



PRIMERA PARTE



Madariaga Araya, C., & Oyarce Pisani, A. (2020). Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Revista Chilena de Salud Pública*, p. 13-29. doi:10.5354/0719-5281.2020.60371

PANDEMIA POR COVID-19:

UN HECHO SOCIAL TOTAL

SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS

Introducción

En lo que lleva recorrido la pandemia a nivel planetario se ha acumulado suficiente evidencia respecto de las graves consecuencias que está teniendo para la salud mental en la población mundial y, en particular, en Chile. Esto ha obligado a la OMS a elaborar programas y protocolos de acción destinados a la prevención de sus efectos traumáticos y a la atención oportuna de quienes padecen sus efectos sobre el psiquismo, llamando a los Estados miembros a hacerse cargo, desde sus políticas públicas, del padecimiento mental de sus ciudadanas y ciudadanos (ONU, 2020).

Estos efectos son multidimensionales y afectan de manera compleja a la totalidad sociopsicobiológica de los sujetos, en su dimensión individual. Además, simultáneamente, se despliega una poli-facética gama de efectos psicosociales disruptivos en el ámbito de la subjetividad social, de los colectivos humanos, las comunidades, los grupos familiares y los espacios de pertenencia social de las personas. Este efecto transversal se explica por las características centrales del fenómeno pandémico: se trata de un pathos que trasciende al campo de la biomedicina, incluso al de la salud pública. Es lo que la antropología médica y el enfoque histórico-social del proceso salud – enfermedad – atención llaman “un hecho social total” (Martínez-Hernáez, 1998; Ménendez, 1994; Marx,



Carlos Madariaga Araya

Médico Psiquiatra

Ana María Oyarce Pisani

Antropóloga

Escuela de Salud Pública,

“Dr. Salvador Allende G.”

Facultad de Medicina,

Universidad de Chile.

1972; Ramonet, 2020),ⁱ un fenómeno biomédico y psicosocial pero sobre todo un acontecimiento sociopolítico, económico, medioambiental y cultural. Hablamos de un proceso inmerso en la totalidad de la sociedad humana, lugar desde donde despliega como causas originarias la concurrencia simultánea de determinaciones individuales (las características geno y fenotípicas de cada uno), determinaciones particulares (condiciones y calidad de vida, factores de riesgo, nivel de vulnerabilidad social, características de los sistemas de salud, modelos explicativos de la dolencia, el daño, la muerte) y determinaciones generales (el ámbito de las relaciones sociales, la formación económica y los modos de vida, el problema de las desigualdades y la injusticia social, el “metabolismo” de la naturaleza). (Breihl, 2010)

Vista la pandemia como totalidad social, como acontecimiento socio-histórico al mismo tiempo que como problema de salud pública, la comprensión plena de este fenómeno va más allá de la sola aplicación de las herramientas analíticas provenientes de las ciencias biomédicas, requiere, además, la aplicación del arsenal teórico-metodológico proveniente de las ciencias sociales y las humanidades. El concepto “hecho social total” pone en relación dialógica esta perspectiva de totalidad de las ciencias y aporta, por tanto, sólidos fundamentos epistemológicos para entender la profunda relación existente entre economía y pandemia, entre neoliberalismo y COVID-19, entre el virus y las conductas humanas (incluidas las de los gobernantes que administran la pandemia). En última instancia son las relaciones sociales (relacio-

nes de producción, de circulación y consumo) las que configuran las determinaciones más estructurales de este flagelo; dentro de estas relaciones se incubaron en casi medio siglo de neoliberalismo las inequidades de clase, de género, étnicas, de generación y territoriales (Breilh, 2013-A; Samaja, 2014), tan características del modelo civilizatorio en curso. La sobre explotación de la fuerza de trabajo junto a la depredación de la naturaleza y sus ecosistemas (Borón, 2020; Chul-Han, 2020; Zizek, 2020) está en la base de una pandemia que se ha disparado como un boomerang en contra del sistema de dominación, develando su carencia de sustentabilidad, su incompatibilidad con la vida humana y la carga de sufrimiento que produce y reproduce.

Neoliberalismo y Salud Mental

La sociedad contemporánea está afectada por una serie de problemas de salud mental que reflejan el estado de disconfort y carencias generado por esta fase de la modernización capitalista. Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión, las adicciones y el alcoholismo, los trastornos angustiosos, el suicidio y otros problemas clínicos se suman a conflictos del ámbito psicosocial como la violencia en la vida cotidiana, el maltrato a los niños y niñas, la delincuencia, la deserción escolar, la violencia contra la mujer, etc., todos los cuales, en gran medida, dan cuenta del componente anómico que impregna la vida en la comunidad (OMS, 2018). Casi un millón de personas se suicida año a año en el mundo entero, imposible explicar esta conducta por la sola preexistencia de

ⁱ En el mismo sentido, Merrill Singer, desde la Antropología Médica Crítica, acuñó el concepto de “Sindemia” para develar la confluencia de dimensiones de salud y sociales que se presentan en una pandemia; no obstante, la formulación “hecho social total” va más allá de este concepto, ya que realza la raíz profundamente social de cualquier pandemia en la historia de la humanidad. (Singer, 2009)

trastornos mentales, se trata de una subjetividad dañada por un intolerable malestar en la cultura y por condiciones de agobio insostenibles (OMS, 2014). Vivimos la llamada “sociedad del endeudamiento” (Moulian, 1998; Lazzarato, 2013), que hace a los ciudadanos prisioneros eternos del servicio extenuante de sus propias deudas y que trae aparejada una subjetividad del agotamiento y la enfermedad, particularmente la enfermedad mental y el padecimiento psíquico. Con el neoliberalismo se ha logrado producir a escala planetaria una ciudadanía encarcelada en el modelo exitista del emprendedor, cuya expresión final ha sido la de un “emprendedor de sí mismo” fracasado en su fantasía del escalamiento económico: un sujeto deprimido, multisintomático, desesperanzado, anulado como ciudadano. (Chul-Han, 2016)

Chile, primer laboratorio del neoliberalismo en el mundo, es heredero de todos estos problemas de salud mental que ha desencadenado desde los años setenta hasta hoy. En la actualidad el país presenta elevadas tasas de trastornos afectivos y angustiosos, prevalencia creciente de alcoholismo (especialmente en jóvenes y mujeres) y de adicciones a drogas ilícitas; elevadas, aunque estacionarias tasas de suicidio (adultos jóvenes en edad productiva y desocupados, ancianos solitarios y empobrecidos), etc. (Vicente, 2002; 2016). Hemos sido también una sociedad marcada por el sistema contravalórico impuesto por el mercado: el individualismo, la competitividad, el arribismo, la despolitización de los colectivos sociales, el consumismo y el endeudamiento ilimitado, todo lo cual ha llevado a la enajenación ciudadana, a la pérdida de la función transformativa de los actores sociales, a la desmovilización popular y la pérdida del protagonismo histórico (Madariaga, 2018). Todo esto en un contexto de injusticia extrema en la distribución de la

riqueza social, de vigencia plena de una constitución ilegal dictada en tiempos de la dictadura de Pinochet, que jibarizó el rol del Estado y la Sociedad Civil al mismo tiempo que hipertrofió la hegemonía del Mercado. (Gómez, 2010)

