



Revista Difusiones, ISSN 2314-1662, Num. 20, 2(1) enero-julio 2021, pp.228-252
Fecha de recepción: 09-04-2021. Fecha de aceptación: 09-06-2021

Neoliberalismo, pobreza y salud mental en Argentina

Neoliberalism, poverty and mental health in Argentina

Facundo Exequiel Calvo¹

facundocalvo@gmail.com

Universidad Católica de Santiago del Estero, Departamento Académico San Salvador,
San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina

Resumen

Durante el período 2015-2019 se reinstauró en Argentina un modelo político-económico neoliberal donde se produjo un incremento abrupto de la pobreza para alcanzar a más de diez millones de personas en el año 2020. La pobreza es un fenómeno complejo que posee una relación de interdependencia con la salud mental: a mayor pobreza, mayores dificultades en el bienestar psicológico, a mayores dificultades en el bienestar psicológico, mayor pobreza.

El siguiente trabajo pretende abordar cómo la conceptualización y acción sobre la pobreza y el bienestar psicológico se modifican con cada re estructuración del concepto de Estado. Atender las posibles consecuencias de la pobreza sobre la salud mental en Argentina

¹ Licenciado en Psicología (UNC). Magister en Psicología Clínica y de la Salud y Terapias Cognitivo Conductuales (ISEP Barcelona). Especialista en Políticas Públicas para la Igualdad en América Latina (CLACSO). Ex-Residente del Servicio de Neurorehabilitación de Fundación CIATEC y Sanatorio Allende. Docente UCSE-DASS. Co-Director Psi Salud.

durante el último período de gobierno podría favorecer la comprensión, el acceso y la defensa de derechos, colaborar con el desarrollo de estrategias sociopolíticas más eficientes y pensar la salud mental dentro de un campo de luchas políticas y populares.

Palabras clave

bienestar psicológico, salud mental, comunitario, política, suicidio.

Abstract

During the period 2015-2019, a neoliberal political-economic model was reinstated in Argentina, that occurred with an abrupt increase in poverty, which reached more than ten million people by 2020. Poverty is a complex phenomenon that has an interdependent relation to mental health: the greater the poverty; the greater the difficulties in psychological well-being. The greater the difficulties in psychological well-being; the greater the poverty.

The following paper aims at examining how the conceptualization of poverty and mental health are modified with each restructuring of the concept of state. Addressing the possible consequences of poverty on mental health in Argentina during the last government, could promote a better understanding, access, and defense of rights. Furthermore, it could benefit the development of more effective socio-political strategies, that bring awareness on mental health as a political and community struggle.

Key Words

mental health, community, politics, suicide.

Introducción

Con pobreza no hay Salud Mental

La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan.

M. Foucault.

En Argentina aproximadamente diez millones de personas (35,5 %) viven bajo la línea de pobreza, de las cuales casi dos millones y medio se encuentran en situación de indigencia

(8,0%). Entre los más afectados nos encontramos con los niños y las niñas, con un 52,3% del total, lo que quiere decir que uno de cada dos niñas/os en el país se encuentra en estado de vulnerabilidad económica-social (INDEC, 2020). La pobreza y las alteraciones de la salud mental tienen una relación causal circular: a mayor pobreza, mayores dificultades en el bienestar psicológico, a mayores dificultades en el bienestar psicológico, mayor pobreza (DeCarlo Santiago, Kaltman & Miranda, 2013; Wagstaff, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001a). El presente ensayo pretende estudiar y anticipar las posibles consecuencias para la salud mental en las y los habitantes de Argentina debido al aumento exponencial en los indicadores de pobreza durante el período 2015-2019.

Podemos definir salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2011, p. 7), pero debemos comprender que sus dimensiones simbólicas y pragmáticas, en Argentina, se han transformado con cada reestructuración del concepto de Estado (Campodónico, 2019). El proceso de historización para la salud mental en Argentina nos traslada de una representación sanitaria como costo/competencia, durante la dictadura militar del 76', a una revisión desde los derechos humanos durante el gobierno de Néstor Kirchner. Se producen avances y retrocesos en un tránsito: desde una estructura patológica-monovalente, durante el período neoliberal de los años 90', a un intento actual e insuficiente de desmanicomialización (Laurell, 2016; Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013).

La salud mental, en tanto garantía de autonomía colectiva, es un continuum que debe abordarse como emergente de lo social, un fenómeno que se define en la relación dialéctica que se sostiene entre las personas y sus condiciones económicas-culturales (Restrepo & Jaramillo, 2012).

A su vez, la pobreza también es un concepto complejo y transversal a múltiples sentidos. Puede entenderse desde definiciones concretas tales como “privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos” (Sen, 2000, p. 114) hasta el empleo de modelos multidimensionales que pretenden entender el fenómeno más que describirlo (Spicker et al., 2009). En las perspectivas de este trabajo, consideramos que la pobreza es un elemento necesario para la sustentabilidad de un sistema con base en la acumulación del capital (Pradilla Cobos, 2010). En consecuencia, es analizable mientras se considere el orden global que la produce (Dupas, 2008) y las condiciones sociopolíticas contextuales para su perpetuación.

