sus problemáticas? ¿Me podría dar algún ejemplo?
5. ¿A qué tipo de programas acceden? ¿Son condiciones iguales o diferentes del resto de la población? ¿Por qué?
6. Cuando le llega a atenderse en salud mental una persona inmigrante, ¿qué hace?
7. ¿Existe algún tipo de protocolo específico para la atención de inmigrantes en salud mental? Descríbalo.
8. Si no existe, ¿debería existir un protocolo específico de atención para personas inmigrantes?
9. ¿Cómo se realizan la atenciones en salud mental de los/las pacientes inmigrantes? Descríbalo.

Marco clínico de la atención en salud mental

10. ¿Cómo describiría usted al/a la paciente inmigrante en marco clínico de la atención?
11. ¿Nota alguna diferencia en el trabajo clínico con pacientes inmigrantes y chilenos? ¿En qué sentido? ¿Me podría dar algún ejemplo?
12. ¿Qué sucede cuando el/la paciente inmigrante llega a atenderse?
13. ¿Qué es lo más típico y lo más atípico?
14. ¿Qué tipo de intervenciones resultan adecuadas con pacientes inmigrantes? ¿Por qué?
15. ¿Qué tipo de intervenciones no resultan adecuadas con pacientes inmigrantes? Por qué.

Efectos de la intervención

16. ¿Que lo podría apoyar para enfrentar mejor su tarea?
17. En su experiencia, ¿Cuáles son los aspectos que podrían explicar el éxito y el fracaso en la intervención en salud mental en pacientes inmigrantes?

Pauta de Transcripción Entrevistas

- a) La transcripción de la entrevista debe ser realizada **literalmente**.
- b) **Formato:** Letra times new roman, tamaño 12.
- c) **Identificar a los hablantes por medio de siglas.**
- d) Cada **turno de habla** debe ser identificado claramente por medio de un salto de línea.
- e) **Sistema de transcripción:** Para destacar características del habla que los analistas conversacionales y de discurso consideran como relevantes en la interacción, acordamos usar estos símbolos disponibles en un procesador de texto. A continuación se detallan algunos elementos de este sistema¹.

(0,2)	Los números entre paréntesis reflejan la duración de las pausas en el habla en segundos.
(.)	Un punto entre paréntesis marca una pausa audible pero demasiado breve para medirlas.
<texto>	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más lenta de lo habitual para el hablante
>texto<	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más rápida de lo habitual para el hablante
°texto°	Indica susurro o expresiones más silenciosas que el resto
↑ o ↓	Sube o baja el tono de voz significativamente.
:	Los dos puntos marcan la prolongación del sonido inmediatamente anterior y cuantos más haya más larga es la prolongación (Ah:::)
=	Indica un cambio de turno sin interrupción.
-	Un guión (res-pon-sa-bi-li-dad) marca una finalización brusca y perceptible de una palabra o sonido.
<u>Subrayar.</u>	Sirve para destacar la palabra o frase acentuada por el hablante
MAYÚSCULAS	Indica grito o expresiones más sonoras que el resto
(texto)	Fragmento incomprensible o del que se tienen dudas
((xxx))	Los comentarios aclaratorios se colocan entre doble paréntesis ((se levanta)).

¹ Sistema desarrollado por Gail Jefferson (1985) descritas en Jonathan Potter (1998)