Los efectos de la crisis social de octubre 2019 sobre la salud mental de los chilenos

La Salud Pública en crisis: Desde los inicios de la democracia tutelada post dictadura, en Chile se viene denunciando la agudización de la crisis de la salud pública a partir de las políticas que determinaron la mercantilización de la enfermedad y el debilitamiento del Servicio Público. Este fenómeno fue agravado con la reforma sanitaria culminada el año 2005, bajo la presidencia de R. Lagos. Este proceso de neoliberalización a fondo del sistema sanitario es lo que está en la base del complejo perfil de la salud mental que hemos descrito. El Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) construido en el segundo gobierno de M. Bachelet constituyó un esfuerzo progresista, pues se funda en la perspectiva de derechos y propone metodologías de acción de carácter comunitario validando la participación de diversos actores sociales. No obstante, permanece parcialmente anclado a un paradigma biomédico, limitado en sus posibilidades de desarrollo por el contexto general de las políticas de salud imperantes, tributarias del mercado y del carácter subsidiario del Estado. Por esta razón no hay aún en Chile una Ley de Salud Mental (como existe en muchos países de la región) y el financiamiento estatal de la salud mental está muy por debajo de la recomendación internacional (OMS, 2009; MINSAL, 2017). Sus efectos más dramáticos sobre el proceso salud – enfermedad (padecimiento) mental – atención son: hegemonía del modelo biomédico por sobre la perspectiva sociopsicobiológica en la red

pública de salud mental, que se agudiza, por ejemplo, con la falta de pertinencia y relevancia para pueblos indígenas y migrantes, entre otros colectivos (Sepúlveda, Oyarce, 2020); productivismo asistencialista en el quehacer; procesos de institucionalización del sujeto enfermo en los nuevos espacios comunitarios de la red de salud mental; sobremedicación psiquiátrica; irrupción de nuevos trastornos mentales, muchos de los cuales responden a la medicalización de procesos naturales como el embarazo, la vejez, los duelos, etc. (Pérez, 2012). Todo ello redundará en un débil impacto del Plan Nacional sobre la carga de enfermedad mental y los procesos de sanación y recuperación de la salud mental de los ciudadanos.

El Trauma Social y la herencia traumática de la dictadura militar: La sociedad chilena es sobreviviente de 17 años de terrorismo de Estado; el trauma social derivado de este período histórico ejerce un efecto sumatorio sobre la condición precaria de la salud mental de las y los ciudadanos. Múltiples investigaciones, tanto nacionales como extranjeras, han documentado el devastador efecto que la tortura, la ejecución y desaparición de personas, el exilio y otras conductas afines tienen sobre la salud y, muy en particular, la salud mental de los afectados, daño que se ha proyectado con un efecto radiactivo sobre la familia, la comunidad y la sociedad entera (CINTRAS, 2013; Madariaga, 2002; Castillo, 2013). El daño en primera generación ha implicado procesos como la disminución de la esperanza de vida, aceleración del envejecimiento, aumento de la prevalencia de cáncer, etc. (Jorquera, Madariaga, 2020). En segunda generación (los familiares nacidos a partir del fin de la dictadura) se suma la transmisión transgeneracional de la carga traumática, que se expresa con manifestaciones psicológicas y psiquiátricas muy heterogéneas, como

las alteraciones conductuales, perturbación de los procesos de construcción de identidad de los adolescentes, conductas adictivas, deserción escolar, abandono de la familia, violencia intrafamiliar, depresiones, etc. (CINTRAS, 2013; CINTRAS, EATIP, GTNM, SERSOC, 2009). De modo que este proceso traumático, visto desde la dimensión psicosocial, participa directamente en la producción de formas alteradas o complejas de subjetividad individual y social. Este trauma social se nutre a diario de los efectos dañinos que tiene la persistencia de la impunidad para los crímenes de la dictadura, con el peso de la falta de oportunidad para hacer verdad y justicia para los hechos (Brinkmann, 2000). Cada nuevo acontecimiento político o jurídico o ético que refiere al tratamiento impune de estos crímenes aporta un efecto retraumatizante para este sector vulnerable de la ciudadanía y los hace sobrellevar un estrés crónico, sufrimiento expresado en una condición neuro/inmuno/endocrinológica que está en la base de las fallas de sus sistemas defensivos frente al riesgo de enfermar y morir (Elgueta, 2020; Bramsen, 2007). Por esta razón estas personas constituyen un grupo poblacional de alta vulnerabilidad frente al proceso pandémico en curso.

Violaciones a los DDHH en la crisis social: La explosión social producida a partir de octubre pasado, instalando la consigna “Chile despertó” (de profundo significado no solo político sino también en tanto proceso de conciencia colectiva), inauguró una nueva etapa de la violencia política. Se trata de un período de cuatro meses marcado por la represión abierta, masiva y sistemática en contra de la ciudadanía, especialmente las y los jóvenes de la primera línea, con efectos desastrosos, que significaron rechazo y denuncias por organismos nacionales e internacionales de derechos

humanos y por la comunidad mundial (INDH, 2019; AMNESTY INT., 2019; AMERICAS WATCH, 2019). Muertes, mutilaciones oftalmológicas, tortura, allanamientos, represión violenta de las movilizaciones sociales, militares en las calles, etc., todo esto no es sino una puesta en escena de lo ya vivido, lo que está en la memoria histórica y en el recuerdo ciudadano respecto de lo que fue la dictadura militar. Efecto retraumatizante para los que fueron protagonistas de esa etapa de la historia y, para esta juventud hoy movilizadora; son experiencias inéditas de daño y afectación de su salud física y mental que, al igual que las de sus antecesores, tendrán efectos a corto y largo plazo; una nueva generación de luchadores sociales que vivirá los costos de la represión política reflejados en sus propios cuerpos, muchos de ellos en forma irreparable. Respecto de la generación anterior, como muy bien lo están documentando los profesionales que trabajan en PRAIS a lo largo del país, se registra una agudización en la severidad de los daños, muchos de los cuales ya estaban en proceso de recuperación, el regreso de patologías psiquiátricas y padecimientos psicoemocionales como la depresión y el trastorno de estrés post traumático, el miedo, la angustia, la perplejidad, la desesperanza, la rabia y la indignación (Madariaga, 2019). Los efectos traumáticos de la represión política sobre la crisis social suman un nuevo componente de riesgo social, de afectación y sufrimiento generalizado en la ciudadanía, que la tornan más vulnerable aún para el enfrentamiento de la pandemia.