Las condiciones de pobreza han ido empeorando, de manera crítica y paulatina, en los últimos cuatro años. Durante el gobierno del presidente Mauricio Macri (2015-2019) las variables del orden económico argentino se caracterizaron por la vanagloria discursiva y práctica al libre-mercado. Según Belloni & Cantamutto (2019) nos encontramos con políticas propicias a la concentración económica y la acumulación de capital, a una

reestructuración industrial regresiva y a la dependencia acelerada de un endeudamiento con acreedores externos, lo que significó “una ofensiva contra el trabajo, asumiendo la forma de subordinación al mercado mundial y una ruptura de alianzas que tendían a menguar la competencia y por tanto la explotación...” (p. 15). Se sumaron procesos simbólicos característicos del ejercicio y la globalización neoliberal para destruir identidades y particularidades (Touraine, 2005) mediante el empleo de discursos estigmatizantes, anti-intelectuales y deshistorizantes (Catanzaro & Stegmayer, 2018).

A partir de ello, este trabajo pretende abordar la estructuración, desestructuración y consecuencias de la pobreza sobre la salud mental en Argentina desde dos indicadores: el suicidio consumado y la incidencia de los trastornos para la salud mental. Estos eventos representan una urgencia por sus múltiples consecuencias para la salud colectiva (OMS, 2017; OMS, 2003; OMS, 2001b; Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2014).

El bienestar psicológico es una de las tantas formas de emancipación que, como elemento constitutivo de la salud integral, se enraíza a la organización social y las relaciones de poder. Permitir una caracterización de la interdependencia entre salud mental y pobreza favorece la comprensión, el acceso y la defensa de derechos, colabora con el desarrollo de estrategias sociopolíticas más eficientes y de orden preventivo, a la vez que nos permite pensar la acción en salud mental dentro de un campo de luchas políticas y populares.

Desarrollo

Posibles consecuencias del neoliberalismo y la pobreza en Argentina para la salud mental de sus habitantes: un análisis

Pobreza y Salud Mental en el Neoliberalismo

El modelo neoliberal, al igual que otros modelos método-ideológicos, anhela subjetividades y estructuras sociales a priori y posteriori. La pobreza y la salud mental, relacionadas directamente con las condiciones de autonomía y autodeterminación colectiva, se enajenan a sus objetivos: maximizar y priorizar las libertades empresariales (Harvey, 2007). Mientras, se le otorga al Estado un papel limitado a “mantener el orden en el mercado, evitar interferir en la producción y el intercambio, y sancionar los ataques a la competencia entre individuos” (Becerril Velasco, 2017, p. 372).

De esta manera, las personas se encuentran dentro de un sistema que tendería innatamente a la autorregulación, donde las desigualdades son naturales y cualquier intento por recomponer dicha asimetría es indeseable (Becerril Velasco, 2017). Bajo la lógica neoliberal ser pobre se asume como un carácter voluntario y meritocrático ya que, según el ideólogo liberal Becker en su teoría del capital humano (1993), las personas deben

evaluar individual y racionalmente todos los costos-beneficios de cada una de sus decisiones.

Hayek y Friedman, fundadores teóricos del pensamiento liberal, tienen concepciones diferentes de la pobreza como fenómeno y también en las estrategias que deberían usarse para intervenirla. Se observa una falacia transversal en ambos modelos: cierta pretensión por el darwinismo social y concepciones naturalistas.

Por un lado, Hayek (1978) define que la pobreza es más bien un concepto relativo que absoluto, que las personas pobres viven en un estado de involución a diferencia de los ricos. Así, las personas ricas se encuentran en la cima del progreso y funcionan como objeto de imitación ya que “para que una sociedad continúe progresando es ineludible que algunos dirijan y sean seguidos por el resto.” (p. 102).

Para Friedman & Friedman (1990), la pobreza se genera a partir de una intervención excesiva del Estado en su intento de redistribución de ingresos, una planificación económica central y una falta de cooperación voluntaria entre sujetos. Estos autores entienden que lo único que debe favorecerse es la competencia, ya que allí se establecen los estándares para la calidad de vida de los individuos. La pobreza se sostiene como un problema de corte individual, ya que “depende del ingenio y la capacidad de las personas de salir de esa situación desventajada compitiendo de manera eficaz en el sistema” (Peña & Toledo, 2017, p. 210).

El discurso y las medidas económicas neoliberales acceden a la dimensión sanitaria, según Molina & Tobar (2018), desde tres perspectivas diferentes: un absolutismo por la concepción biomédica, una reforma de los servicios de la salud desde su mercantilización y una pretensión tecnocrática del sistema. De esta manera, se erigen estrategias de despolitización de la salud, se desdibuja el rol del Estado para así trasladar “a los individuos y las familias la tarea de gestionar/administrar sus riesgos para mejorar su salud” (López Arellano & Jarillo Soto, 2017, p. 2).

El neoliberalismo anhela un sujeto con comportamientos específicos, en consecuencia, la salud mental se construye en un campo de tensión simbólica con consecuencias concretas. Se sostiene una narrativa que reproduce conductas asociadas al “individualismo, el consumismo, la competitividad y la productividad”, las que en forma consecutiva “refuerzan la idea de responsabilidad de los sujetos sobre su propio bienestar y su involucramiento activo para afrontar dificultades de acuerdo con los parámetros de lo normal y lo deseable.” (Cea Madrid, 2018, p. 50). La meca del sujeto neoliberal es conseguir que se entienda y se apropie de sí mismo como una propiedad privada (Peña & Toledo 2017).

En Latinoamérica, diversas investigaciones (Palma, 2019; Cea Madrid, 2018; Gallo Acosta & Quiñones Useche, 2016) han evaluado el impacto de las políticas neoliberales en el bienestar psicológico, como el aumento indiscriminado de la prescripción de

psicofármacos, la falta de acceso a tratamientos eficaces y la marginalización de estrategias en prevención, promoción y asistencia socio comunitaria.

Garantizar acciones de promoción, prevención y asistencia para la salud mental colectiva y disminuir la pobreza son factores que, hipotetizamos, favorecerían condiciones de igualdad, y esto último no es un componente anhelado en la lógica neoliberal. En palabras de Barukel (2013) “La consecución de una igualdad que vaya más allá de lo formal comporta un riesgo a las libertades personales, al tiempo que su búsqueda desmotiva la iniciativa individual, base del crecimiento económico tal cual lo entiende esta doctrina” (p. 57).

Pobreza y Salud Mental, una breve revisión

Entendemos a la salud mental como producto del desarrollo evolutivo humano representado en modelos sistémico-relacionales (Lerner, 2018). Este tipo de abordajes interpretan diferentes niveles de análisis y organización humana, como lo genético y lo social, con asilo en la funcionalidad adaptiva del comportamiento, indisociable de los contextos en los que se produce (Lipina & Segretin, 2019; Bronfenbrenner, 1987). De esta manera, el comportamiento es producto de la dialéctica entre las personas y sus ambientes, ambientes con indisociables variables políticas, sociales y económicas.

Desde este enfoque, las variables anteriormente citadas pueden funcionar como factores de riesgo o factores de protección para el bienestar psicológico de los diferentes colectivos que componen una sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2002), en las acciones de prevención y promoción sanitaria, los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de que un trastorno se presente, al igual que su gravedad y duración. Los factores de protección aminoran dichas condiciones de probabilidad. Existen factores de riesgo y protección específicos, propios de cada cuadro particular, pero también genéricos. Estos últimos son aquellos comunes a diversos problemas relacionados con el malestar psicológico, entre los que encontramos a la pobreza.

El carácter de la pobreza es complejo, relacional y multidimensional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2005). Según Barbosa Nepomuceno & Ximenes (2019) la pobreza es un fenómeno histórico producto de un sistema perpetuador de desigualdad. Las mismas autoras concluyen que comprende “uma série de privações (...) que produzirão efeitos singulares e coletivos a partir das condições estruturais sociais, culturais, econômicas e políticas” [una serie de privaciones (...) que producirán efectos singulares y colectivos a partir de las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas estructurales] (p. 209).

Dentro de las condiciones de pobreza debemos poder identificar aquello que se denomina Pobreza Crónica (Gasparini, Gluzmann & Tornarolli, 2019) o Persistente (Clemente, 2016). Ésta es entendida como “carencias estructurales que no pueden ser superadas aun en

períodos de alto empleo y mayor prosperidad económica general” (Gasparini, Gluzmann & Tornarolli, 2019, p. 2). Es decir, una condición generalizada que representa un enorme desafío a la organización social mientras se sostiene en el tiempo y afecta a distintas generaciones (Clemente, 2016), determinándose como un factor de riesgo constante y no situacional.

Según Ardila (2011) la pobreza es un concepto psicológico y de interacción social. Desde los estudios de Allen (1970) y Ardila (1979), la psicología científica ha intentado documentar la relación entre pobreza y salud mental. Tal como se ha descrito, el carácter complejo del concepto de pobreza ha obligado a realizar definiciones operativas para su abordaje.

Una de las más empleadas en la revisión académica es la de Estatus Socioeconómico (o SES por sus siglas en inglés). Según Brito & Noble (2014), el Estatus Socioeconómico es una construcción que combina factores de medición objetivos como el nivel de ingresos, los alcances educativos, la ocupación o el contexto de los barrios de procedencia, entre otros. De esta manera, las investigaciones entre pobreza y salud mental se han centrado en diferentes áreas:

Estudios de carácter descriptivo que evalúan la relación entre condiciones de pobreza y desarrollo anatófisiológico cerebral, funciones cognitivas y/o rendimiento escolar en niños, niñas y jóvenes (Hair, Hanson, Wolfe & Pollak, 2015; Luby et al., 2013; Mazzoni, Stelzer, Cervigni & Martino, 2013; Grieve, Korgaonkar, Clark & Williams, 2011).

Investigaciones de carácter descriptivo que evalúan las condiciones de pobreza junto a exploraciones anatómicas cerebrales (Krishnadas et al., 2013) y características psicológicas en adultas y adultos, como los niveles de autoeficacia y su aplicabilidad a conflictos sociales-económicos, evaluación de la desesperanza o estrategias de afrontamiento diferenciales (Galindo & Ardila, 2012; Ardila, 2011; Palomar & Valdés, 2004)

Análisis cualitativos que evalúan los riesgos asociados para la salud mental en personas con ingresos económicos reducidos, como la precariedad de los entornos ambientales, la dificultad de acceso a cobertura sanitaria, violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia institucional y/o espacios inadecuados para recreación (Barbosa Nepomuceno & Morais Ximenes, 2019; Pick & Sirkin, 2010; Lipina & Colombo, 2009).

A su vez, existen dos campos investigativos en salud mental y pobreza que tienen una profunda relevancia en el bienestar colectivo debido al amplio alcance de sus consecuencias: la incidencia de los trastornos psicológicos y los comportamientos del espectro suicida (OPS, 2014; OPS, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), la incidencia de los trastornos de la salud mental aumenta cuando las condiciones económicas, sociales y políticas son inestables. Se estima que, en países latinoamericanos, sobre todo en sus regiones más desfavorables, el fenómeno podría aumentar desproporcionadamente año a año debido a la profundización de las condiciones de desigualdad (OPS, 2018).