Una subjetividad emergente: Por otra parte, esta misma crisis social da cuenta de un proceso de germinación de una nueva subjetividad, un colectivo social que se asume sujeto político, agente de transformación social, con vocación de poder y capacidad de convocatoria, con nuevas interesantes formas comunicacio-

nales para instalar las reivindicaciones sociales clave del momento, que es capaz de conectar la aparentemente heterogénea cantidad de demandas con sus causas últimas y finales: el neoliberalismo (“No era depresión, era Capitalismo”). Este homo politicus que reabrió las esperanzas en un nuevo pacto social es al mismo tiempo un nuevo sujeto, sumatorio y síntesis de las multitudinarias experiencias acumuladas desde la revolución pingüina en adelante (universitarios, feministas, no más AFP, trabajadores, diversidad sexual y de género, etc.). Esta subjetividad nueva está en pleno desarrollo, inclusive en este período de excepcionalidad pandémica. Su ojo crítico y su estado de alerta frente al manejo vacilante y economicista de la crisis sanitaria anuncian el despliegue de capacidades para elaborar nuevas estrategias de acción y continuidad en la lucha por una nueva sociedad. La crisis social se ha agravado absolutamente con la pandemia y no únicamente debido a sus consecuencias biomédicas sino, principalmente, a causa de la profundización de la pobreza social, a la carencia de satisfactores mínimos para la supervivencia en los sectores populares, al desigual acceso a la atención de salud y salud mental, a los elementos de protección personal, a los ingresos familiares y la protección del empleo, etc., lo que claramente derriba uno de los mitos más perversos: “el virus nos ataca a todos por igual”. Esta nueva subjetividad encontró su camino en la participación social concertada, en la producción de miles de iniciativas de solidaridad y colaboración para enfrentar todos estos desafíos; hay en esta condición de actor social una estrategia de fortalecimiento de la salud mental por la vía de su protagonismo como sujeto del cambio social. Esta es una base muy valiosa para el despliegue de estrategias de recuperación de la afectividad y la emocionalidad de la ciudadanía,

que se funda en valores como la solidaridad, el afecto, la organización colectivaⁱⁱ, el respeto y la tolerancia hacia lo diverso; hablamos de una praxis social de cambio al mismo tiempo que de protección de la salud y la salud mental.

Los efectos de la pandemia en la salud mental

La pandemia como trauma: La pandemia no es un factor más que contribuye a la crisis social, como han señalado los gobernantes, queriendo con ese argumento debilitar la concurrencia de las causas económicas como fundamento central de la crisis. La pandemia es, en sí misma, un componente estructural de esta crisis social pues nace de los desequilibrios que el modelo neoliberal ha producido en la relación sociedad – naturaleza, economía – biología (Badiou, 2020; Boaventura, 2020; Ramonet, 2020). La mutación viral del SARS Cov-2 nace de esta contradicción, es el producto de una mala metabolización del mundo natural (Breilh, 2013-a), con cargo al capital financiero internacional y en desmedro de la humanidad toda. La pandemia es, por tanto, un trauma social, un productor y reproductor de múltiples efectos para la salud mental de la ciudadanía mundial y local. Como trauma opera enfrentando a las personas con el riesgo de morir, con la posibilidad de la pérdida de seres queridos, con múltiples procesos de duelo derivados de todo tipo de pérdidas materiales y espirituales asociadas a su efecto devastador, con la precarización de la vida cotidiana y la supervivencia. Además agudiza otros duelos y traumas que no han podido ser ritualizados ni compartidos, aumen-

tando el riesgo de depresión y cronicidad de esas pérdidas por el aislamiento (Castillo, 1997). Dada la realidad ya descrita respecto de la salud mental en nuestro país, es innegable el efecto traumatizante que aporta la pandemia con su violencia biológica y también simbólica; vivimos en una sociedad que sigue procesando duelos inconclusos, congelados o cronificados por causa de la impunidad para los crímenes genocidas de ayer y de hoy. El componente tanático que convive con nuestra psicología social se nutre y aviva con las amenazas que implica la pandemia, potenciado además con las desigualdades e injusticias sociales con las que la clase trabajadora, las mujeres, los/as ancianos/as, los pueblos indígenas, los inmigrantes, las comunas pobres y rurales enfrentan este flagelo. El riesgo de morir se juega en el modo como el gobierno dirime las desigualdades e inequidades para enfrentar la pandemia; ergo, y en coherencia con el modelo, morirán los que deban morir, es decir, los más dañados y los que menos daño hagan a la supervivencia del modelo económico. Así sucedió en algunos países de Europa y hoy en USA y Brasil.

Efectos clínicos: A partir de la experiencia de la pandemia en China se conocen algunas evidencias de la relación pandemia – salud mental: a. los hospitales y servicios psiquiátricos son más vulnerables al contagio; b. los pacientes psiquiátricos portadores de trastornos mentales severos son más vulnerables al contagio; c. personas que utilizan psicofármacos, especialmente antipsicóticos, son más vulnerables también; d. el estigma de la enfermedad mental hace de este grupo de pacientes un sector discriminado, con más dificultades para el

ii Un ejemplo de estos, fue la reacción colectiva de algunas comunidades mapuches de la Araucanía que ante el brote epidémico en esa ciudad decidieron de manera autónoma cerrar las comunidades a la entrada de cualquier persona foránea.

acceso oportuno al manejo del riesgo de contagio (Brown, 2020; Rogers, 2020; Xiang, 2020). Desde la perspectiva de la afectación individual de la salud mental con el proceso pandémico, se observa la prevalencia de patologías como el trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés post traumático, depresión mayor, trastornos de angustia (especialmente ansiedad generalizada y trastorno de pánico). Algunas de estas enfermedades corren el riesgo de cronificarse ante la ausencia de tratamiento oportuno, otras son de baja complejidad y susceptibles de un adecuado manejo en el nivel primario de atención. Una fracción de estas personas vive procesos de reactivación de patologías pre existentes, especialmente depresión, y requiere de un manejo más interdisciplinario. El estrés postraumático, patología compleja, requiere especial preocupación dada la intensidad de su sintomatología y el peligro de persistencia sintomática a lo largo de los años. En el campo de la salud mental, la clínica se ve muy afectada por la restricción del encuentro cara a cara y la exigencia inevitable de atenciones por vías alternativas, ya que priva los procesos terapéuticos de uno de sus recursos más valiosos: el trabajo colectivo, la psicoterapia individual, familiar y de grupos, las actividades de taller, los hospitales de día, etc.

Efectos psicosociales: Un primer desafío es la activación de procesos de duelo individuales y familiares derivados de todo tipo de pérdidas: muerte y enfermedad propia y/o de los suyos, abrupta pérdida de la capacidad de manutención y acceso a la alimentación, al servicio de la deuda y la atención a necesidades primarias, el deterioro de la calidad de vida, etc. Otro efecto devastador es la difusión colectiva del miedo y la angustia ante una amenaza real frente a la

cual se batalla apenas con los escasos recursos familiares y de la solidaridad comunitaria; este estado emocional se nutre también de la desinformación, la confusión y los errores con que las autoridades han actuado frente a la pandemia, demorando decisiones clave para masificar el testeo con PCR y decretar cuarentena total en las zonas con indicadores de riesgo, etc.; todo ello ha derivado en el descrédito y la desconfiración de la autoridad, y en la generación de un estado de ausencia de liderazgo en la conducción de las estrategias sanitarias e intersectoriales. Por otra parte, el confinamiento social de los sectores más desprotegidos por el sistema económico en ausencia de un soporte razonable desde el Estado para sobrellevar el encierro, muchas veces en condiciones de hacinamiento forzado, agrega fenómenos como la violencia contra la mujer, el consumo excesivo de alcohol, el maltrato a los niños, el debilitamiento de los lazos sociales con los espacios de pertenencia y con la familia extensa, etc. Muy lejos de un ideal de cuarentena familiar que se proyecta sobre la ciudadanía desde el ámbito televisivo cuando se promueve la imagen de familias de estrato social medio-alto que hacen del encierro un lugar placentero, casi deseado, que se centra en el disfrute compartido de un tiempo libre casi sin tensiones internas; una *mise-en-scène* de una condición idílica, aplicable solo a un segmento menor de la población chilena. El fracaso de la aplicación de un modelo telemático o informático para la continuidad de los estudios en casa de los estudiantes básicos y medios es reflejo del impacto traumatizante de las inequidades sociales sobre los padres y los estudiantes del sector público, quienes no cuentan con los recursos para ello, situación que ha afectado alrededor del 50% de esos hogares.