Diversos documentos evalúan las correlaciones entre condiciones de pobreza y la incidencia de síntomas de malestar psicológico hasta la estructuración de cuadros clínicos, como el trastorno de depresión, en adultas y adultos (Castillo León et al., 2019; Palomar & Lanzagorta, 2005). En el mundo, los trastornos de la salud mental significan un 13% de la carga de morbilidad, mientras que en la región de las Américas alcanzan un 22.2%, con un aumento exponencial año a año (OMS, 2017). Según el último documento sobre la carga de los trastornos mentales en las Américas (OPS, 2018) entre los que se incluye la depresión, el consumo problemático de sustancias, el suicidio, entre otros, los mismos representaron “una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región” (p. 10).

La incidencia de los trastornos psicológicos se relaciona con la participación, uso y acceso a los sistemas asistenciales en salud mental (Vetere, Sánchez, Mattioni, Larraburu, & Vázquez Melia, 2019). En Latinoamérica y el Caribe, una revisión historiográfica nos permite observar cómo los cambios del sistema político se relacionan con cambios específicos en los servicios de asistencia psicológica (Rodríguez, 2017). Mientras, un aumento en las condiciones de vulnerabilidad, como la pobreza y la discriminación, se convierten en un obstáculo para la participación de sus usuarias y usuarios (OMS, 2011; OMS, 2005; OMS, 2004).

Por otro lado, la correlación entre condiciones socioeconómicas y comportamientos del espectro suicida componen un campo de resultados diversos debido a la complejidad y difícil delimitación de ambos conceptos (Rane & Nadkarni, 2014; Chang et al., 2011; Congdon, 2011). Se estima que, por año, en América mueren siete personas por hora a causa del suicidio (OPS, 2014). Al igual que la pobreza, el suicidio es un fenómeno de etiología multideterminada que suele emplearse como medida estimativa del estado psicológico de una población (Campo Arias & Gerazo, 2014). A su vez, hablar de suicidio es hablar de diferentes fases del comportamiento, ya que existen diferentes conductas intervinientes antes de un suicidio consumado, como la planificación y la ideación (Nock et al., 2008).

En Latinoamérica, investigaciones realizadas en México, Perú y Chile sugieren que algunos factores sociodemográficos relacionados con la pobreza, tales como el desempleo y la ausencia en garantías en el acceso a la educación, tienen relevancia en el malestar psicológico y algunos comportamientos del espectro suicida (Ccasani Meza, Enciso Trujillo, González Oriundo, 2020; Vergara, 2019; Dávila Cervantes & Luna Contreras, 2019). En el caso de Colombia, por otra parte, en un amplio estudio realizado por Campo Arias & Gerazo (2014) no se evidenció una correlación positiva entre pobreza y suicidio consumado durante un período anual específico. La variabilidad de los resultados expuestos nos conduce a la relevancia que tiene un análisis específico del comportamiento suicida en cada país y región (Chang et al., 2011).

En la actualidad, una dimensión y un desafío para el campo investigativo es profundizar en la relación existente entre ingreso económico y rendimiento de los y las profesionales

sanitarios y sanitarias. Según Solís Córdor, Tantalean del Águila, Burgos-Aliaga & Chambi-Torres (2017), los factores económicos, como el ingreso salarial, influyen en el agotamiento de los y las agentes de la salud, como médicas/os y enfermeras/os, afectando su rendimiento profesional.

Otro problema creciente asociado se encuentra en la migración, por parte de las y los agentes sanitarias y sanitarios, desde países pobres a países desarrollados. Las condiciones económicas, como pueden ser el ingreso promedio o las expectativas salariales, se disponen como factores de gran relevancia en la elección de agentes de la salud para migrar de sus lugares de origen (Taype-Rondán, Luna-Porta & Mendoza Quispe, 2016).

La psicología empieza a erigirse como una disciplina que puede y debe colaborar en la estructuración de políticas públicas que abordan el entramado de la pobreza. Un reciente trabajo colaborativo entre equipos de investigación latinoamericanos y españoles, llamado *Implicações psicossociais da pobreza, diversidades e resistências* (Morais Ximenes, Barbosa Nepomuceno, Cidade & Moura, 2016), registra impactos psicosociales de la pobreza en diferentes contextos y poblaciones, como el de mujeres provenientes de espacios rurales. Este compilado de artículos permite entender cómo la pobreza impacta en la identidad social y personal de sus implicados, a la vez que posiciona a la ciencia psicológica como sustancial al aporte epistémico, metodológico y ontológico para la comprensión y abordaje del fenómeno (Teixeira Mendes, 2017).

Neoliberalismo, Pobreza y Salud Mental en Argentina

Los antecedentes investigativos en Argentina con respecto a la pobreza y la salud mental son diversos. A perspectivas de este trabajo, en un primer lugar se reseñará la vuelta al modelo neoliberal durante el período 2015-2019, para luego realizar un análisis de aquellos fenómenos que presentan, por su urgencia, consecuencias de mayor alcance para la salud colectiva en el futuro inmediato: el suicidio consumado y la incidencia de los trastornos psicológicos entre la población (OMS, 2017; OPS, 2014).

Período 2015-2019: la vuelta al neoliberalismo en Argentina

Durante el año 2015, en Argentina se llevaron a cabo elecciones presidenciales por octava vez desde la reconquista por la democracia en 1983 (Unidiversidad, 2019). El sufragio tuvo por ganadora a la fórmula Macri-Michetti, en segunda vuelta, con 12.988.359 votos frente a los 12.309.575 de la fórmula Scioli-Zannini (Dirección Electoral Nacional, 2020). El ingeniero Mauricio Macri fue el candidato presidencial por la alianza vencedora, CAMBIEMOS, una coalición entre diferentes partidos políticos que contaban con la participación de la Unión Cívica Radical (UCR), la Coalición Cívica ARI y la Propuesta Republicana (PRO), como fuerzas más relevantes.

Garantizando “Pobreza Cero” (Diario Clarín, 2016) y anunciando “el mejor equipo de los últimos 50 años” (Diario La Nación, 2015) las políticas económicas aplicadas en este

período se caracterizaron por una “apertura importadora, liberalización financiera y desregulación del mercado laboral” (Wahren, Harracá & Cappa, 2018, p. 1). Entre los objetivos principales se pretendía disminuir el déficit fiscal y reconfigurar las relaciones internacionales apostando a las inversiones extranjeras.

Al igual que en períodos anteriores, el desenlace de repetir estas estrategias fue crítico para las condiciones de vulnerabilidad colectiva. En el año 2018 Argentina entraba en una nueva crisis económica y social: el déficit fiscal se agravaba, el gasto era regresivo, el riesgo país subía de forma considerable, se producía una enorme fuga de capitales y un endeudamiento récord para la historia nacional (Wahren, Harracá & Cappa, 2018).

Las medidas de CAMBIEMOS supusieron un riesgo a las garantías de igualdad para los habitantes del país debido a, junto al incremento de pobreza, otros dos aspectos centrales: un aumento en el desempleo y una disminución de los presupuestos asignados a la salud. El desempleo escaló al 10,6 % en el segundo trimestre del año 2019, es decir, 1,44 millones de personas desempleadas en un total de 31 aglomerados urbanos analizados (INDEC, 2020). La cantidad de trabajadores asalariados disminuyó un 1,1 %, esto es más de 100.000 puestos de trabajo perdidos en un lapso de cuatro años (Secretaría de Trabajo y Empleo, 2019).

Los presupuestos en salud llegaron a recortarse hasta un 22% en cuatro años teniendo en cuenta una caída real con relación a los niveles de inflación interanuales (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019). Con respecto a las inversiones en salud mental, los créditos para el apoyo y promoción de salud mental se recortaron un 50 % en cuatro años, de 80.867.494 en el año 2016 a 38.006.537 para el año 2019 (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019; Ministerio de Hacienda de la Nación, 2016), llegando a discontinuar diversos programas relacionados y masificando los despidos de los y las trabajadores y trabajadoras del sector (Política del Sur, 2019; La Tinta, 2016).

A pesar del malestar social, el gobierno de CAMBIEMOS logró culminar su mandato. En las elecciones presidenciales del año 2019, y con un nuevo escenario de coaliciones partidarias, el ganador sería el Abogado Alberto Fernández, representante del FRENTE DE TODOS, según datos de la Cámara Nacional Electoral (2020) con un 48,10 % del total de votos (12.473.709). Mauricio Macri quedaría en segundo lugar con un 40,38 % (10.470.607), convirtiéndose en el primer presidente argentino en presentarse a una reelección y no ganarla (Infobae, 2019).

Suicidio

Como se ha explicado anteriormente, el suicidio es un fenómeno de etiología multideterminada que debe ser analizado en su contexto social específico (Chang et al., 2011), mientras que la relación entre pobreza y comportamientos del espectro suicida encuentra resultados divergentes en Latinoamérica y el resto de mundo (Ccasani et al.,

2020; Vergara, 2019; Rane & Nadkarni, 2014; Congdon, 2011). Según Diana Altavilla (2012) el suicidio es un acto privado que afecta lo público, y desde la perspectiva de este trabajo consideramos que lo público tiene una gran relevancia en este acto privado.

A fines metodológicos, es importante destacar que cada país opta por realizar mediciones de la pobreza de formas diferenciales. En Argentina, según INDEC (2020), la línea de pobreza (LP) “consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si estos tienen capacidad de satisfacer –por medio de la compra de bienes y servicios– un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales.” (p. 127). Esta forma de medición permite considerar diferentes variables al momento de definir la pobreza, como por ejemplo el acceso a vestimenta, educación y salud. Por otra parte, lo que se denomina línea de indigencia (LI) se obtiene a partir de un umbral mínimo que establece la posibilidad de un hogar para cubrir una canasta básica de alimentos. Aquellos hogares que no superan ese umbral o línea son considerados indigentes.

En el año 2001 Argentina atravesó una de las peores crisis económicas sociales de su historia, registrando ese año una tasa de desempleo que alcanzó el 25 % y niveles de pobreza del 51,7 % (Centro de Estudios de la Situación y Perspectivas de la Argentina, 2004). En un análisis descriptivo del comportamiento suicida entre 1988 y 2008 (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2009), se observa un ascenso exponencial desde 1995 hasta el año 2002 para encontrar un notable incremento del 3,2 % entre el período 2000-2004 (13,3 %) con respecto al anterior (1995 a 1999, 10,1 %). Entre el año 1994 y 1996, la pobreza en Argentina presenta un salto de diez puntos, del 16,1 % al 26,7 %, y la pobreza extrema se duplica del 3,3 % al 6,9 % (Delfini & Picchetti, 2005). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002) entre 1994 y 1997 “el debilitamiento del ingreso real y el empeoramiento distributivo se combinaron, dando por resultado un nuevo aumento de la incidencia de pobreza absoluta.” (p. 60).