La salud mental de los trabajadores y la pandemia

En un escenario neoliberal que ha expuesto a la fuerza de trabajo a duras condiciones de explotación económica y dominación social, la clase trabajadora -incluyendo asalariados, subempleados, trabajadores por cuenta propia y a honorarios, cesantes, etc.- está sometida en su salud mental a los efectos tanto clínicos como psicosociales antes mencionados, con el agregado de factores de riesgo que provienen de las condiciones de vida a las que acceden según el puesto que ocupan en las relaciones sociales y que agregan más vulnerabilidad a enfermar y al deterioro de la salud mental propia y de sus familias. La precariedad de sus vínculos contractuales y la flexibilidad laboral, tan característicos de la relación Capital – Trabajo en contexto neoliberal, se desestabiliza aún más con el efecto que a nivel individual y como clase social les produce la aplicación de una estrategia de intervención en salud sobre la pandemia que no es precisamente salubrista sino economicista (CUT, 2020; Orgs. Sociales, 2020; Coord. Sindical, 2020). Esto hace que todas las medidas de mitigación del impacto de la pandemia sobre esta clase social sean insuficientes, puesto que están limitadas por el proteccionismo que el gobierno hace de los indicadores macroeconómicos que derivan de los procesos productivos y la reproducción del capital financiero. De esta forma, operan sobre la salud mental como factores de daño psicoemocional hechos como los siguientes:

Limitaciones al acceso oportuno a la atención médica ante la sospecha de contagio e ingreso rápido al tratamiento de sus complicaciones.

Burocratización, cuando no directamente obstruccionismo, para el uso de licencias médicas, con garantía y oportunidad de pago.

Serias limitaciones de acceso a todos los recursos de autoprotección personal y familiar que son recomendados en el mundo entero para evitar el contagio, tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana.

Dificultades importantes para lograr bonificaciones económicas especiales por parte del Estado y los empleadores, garantías de respeto a las relaciones contractuales vigentes, posponer pagos de servicios básicos (luz, agua, etc.) y compromisos con entidades financieras por un período determinado, etc. Por el contrario, las bonificaciones impulsadas están por debajo del sueldo mínimo cuando no son financiadas con fondos de los propios trabajadores.

El impedimento para la participación de las organizaciones sindicales en el diseño y desarrollo de estrategias de acción en salud por parte de las autoridades de gobierno opera como un mecanismo adicional de discriminación para la clase obrera; mismo hecho ocurre con la negación sistemática de espacios en la televisión para los dirigentes de las principales organizaciones de trabajadores. Se trata de un ninguneo estratégico de estos actores sociales con el fin de ocultar la profundidad de la crisis y sostener al sistema. Obviamente estas conductas autoritarias impactan en la subjetividad individual y colectiva de los trabajadores.

Grupos vulnerables de la sociedad frente a la pandemia

Trabajadores de la salud: Elevado nivel de tensión laboral y carga de trabajo, en condiciones de carencias importantes de medios para el autocuidado personal; alto índice de ausentismo derivado del contagio y la sospecha, con escasa capacidad del sistema para cubrir dicho ausentismo; instrucciones ministeriales orientadas a una gestión estricta y ahorrativa del

recurso humano: restricciones para reemplazos, suplencias, nombramiento de nuevos cargos, etc. (MINSAL, 2020; COLMED, SONEPSYN, 2020); trabajo de sostenimiento diario de los sentimientos de dolor, rabia, desesperanza e indignación de la población consultante en los dispositivos de urgencia; tener que desplegar tareas de primer apoyo psicoemocional frente a los duelos producidos por las muertes y estados críticos de los pacientes en hospitales y consultorios; sentimientos de angustia, temor y culpa frente al peligro de llevar el contagio a sus hogares; la decisión dolorosa de tener que tomar distancia de sus seres queridos por tiempo prolongado, especialmente las mujeres, que constituyen alrededor del 70% de la fuerza de trabajo en este sector, etc. (CUT, 2020; COORD. SINDICAL, 2020). Todos estos factores confluyen en la aparición del Síndrome de Burnout (ser quemado por el trabajo), que impacta directamente la salud mental de las y los trabajadores, aunque hasta el momento han sido capaces de mantener una actitud de compromiso con su función, en condiciones que los enaltecen por el elevado nivel de resiliencia y compromiso mostrados con el servicio público (MINSAL, 2020; Alvarado, 2020; Vinueza, 2020). Esta capacidad adaptativa de hoy seguramente será foco de nuevos problemas de salud física y mental en el futuro, por lo que será urgente preparar medidas de prevención de estos potenciales daños para los trabajadores de la salud, que han estado en la primera línea de acción frente a la pandemia.

Mujeres: Están siendo el frontón de contención del grave deterioro de las condiciones de subsistencia de la casa, especialmente por el menoscabo de los recursos económicos; sobrecargadas además con las tareas de contención emocional de los hijos, muchos de los cuales presentan serias dificultades adaptativas al

radical cambio de vida; depositarias de las responsabilidades escolares, haciendo esfuerzos por adaptar a sus realidades carenciadas los protocolos educativos en curso, poco realistas e inequitativos. La mujer dueña de casa, con trabajo no remunerado, sufre también las mezquindades de los bonos económicos ofrecidos por el gobierno, que no logran ser efectivos ni eficientes como camino de satisfacción de las necesidades básicas del hogar. En condiciones de cuarentena ya es evidencia científica, no solo en Chile sino en muchos otros países de la región, que la mujer enfrenta un aumento de las agresiones por parte de sus parejas, que llegan hasta la violencia sexual, las consecuencias conductuales del consumo excesivo de alcohol por el jefe de hogar, las dificultades en el manejo de conductas adictivas de los hijos adolescentes, etc. Caso aparte las mujeres que laboran como asesoras de hogar, comerciantes callejeras y en otras actividades informales, que han ido por vía directa a la cesantía por lo que están expuestas a los riesgos propios de intentar seguir laborando contraviniendo las cuarentenas; pagan además el costo de su estigmatización a nivel mediático como personas irresponsables, contrabando ideológico que intenta descargar buena parte del fracaso gubernamental en el manejo de la pandemia en sectores más precarizados de la sociedad, los que salen como cuestión de sobrevivencia a buscar el sustento diario en la calle. No obstante toda la sobrecarga anterior, son también las principales promotoras de ollas comunes y otras formas de la solidaridad en las redes comunitarias.