Con respecto al período 2010-2018, volvemos a observar que el suicidio consumado no tiene un carácter lineal a través de los años, pero sí podemos llegar a hacer algunas inferencias. El último registro sobre la mortalidad del suicidio data del año 2018, en el cual se registraron 3.322 muertes en total, lo que significa una tasa de 7,4 cada 100.000 habitantes (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2019). Durante el período 2016-2018 no se encuentran los picos más altos de la década con respecto al suicidio consumado, pero se observa el inicio de un ascenso exponencial, tal como sucedió en el período de 1994-1996.

Durante el bienio 2017 y 2019, la pobreza en Argentina vuelve a presentar un salto significativo, esta vez de doce puntos, pasando de 28,2 % a 40,8 % (INDEC, 2017; 2020). El último registro de un cambio cuantitativo tan abrupto en el estadístico fue durante el período de 2001-2003, plena crisis económica social, y antes de ella durante el período de 1994-1996, el inicio de la recesión que culminó en dicha crisis (Delfini & Picchetti, 2005).

En un estudio reciente sobre la variación geográfica del comportamiento suicida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no se encontró asociación entre pobreza y la ocurrencia de éste, pero sí hallaron a la fragmentación social como factor asociado al aumento de riesgo (Leveau et al., 2019). La proposición de fragmentación social es obtenida a partir de los estudios de Durkheim (1998) y su concepto de antinomia para explicar la frecuencia del comportamiento suicida. Los hallazgos de Leveau et al. (2019) coinciden con los resultados de otras investigaciones en Sudamérica (Bando et al., 2012).

Según el documento Hechos Vitales en la Adolescencia en Argentina (UNICEF, 2019), en el año 2017 el suicidio resultó ser la segunda causa de muerte por causas externas entre niños, niñas y jóvenes de 10 a 19 años. A lo largo de la década, la mortalidad por suicidio en jóvenes ha ido aumentando y disminuyendo en una tasa que varía entre un rango de 5,8 y 7,7 personas cada 100.000 habitantes. El año 2013 y 2014 resultaron ser los que registraron una mayor tasa de incidencia entre dicha población. Según un estudio del Observatorio de la Deuda Social Argentina (Salvia & Bonfiglio, 2020), en un análisis transversal sobre la pobreza y la pobreza infantil entre los años 2010 a 2019, se observó que la pobreza venía en disminución entre el año 2010 a 2012 para evidenciar un cambio en la tendencia durante los años 2013 y 2014. La pobreza en personas menores de 15 años alcanzó, en el primer semestre del año 2019, la cifra más alta de la década: 52,6% (INDEC, 2020).

Según lo aquí expuesto, la pobreza en sí misma no parece ser un factor que alcance a explicar las amplias variaciones del suicidio consumado en Argentina. Lo que se nos permite hipotetizar es que los cambios abruptos en los indicadores de la pobreza, como los del período 1994-1996 o 2017-2019, y la modificación en sus tendencias, como las del año 2012-2013, podrían acompañarse con un incremento en los casos de suicidio consumado o anticipar curvas de ascenso exponencial.

Por otro lado, la incidencia del comportamiento suicida en Argentina con respecto a la pobreza variaría según el grupo etario, la existencia de series diferenciales exige investigaciones y estrategias políticas específicas.

Este análisis encuentra sus limitaciones en no evaluar la variación del comportamiento suicida considerando la diversidad regional que compone el territorio argentino.

Incidencia de los Trastornos de la Salud Mental

Según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Población General de la República Argentina (Stagnaro et al., 2018), se estima que el 29% de la población ha convivido con un trastorno psicológico en algún momento de su vida. Los trastornos de mayor prevalencia son los relacionados con la ansiedad (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo, como la depresión (12,3%) y los trastornos por uso de sustancias (10,4%). En la investigación se identifican obstáculos en los accesos a los servicios de salud mental y se destaca que aquellas personas con menores ingresos económicos tienen menos

probabilidades de recibir un tratamiento adecuado.

Desde el año 2010, Argentina cuenta con una Ley de Salud Mental (N°26. 657) que promueve asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Cap. I. Art. 1).

Se parte de un enfoque interdisciplinar, intersectorial, de des-manicomialización, des-judicialización y des-institucionalización orientado al respeto y cumplimiento de los derechos humanos.

Argentina es el país con mayor cantidad de psicólogos cada cien mil habitantes del mundo, con un estimativo de 98.000 profesionales activos en el año 2015 y con más de cuarenta universidades, públicas y privadas, donde se puede obtener su titulación (Alonso & Klinar, 2016). Pero esto no es suficiente para encontrar garantía en los servicios de salud mental que ocupan el territorio.

En el año 2019, la Dirección Nacional de Salud Mental presentó el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, una de las deudas pendientes con la Ley N°26.657. El documento significó un gran paso para pensar en la consecución de políticas públicas basadas en datos concretos. Se relevó información de todas las instituciones de Argentina con internaciones monovalentes en salud mental.

Participaron del estudio más de doce mil personas internadas en 162 instituciones diferentes. Con respecto a la situación social económica se pueden encontrar distintos puntos significativos:

En primer lugar, la mayoría de las instituciones monovalentes en Argentina (75 %) son de carácter privado, mientras que un 25 % son públicas. A pesar de esta diferencia, la distribución de personas internadas es homogénea.