Personas de Tercera Edad: Alrededor del 70% de los hasta ahora fallecidos por el COVID-19 son personas mayores de 70 años, la inmensa mayoría de los cuales pertenece a sectores sociales pobres. Doble inequidad: de clase y

de generación. Sigue siendo escandaloso el retraso que ha tenido la autoridad sanitaria para hacer una búsqueda activa de contagio en las miles de instituciones autorizadas y clandestinas que cobijan ancianos; lo mismo sucede con las condiciones en que sobreviven personas mayores en hogares pobres, en cités, abandonados y enfermos, con patologías crónicas; algunas alcaldías hacen esfuerzos en esta dirección pero con recursos que son insuficientes y discontinuos. A medida que avance la crisis sanitaria por la pandemia y las camas críticas ya no den abasto, serán los ancianos el foco más dramático del conflicto deontológico asociado a la llamada “última cama”; como ya ha sucedido en los países del primer mundo, siguiendo el camino de una bioética dudosa, esta última cama no será para ellos; detrás de esta (i)rrracionalidad está una vez más un cierto economicismo, aquel que protege la estabilidad de la fuerza de trabajo en beneficio de la producción de plusvalía (Habermas, 2020). La salud mental y la salud en general de la tercera edad tienen un solo camino futuro: la reorientación de las políticas públicas actuales hacia un enfoque integral, de tipo intersectorial, que proteja la dignidad y los derechos humanos de las personas mayores de nuestro país, con base en un modelo de salud solidario y fundado en los derechos sociales.

Personas con trastornos mentales y discapacidad: Las personas que padecen trastornos psiquiátricos mayores y discapacitantes constituyen otro sector marginalizado del sistema. Con estudios incompletos, con familias disfuncionales o precarizadas, cesantes crónicos, sin el respaldo de políticas de Estado que les garanticen oportunidades de trabajo, con pensiones de discapacidad que los ponen en línea de extrema pobreza, con carencias afectivas múltiples, muchas veces sometidos a

esquemas psicofarmacológicos que agregan nuevas morbilidades provenientes de efectos indeseables de sus medicamentos, afectados por el estigma social y la discriminación que impiden su integración social plena y los deja prisioneros casi eternos de procesos terapéuticos provenientes de las disciplinas del mundo “psi”, etc. La pandemia es para ellos un complejo desafío de adaptación toda vez que tanto la propia sintomatología como los efectos de los psicofármacos sobre los procesos cognitivos les limitan para visualizar los riesgos epidémicos y para llevar a cabo correctamente las medidas de autocuidado; esto se agrava por el hecho que están suspendidas las atenciones clínicas presenciales y todas las actividades terapéuticas grupales y de taller que podrían contribuir a empoderarlos frente a la pandemia. Las personas con padecimientos mentales quedan parcialmente invisibilizados en esta urgencia sanitaria, desplazados hacia un escenario en el que se subvalora el impacto del contagio y la enfermedad viral en cuanto experiencia personal del sujeto sufriente. Un ejemplo dramático: los discriminatorios requisitos de exclusión para el ingreso a residencias sanitarias de personas contagiadas por COVID-19, que exigen ausencia de problemas de salud mental y psiquiátricos (MINSAL, 2020). Se sigue la lógica histórica utilizada por la sociedad moderna contra la locura y la enfermedad mental: se trata de una subcategoría errática de lo humano. El modelo comunitario en salud mental aplicado hoy por la red nacional sostiene una batalla contra estos efectos discriminatorios de la enfermedad mental en contexto pandémico, con las limitaciones e insuficiencias propias de constituir una perspectiva que está a contrapelo de las políticas neoliberales en salud (Chacón, 2020; Zavala, 2020).

Personas privados de libertad: La cárcel chilena encierra, junto con las personas, una realidad dantesca y vergonzosa, en la que confluyen todas las agravantes psicosociales, culturales y de salubridad que hacen de ella un escenario crítico para la pandemia. El gobierno ha sido rígido en limitar la aplicación de medidas de excarcelamiento destinadas a proteger a la población penal de la enfermedad y la muerte por COVID-19, pese a que sobre ello hay recomendaciones internacionales (AMNESTY INT, 2020; ACNUR, 2020; ONU, 2020; AEN, 2020). Esto ha afectado no solo a los presos sino también a sus familiares, lo que da cuenta de los incidentes violentos registrados en algunos penales y fuera de ellos. Miles de imputados y de prisioneros políticos (jóvenes de primera línea del “estallido social”, sin antecedentes delictuales) podrían beneficiarse de medidas de excarcelación con fundamento sanitario (Agrup. Guacoldas, 2020). La parcialidad de las medidas adoptadas se suma a los intentos por aprovechar esta coyuntura para poner en libertad a genocidas de Pinochet; todo ello activa además efectos retraumatizantes sobre los familiares de las víctimas de violaciones a los derechos humanos y una reacción generalizada de rechazo a esta intención por parte de múltiples instituciones de derechos humanos, justamente debido a que contraviene los compromisos internacionales del Estado de Chile con el tema de la justicia y los procesos de reparación social. (Cátedra dd.hh. U. de Chile., 2020)

Migrantes: La pandemia ha develado la precariedad con la que la mayoría de los inmigrantes enfrenta su vida en el país: trabajos mal remunerados e informales, viviendas sobrepobladas, pobreza extrema y sufrimiento infantil asociado a ella, violencia en la vida cotidiana, estigma y discriminación, acceso limitado y sin pertinencia

cultural a los servicios de salud, severas trabas burocráticas que les impide legalizar su documentación y, por tanto, acceder de mejor forma a puestos de trabajo, etc. (Servicio Jesuita a Migrantes, 2020). Muchos inmigrantes intentan colectivamente sumar esfuerzos para subsistir, especialmente ocupando lugares como cits y campamentos, en condiciones de mucha precariedad de higiene, hacinamiento, carencia de luz y agua, todo lo cual ha favorecido el contagio y la enfermedad viral. Un sector de ellos intenta desesperadamente retornar a su país de origen en busca de protección social. Cada vez que se ha realizado testeos del virus en estas comunidades la cifra de contagiados ha sido muy elevada, en algunos casos comprometiendo a casi la totalidad de sus residentes, incluyendo niños. Los efectos traumáticos para la salud mental de estos sectores sociales no ha sido aún evaluada pero es esperable que nos encontremos con mucha patología: depresiones, trastornos de angustia, estrés agudo y post traumático, consumo riesgoso de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar. El fondo estructural de esta problemática de salud mental de los migrantes orienta las soluciones en primer lugar a una reformulación de las políticas de migración vigentes, fundada en los derechos humanos y en la solidaridad internacional. Desde el punto de vista de la salud mental debe profundizarse un enfoque de interculturalidad que permita dialogar con las distintas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención en cada cultura, considerando sus maneras de entender las dolencias, el contagio y sus propias prácticas de sanación y cuidado; al mismo tiempo, debe garantizar el acceso oportuno y de calidad a la red de salud pública.

Pueblos indígenas: Los pueblos indígenas han estado invisibilizados en esta pande-

mia, a pesar de que la pertenencia étnica se considera un dato sociodemográfico básico (MINSAL, 2016; Cuyul, 2020; Caniguan, De La Maza, 2020). Información analizada puntualmente muestra que en la comuna de Arica se encuentran tasas más altas de incidencia de contagio en indígenas comparadas con no indígenas (180,3 x 100.000 versus 120,4 x 100.000) (documento inédito de Malva Pedrero, 2020). La misma investigadora compara las comunas de la Región Metropolitana con menos de 5% y más de 15% de población indígena, donde en las últimas se dobla la tasa de contagios). La Araucanía fue una de las primeras regiones en sufrir la epidemia, si bien se centró en la ciudad de Temuco, se desconoce el número de personas mapuche contagiadas o fallecidas por esta causa. Actualmente se han reportado brotes en las comunas de Lonquimay y existen casos en todas las comunas de la región. La situación de vulnerabilidad y empobrecimiento de los pueblos indígenas en general y en Chile en particular (CEPAL, 2020) se expresa en tasas más altas de mortalidad por todas las causas y en todos los grupos etarios respecto de los no indígenas (Oyarce, Pedrero, 2009, 2010a, 2010b, 2010c; CEPAL, 2010); esta realidad epidemiológica y social plantea un escenario de máxima desigualdad que revitaliza la relación colonial impuesta por el Estado chileno. (Cuyul, 2020)

Un segundo aspecto a considerar es que desde el primer contacto con el mundo europeo los pueblos indígenas han sufrido la introducción de epidemias que han diezmando su poblaciónⁱⁱⁱ Existen términos para denominar estas enfermedades que vienen de afuera; por

ejemplo, wingka kutran entre los mapuches (Cuyul, 2020; Loncon, 2020). Desde la visión holística del bienestar indígena estas dolencias se vinculan directamente con “el mundo de afuera” que ha traído pérdida de territorio, devastación de los ecosistemas, deforestación y falta de agua vinculada a la industria extractiva agroforestal y minera (CEPAL, 2020). Por lo anterior, el resguardo del territorio, el aislamiento socio-geográfico y los patrones de asentamiento disperso que todavía persisten en algunos pueblos son factores de protección reconocidos por ellos. En este sentido hay que distinguir claramente la situación de las personas indígenas que viven en contextos urbanos de aquellos que lo hacen en comunidades rurales; han sido personas mapuches y no mapuches que han vuelto desde la Región Metropolitana debido a la pérdida de sus fuentes laborales, las que al regresar a las ciudades sureñas y a las comunidades han provocado los brotes epidémicos. Habría que pensar también que los agentes del Estado son potencialmente fuentes de contagio; en este sentido, han sido las autoridades tradicionales las que han cerrado el ingreso a sus comunidades y han implementado cortes de camino para crear barreras sanitarias auto gestionadas (Cuyul, 2020; Canuguan, De La Maza, 2020)

Si las políticas estatales han sido confusas para la población en general, para los pueblos indígenas han sido irrelevantes lemas como “quédate en casa” y “lávate las manos”, pues en un contexto de economía de subsistencia y privatización del agua carecen de todo sentido. Diversas voces se han levantado para promover políticas de salud territoriales autónomas para

iii Durante los primeros cien años de contacto la población indígena de América sufrió un colapso demográfico disminuyendo a un tercio, precisamente por la introducción de enfermedades que trajeron los conquistadores proceso conocido como “invasión mórbida”. (Montenegro, Stephens, 2006)

afrontar una anunciada “crisis civilizatoria que el mal vivir y la transgresión han desencadenado” (Cuyul, 2020) y para prevenir la tragedia que se avecina sobre todo por las condiciones de las personas mayores, fuente de la sabiduría y memoria oral.

Dado que desde las epistemologías indígenas la salud mental es inseparable del bienestar colectivo e individual, la pandemia de COVID-19 es percibida como un hecho social total cuyo centro son los derechos territoriales. El tema de los efectos devastadores en la salud y bienestar de los pueblos indígenas necesariamente plantea un cambio estructural de las relaciones de subordinación con el Estado chileno. Un aspecto específico es la elaboración de políticas de salud públicas relevantes y basadas en un modelo dialógico de saberes sobre la vida, el ser humano y la relación de este con la sociedad y la naturaleza, respetando la autodeterminación como se propone desde los propios pueblos.

Perspectivas y líneas de acción para la protección de la salud mental

Las soluciones para la salud mental de los chilenos y chilenas son estructurales: un pacto social para un nuevo sistema de salud, fundado en los derechos económicos, sociales, culturales y medioambientales; el proceso constituyente debiera ser el camino que dirima el conflicto social y la crisis de la salud pública por la vía de la generación de una nueva Constitución Política del Estado, en la cual se establezcan políticas y estrategias de salud basados en principios como la solidaridad, la justicia social y las equidades en el abordaje del proceso salud – enfermedad (mental) – atención.

En esta etapa crítica de la pandemia es necesario considerar a esta última, sus consecuencias

y desafíos, como parte constitutiva de la crisis social y no como un fenómeno separado metafísicamente de esta. No hay una “pandemia viral” y otra “pandemia social” como ha señalado el presidente Piñera recientemente en forma repetitiva; este enunciado contiene una intención de medicalización de la crisis social, que invisibiliza el peso de la cuestión económica como su fundamento último. La salud mental de la ciudadanía, especialmente de los sectores sociales precarizados por el neoliberalismo, está condicionada por el cumplimiento de una agenda social inmediata que permita la satisfacción de necesidades básicas de los trabajadores y la comunidad para enfrentar la pandemia ahora. (CUT, 2020; Orgs. Sociales, 2020).

Las estrategias de acción en salud mental para este período pandémico deben apoyarse en el fortalecimiento del movimiento social y político, desde donde es posible seguir desarrollando una subjetividad social activa, crítica y propositiva, emancipatoria, produciendo nuevos actores sociales, centrados en la acción transformativa de la sociedad y, al mismo tiempo, promoviendo cambios profundos en las formas como se hace práctica de salud mental en los tres niveles de atención. La salud mental de los chilenos y chilenas requiere de un especial e intensivo desarrollo de estrategias y metodologías de acción a nivel de APS, pero de una APS que se posicione en el vértice de la pirámide de los niveles de atención; se trata de la inversión de la pirámide, la superación estructural del modelo biomédico y hospitalocéntrico, recuperando las directrices fundamentales de la Declaración de Alma Ata. Es la APS, centrada en la participación ciudadana, el componente de la estructura sanitaria más directamente vinculado con la comunidad, la llamada a desplegar metodologías de apoyo psicoemo-

cional y acompañamiento psicosocial, co-contruidos con las organizaciones locales, las redes sociales y los propios sujetos que requieren atención. La reciente determinación ministerial de traspasar (aunque bien tardíamente) buena parte del trabajo de pesquisa, tratamiento, derivaciones y prevención del COVID-19 será sólo decorativa si no trae asociada en forma perentoria los recursos financieros, materiales, humanos y de infraestructura que se requieren, a la luz de los alarmantes datos epidemiológicos de contagio, enfermedad y muerte.