El 25,3 % de los y las encuestados/as indicó no percibir ningún ingreso económico. El 20,9 % solamente cuenta con la cobertura pública de salud.

Sólo el 36,4 % cumple con los criterios de internación. A su vez, el 37,2 % de las personas internadas se encuentran ahí por razones de problemas sociales y/o de vivienda. El promedio de internación en instituciones privadas es de 4,2 años, mientras que en instituciones públicas esa referencia se triplica: 12,5 años.

La creación y aplicación de la Ley de Salud Mental N°26.657 exige que las internaciones y el aislamiento de las personas deben ser estrategias aplicadas como último recurso. Previamente se deben ejecutar dispositivos de carácter intermedios/sustitutivos, a cargo de equipos interdisciplinarios en coordinación con áreas del desarrollo social que favorezcan el fortalecimiento de lazos comunitarios (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek &

Joskowicz, 2013). Para construir y sostener dispositivos de este estilo, la acción colectiva debe estar garantizada. Según Vance en CLACSO TV (2019) un incremento en las condiciones de pobreza se traduce a una menor posibilidad de participaciones comunitarias decisivas, en consecuencia, dispositivos menos eficientes, efectivos y eficaces.

El paradigma tutelar que predomina desde el modelo biomédico sobre las personas con trastornos psicológicos también se extrapola a las personas en situación de pobreza. En ambas ocurre una restricción de derechos y libertades (Tisera & Lohigorry, 2015; Bialakowsky et al., 2013) mientras que su perspectiva no suele estar contemplada en las estrategias políticas de intervención. Según Morasso (2013), las dificultades socioeconómicas representan dificultades en el acceso y participación sobre los servicios de salud mental, lo que favorece un incremento en la medicalización y no permite desinstitucionalizar a los/as usuarios/as para que puedan reinsertarse fuera de la unidad de internación. A pesar de que las condiciones cotidianas de las instituciones monovalentes son pésimas “el desafío de la externación es el de reconstruir un entramado social habitable en el afuera.” (De Battista, 2019, p. 6).

El Plan Estratégico en Salud Mental de la OMS para el período 2013-2020 (2011) ya evidencia que, para conseguir resultados efectivos para el bienestar psicológico, a las tareas asistenciales se deben añadir acciones coordinadas de promoción y prevención. Se pretende sensibilizar a la sociedad acerca de las consecuencias de los trastornos mentales en general, alentar su participación en la construcción de dispositivos comunitarios, promover un estilo de vida saludable, potenciar el desarrollo de herramientas psicológicas y dar a conocer la existencia de profesionales y servicios capaces de responder a sus demandas.

Por otro lado, también es relevante visibilizar el estado de salud psicológica de agentes encargadas y encargados de la acción en salud mental. La presencia del síndrome de Burnout en agentes de la salud mental en Argentina, por ejemplo, encuentra variación según condiciones sociodemográficas, como el sexo y las características de la institución. Las mujeres y las y los agentes pertenecientes a las instituciones públicas presentan mayores consecuencias psicológicas que agentes en otras condiciones (Giménez, Gilla, Morán, & Olaz, 2018).

Una profundización en la precarización de garantías laborales, como la sobreexplotación y una retribución económica disminuida, hipotetizamos, también sería un obstáculo para la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios nacionales en salud mental. Según Borgarello (2019), deben encontrarse formas legales de garantizar las acciones de prevención y autocuidado en las y los agentes de la salud, ya que una omisión de estas tendría un impacto para los y las profesionales, pero también para toda la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que las condiciones de pobreza son un

factor de riesgo para un aumento en la prevalencia de los trastornos de la salud mental. En los últimos años nos hemos encontrado con un bi-aumento interrelacionado: la pobreza y la incidencia de los trastornos psicológicos. Ambas se constituyen como condiciones de vulnerabilidad que obstaculizan una participación comunitaria de los/las usuarios/as, afectando la eficacia asistencial de los servicios (Hermosilla, Cataldo, y Bogetti, 2015), y representan un riesgo para las/los agentes encargadas y encargados de garantizarla, anticipando un aumento de sus consecuencias individuales y colectivas.

Discusiones

Hasta aquí hemos realizado inferencias acerca de la interacción dialéctica que existe entre la pobreza y la salud mental en Argentina, campo de investigación que se encuentra en construcción y exige relevamientos específicos.

Durante el período 2015-2019 se reinstauró en el país un modelo político-económico neoliberal donde se produjo un incremento abrupto de la pobreza: más de 10 puntos entre el 2015 y el 2019 (Salvia & Bonfiglio, 2020). Los presupuestos en salud llegaron a recortarse hasta un 22% en cuatro años teniendo en cuenta una caída real con relación a los niveles de inflación interanuales (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019). Los créditos para el apoyo y promoción de salud mental se recortaron un 50 %, de 80.867.494 en el año 2016 a 38.006.537 para el año 2019 (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019; Ministerio de Hacienda de la Nación, 2016).

Se analizaron, desde los últimos estadísticos oficiales y en retrospectiva con otros períodos económicos, dos campos concretos por su urgencia y relevancia para la salud pública (OMS, 2017; OPS, 2014): el suicidio consumado y la incidencia de los trastornos psicológicos.

Con respecto al suicidio consumado, las investigaciones en Latinoamérica presentan resultados ambiguos, pero sostienen como eje transversal el carácter complejo del comportamiento suicida según cada país y región (Ccasani et al., 2020; Vergara, 2019; Dávila Cervantes & Luna Contreras, 2019; Arias & Gerazzo, 2014). En Argentina se pueden sugerir algunas relaciones entre pobreza y suicidio consumado, respetando el carácter multideterminado de ambos fenómenos.