La Salud Mental en el Servicio Público es la herramienta privilegiada para el incentivo a la participación social plena, con prácticas democráticas de gestión, involucramiento de la comunidad en el diseño, desarrollo, evaluación y gestión financiera de los programas de acción. La propia pandemia debe ser objeto de análisis y de estrategias de intervención en salud mental producidas en este ejercicio participativo, avanzando con estas prácticas desde el nivel de APS a los estadios más complejos de atención para los problemas de salud mental y de salud en general. La red pública de salud mental debe ser capaz de proveer líneas específicas de prevención y tratamiento para los grupos vulnerables/vulnerados, partiendo por los trabajadores de la salud y sus grupos familiares, y otros trabajadores de primera línea, sin los cuales es imposible sostener con eficiencia la demanda que está generando la pandemia. En este sentido, se requiere una concepción interdisciplinaria del equipo de salud mental y con un enfoque sociopsicobiológico.

Por otra parte, es necesaria una perspectiva de intersectorialidad para la atención a la multi-determinación del fenómeno pandémico, esto es un compromiso sólido y debidamente financiado de otros sectores del aparato del Esta-

do que son definitorios del curso evolutivo del proceso salud – enfermedad mental – atención: educación, vivienda, previsión social, trabajo, economía, etc.

Finalmente, postulamos la impostergable responsabilidad del Gobierno en la provisión de los recursos necesarios para los tres pilares estratégicos de la lucha contra la pandemia: testeo masivo y trazabilidad, cuarentenas totales, medidas de autocuidado e higiene personal. Todo ello en un contexto de transparencia informativa del MINSAL e incorporación democrática del mundo científico, la academia, organizaciones de profesionales y trabajadores, del movimiento social a las distintas comisiones y mesas que asesoran a las autoridades políticas.

Reflexión final

A lo largo de este artículo se han presentado varios temas que entregan elementos para sustentar que la pandemia es una totalidad social, un proceso socio-histórico y sanitario colectivo e individual, que requiere de un abordaje integral, holístico y sistémico. Las diferentes dimensiones que configuran este hecho social requieren de un cambio estructural, que va desde una cultura de la vida y las vidas, la vivienda, la educación y la recreación colectiva hasta un nuevo marco constitucional donde la salud sea universal, solidaria y gratuita en un contexto de diversidad étnica y cultural.

Referencias bibliográficas

- ACNUR. (2020). COVID-19: No hay excusa para la impunidad de los condenados por crímenes de lesa humanidad. Obtenido en abril de 2020, de <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25840&LangID=S>. Ginebra, Suiza.
- AEN. (2020). Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus...y para el próximo período. Obtenido en mayo de 2020, de <http://>

www.osatzen.com/blog-osatzen/2020/medidas-urgentes-en-los-centros-penitenciarios-durante-esta-pandemia-de-coronavirus-y-para-el-proximo-periodo.html.

Agrupación de Familiares y Amigos de Prisioneros Políticos Guacoldas. (2020). Obtenido en agosto de 2020, de <http://www.nuestratrinchera.cl/index.php/2020/08/10/descarga-semanario-por-la-libertad-agrupacion-de-familiares-y-amigos-de-prisioneros-politicos-guacoldas/>

Alvarado, R. (2020). Evidencia sobre efectos en la salud mental de los trabajadores de la salud en la pandemia Covid-19. Santiago.

Americas Watch (2019). Chile: Llamado urgente a una reforma policial tras las protestas. Obtenido en marzo de 2020, de <https://www.hrw.org/es/news/2019/11/26/chile-llamado-urgente-una-reforma-policial-tras-las-protestas>.

Amnesty International. (2019). Chile: política deliberada para dañar a manifestantes apunta a responsabilidad de mando. Obtenido en mayo de 2020, de <https://amnistia.cl/noticia/chile-politica-deliberada-para-danar-a-manifestantes-apunta-a-responsabilidad-de-mando/>.

Amnesty International. (2020). Carta de Amnistía. Internacional al Estado de Chile. Pandemia y situación de las personas privadas de libertad. Santiago, Chile.

Badiou, A. (2020). Sobre la situación epidémica. Obtenido de <https://laultimalinea.cl/alain-badiou-sobre-la-situacion-epidemica/>.

Boaventura, D. S. (2020). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO.

Borón, A. (2020). ¿Volver a la normalidad? Obtenido de <https://rebellion.org/autor/atilio-a-boron/>.

Bramsen I, D. D. (Bramsen I, Deeg DJH, van der Ploeg E, Fransman S. (2007). Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortality in World War II survivors. .

Bramsen I, Deeg DJH, van der Ploeg E, Fransman S. Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortality in J. Affect Disord. , 103(1-3):121-129. doi:10.1016/j.jad.2007.01.014.

Breihl, J. (2010). Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad. UASB-DIGITAL, Repositorio institucional del Organismo Académico de la Comunidad Andina, CAN . Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador.

Breilh, J. (2013-a). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia una nueva salud

pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). UASB-DIGITAL Repositorio Institucional del Organismo Académico de la comunidad andina CAN.

Brinkmann, B. (2000). Itinerario de la impunidad. Chile 1973-1999. Un desafío a la dignidad. Santiago de Chile: Colecciónj CINTRAS.

Brown, E. e. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review. Schizophrenia Research.

Canuguan, N.; De la Maza, F. (2020). Pueblos Indígenas, los invisibilizados de la pandemia. Obtenido en junio de 2020, de <https://ciperchile.cl/2020/06/23/pueblos-indigenas-los-invisibilizados-de-la-pandemia/>.

Castillo, M. I. (2013). El (im)posible proceso de duelo. Santiago de Chile: Eds. U. Alberto Hurtado.

Castillo, R. (1997). Cultura y enfermedad mental: un enfoque centrado en el cliente. . Pacific Grove, CA: Brooks / Cole. 339 página.

Cátedra de DD. HH., U. de Chile. (2020). Declaración ante los esfuerzos del Gobierno por instalar una impunidad de facto para criminales de lesa humanidad. Santiago, Chile.

CEPAL. (2010). Desigualdades territoriales y exclusión social del Pueblo Mapuche de la comuna de Ercilla. Santiago: CEPAL - Alianza Territorial Mapuche.

CEPAL. (2020). Los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Obtenido de mayo 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45664/51/S2000125_es.pdf.

Chacón, S. (2020). La atención abierta de especialidad en salud mental en el contexto Covid-19. Conversatorios Virtual Salud Mental en contexto COVID.

Chul-Han, B. (2016). La sociedad del cansancio. barcelona: Herder.

Chul-Han, B. (2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. Obtenido de junio de 2020, de <https://sociales.uexternado.edu.co/filosofia/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana/>.

CINTRAS. (2013). Prevención del daño transgeneracional en segunda generación. Trabajo psicosocial de grupo. Santiago de Chile.

CINTRAS, EATIP, GTNM-RJ, SERSOC. (2009). Daño Transgeneracional: Consecuencias de la represión en el Con Sur. Santiago de Chile.

COLMED, SONEPSYN. (2020). Cuadernos para cuidar. Recomendaciones de autocuidado psicosocial para el

- personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Santiago, Chile.
- Coord. Sindical (2020). Declaración pública, documento electrónico.
- CUT. (2020). Comunicado Público ante dictamen de la Dirección del Trabajo que infringe la legislación vigente. Santiago, Chile.
- Cuyul, A. (2020). Pueblo mapuche y pandemia. Obtenido en julio de 2020, de <https://sicnoticiaschile.wordpress.com/2020/06/01/las-pandemias-y-el-pueblo-mapuche-por-andres-cuyul-soto/>.
- Elgueta, V. (2020). Trauma Psicosocial, Estrés Crónico y Salud. Un enfoque psiconeuroinmuno endocrinológico. El Trauma Social como problema de salud pública. Violaciones a los derechos humanos en Chile, período 1973-1990. Santiago, Chile: PRAIS-MINSAL.
- Gómez, J. (2010). Política, democracia y ciudadanía en una sociedad neoliberal (Chile: 1920 - 2010). Santiago de Chile: ARCIS - CLACSO.
- Habermas, J. (2020). Habermas: los problemas éticos de la pandemia. (L. Monde, Entrevistador)
- INDH. (2019). Informe anual sobre violaciones a los DD HH en Chile en el contexto de la crisis Social. Santiago de Chile: INDH.
- Jorquera, M. J.; Madariaga, C. et al (2020). Estudio descriptivo de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en el periodo de la dictadura militar en Chile, 1973-1990 .
- Lazzarato, M. (2013). La fábrica del hombre endeudado. Ensayo sobre la condición neoliberal. Buenos Aires: Amorrortu.
- Loncon, E. (2020). El coronavirus es un ñifitun en lengua mapuche. Obtenido en mayo de 2020 de <http://educacion.usach.cl/index.php/1505-el-coronavirus-es-un-ñifitun-en-lengua-mapuche>.
- Madariaga, C. (2002). Trauma Psicosocial, Trastorno De Estrés Posttraumático Y Tortura. Serie Monografías. Ediciones CINTRAS.
- Madariaga, C. (2006). Retraumatización; Hacia una conceptualización necesaria. Reflexión N° 32 Colección CINTRAS.
- Madariaga, C. (2018). "Clínica psiquiátrica y ciudadanía: de la crisis del paradigma biomédico a la Salud Mental Colectiva". Santiago de Chile.
- Madariaga, C. (2019). El "Estallido Social" Y La Salud Mental De La Ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. Rev Chilena de Salud Pública, VOL 23 N°2: 139-149.
- Martínez-Hernández, Á. (1998). ¿Has visto cómo llora un ceceo? Pasos hacia una antropología de la Esquizofrenia. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Marx, K. (1972). Tesis sobre Feurbach. En F. E. Karl Marx, La Ideología Alemana. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos.
- Ménendez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4 (7): Págs. 71-83.
- MINSAL. (2016). Orientaciones Técnicas Pertinencia Cultural En Los Sistemas De Información En Salud. Obtenido en abril 2020, de https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/Noticias/2018.08.28_OT%20PERTINENCIA%20CULTURAL_web.pdf.
- MINSAL. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.
- MINSAL. (2020). Instructivo sobre austeridad y eficiencia en el uso de los recursos públicos durante la emergencia sanitaria producto del virus Covid-19. Santiago, Chile.
- MINSAL. (2020). Residencia sanitaria de aislamiento temporal para personas COVID-19 positivo imposibilitados para cumplir cuarentenas en sus hogares/domicilios. Santiago, Chile.
- MINSAL. (2020a). Recomendaciones para el cuidado del personal de salud durante Covid-19. Plan de acción Coronavirus. Covid-19. Santiago, Chile.
- Montenegro, R.; Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet; 3 de junio de 2006; 367 (9525): 1859-69
- Moulian, T. (1998). El consumo me consume. Santiago de Chile: LOM.
- OMS. (2009). Financiación de la Salud Mental. Ginebra: OMS.
- OMS. (2014). Prevención del Suicidio. Un imperativo global. Washington, DC: OMS .
- OMS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas 2018. Washington, DC: OPS OMS.
- ONU. (2020). Directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia por Covid-19.
- Organizaciones Sociales. (2020). Carta abierta exigiendo al gobierno la implementación de una verdadera renta básica.

sica de emergencia (RBA). Santiago, Chile.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2010c). Perfil epidemiológico básico de la población indígena del Servicio de Salud Arauco. Santiago: MINSAL.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2009). Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte. Obtenido en mayo de 2020, de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%208%20ARAU-CANIA%20NORTE.pdf>.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (julio de 2010a). Perfil epidemiológico básico. Pueblos kaweskar, yámana. Obtenido en mayo de 2020, de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20%20N%20c%20b05%20MAGALLANES.pdf>.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2010b). Perfil epidemiológico básico de la Población Indígena de Los Ríos. Santiago: MINSAL.

Pérez, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Coordinadora Sindical de la Oposición (Chile). (03 de Abril de 2020). Declaración Pública Coordinadora Sindical de Oposición. Santiago, Chile.

PRAIS-MINSAL (Chile). (2020). Reparación integral de salud para los afectados por violaciones a los derechos humanos. Santiago, Chile.

Ramonet, I. (2020). Ante lo desconocido...la andemia y el sistema mundo. Obtenido en mayo de 2020, de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/04/25/ante-lo-desconocido-la-pandemia-y-el-sistema-mundo-7878.html>.

Rogers, J. e. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Obtenido en junio de 2020, de [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext)

Samaja, J. (2014). Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar editorial.

Sepúlveda, R. O. (2020). New and old knowledge aimed at decolonizing mental health: reflections and proposal from Chile. *International Review of Psychiatry*, vol 33, United Kingdom, IN PRESS.

Servicio Jesuita a Migrantes. (2020). Propuestas respecto de la población extranjera en Chile ante la crisis sanitaria. Obtenido en mayo de 2020 de https://6430347d-cdf3-408d-b7dd-ceeee800e49c.filesusr.com/ugd/439982_d5ba741756014547a5e20d99606c8bbe.pdf.

Singer, M. (2009). Introducción a Syndemics: un enfoque de sistemas críticos para la salud pública y comunitaria. Jossey-Bass.

Vicente, B. e. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev. méd. Chile* v.130 n.5 Santiago mayo 2002.

Vicente, B. e. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta bioeth.* vol.22 no.1 Santiago.

Vinueza, A. e. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de Covid-19. Obtenido en mayo de 2020, de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/708/958/988>

Xiang, Y.-T. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *International Journal of Biological Sciences*, 1741-1744.

Zavala, C. (2020). La atención cerrada de especialidad en salud mental en contexto Covid-19. *Conversatorios Virtual Salud Mental en contexto COVID*. Santiago de Chile.

Zizek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En Z. e. al, *Sopa de Wuhan* (págs. 21-28). Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).