En primer lugar, un análisis del período previo a la crisis económica de inicios de siglo pasado nos permite observar un ascenso exponencial de los casos de suicidio consumado durante siete años consecutivos. Entre los años 1994 y 1996, período donde inicia la curva, Argentina atraviesa un aumento de diez puntos en el estadístico de pobreza (Delfini & Picchetti, 2005). Entre los años 2002 y hasta el año 2016, no se habían registrado más de dos años de ascenso consecutivo en los casos de personas fallecidas por suicidio (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2019; Ministerio de Salud de la Nación, 2009). Entre el período 2016-2019, se vuelve a registrar un ascenso exponencial en los casos de suicidio consumado (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2019), acompañado de un

incremento de más de diez puntos en los estadísticos de pobreza (INDEC, 2020). Además, se hallaron comportamientos diferenciales según la edad de las personas afectadas.

La ausencia de datos del año 2019 y la llegada de la pandemia en el año 2020, requieren una mayor atención e investigación sobre el comportamiento suicida y la modificación de estadísticos en la pobreza. Los cambios abruptos de los estadísticos o un cambio en la tendencia podrían relacionarse con períodos más críticos para el comportamiento suicida en el país. A su vez, es necesario construir abordajes regionales, ya que las condiciones culturales, económicas y sociales varían ampliamente a lo largo del territorio.

Con respecto a la incidencia de los trastornos de la salud mental, según la OMS (2011) una inestabilidad en los factores económicos-sociales aumentan los riesgos para el bienestar psicológico. La incidencia en Argentina, al igual que en muchos países latinoamericanos, registra un ascenso continuo (Stagnaro et al., 2018; OPS, 2015).

La situación se vuelve compleja al considerar el uso y estructuración de los servicios de salud mental en el país. La participación popular se ve limitada, los servicios desmantelados y las garantías restringidas (Vetere, Sánchez, Mattioni, Larraburu, & Vazquez Melia, 2019). La mayoría de las internaciones se dan en el ámbito público, a pesar de contar con menos instituciones que el campo privado, mientras que la ausencia de políticas sociales no facilita la reinserción de la población que utiliza los servicios de salud mental (De Battista, 2019).

La pobreza y las alteraciones de la salud mental deben entenderse en un marco de luchas populares, ambas complejizadas en conceptos transversales que incrementan las condiciones de vulnerabilidad y disminuyen las garantías de igualdad y autonomía. La dificultad de transformar el paradigma tutelar, que todavía sostiene predominancia con base en el modelo biomédico, constituye un ejemplo de esto. Tanto en la pobreza como en las internaciones en instituciones monovalentes ocurre una restricción de derechos y libertades (Tisera & Lohigorry, 2015), donde la perspectiva de las personas en pobreza y personas institucionalizadas no suele estar contemplada en las estrategias políticas de intervención (Vance, en CLACSO TV, 2019).

El presente trabajo pretende que la interrelación entre pobreza y salud mental se considere como dimensión en la planificación e implementación de políticas públicas. Por ello, las futuras investigaciones surgirán del desafío por el brote de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el Síndrome Respiratorio Agudo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (Zhou et al., 2020). Se pronóstica la mayor contracción de la actividad económica en la historia de la región (CEPAL, 2020) y Argentina, que además carga con las consecuencias de la reciente crisis económica, espera que las condiciones de desigualdad se profundicen al agravarse la relación entre informalidad económica, pobreza y exclusión social (Salvia & Bonfiglio, 2020).

Estudios preliminares (Johnson, Saletti Cuestas & Tumas, 2020; Arrosi & Ramos et al., 2020) ya sugieren diversas complicaciones para la salud mental a partir de la situación de

aislamiento en Argentina, como un aumento en la presencia de malestar psicológico y mayores alteraciones del sueño. Además, evidencian un impacto desigual, ya que se registran significativas diferencias entre las consecuencias para mujeres y varones, personas con menor confort en el hogar, menor nivel educativo alcanzado y aquellas que no poseen cobertura de salud.

Para finalizar, se considera que son necesarias futuras investigaciones que evalúen el impacto de la situación socio económica en agentes de la salud mental. Según Giménez, Gilla, Morán, & Olaz (2018), la presencia del síndrome de Burnout en agentes de la salud mental en Argentina varía según condiciones sociodemográficas, como el sexo y las características de la institución. Los mismos autores también refieren la ausencia de mayores trabajos investigativos en la temática. Un reciente informe realizado sobre la situación económica de psicólogas y psicólogos de la provincia de Jujuy durante la situación de aislamiento (Calvó, Rodríguez & Vargas, 2020), observó que los ingresos monetarios de las y los profesionales disminuyeron ampliamente, sobre todo en mujeres jefas de hogar. El desconocimiento de la situación socio económica de las y los profesionales y la ausencia de garantías laborales, se hipotetiza, conllevaría mayores consecuencias en la eficacia, eficiencia y efectividad de la acción profesional y la operatividad en los servicios asistenciales.

Bibliografía

- Allen, V. (1970). *Psychological Factors in Poverty*. Chicago, Estados Unidos: Institute for Research on Poverty.
- Alonso, M., & Klínar, D. (2016). *Los psicólogos en Argentina: Relevamiento Cuantitativo 2015* (Resultados preliminares) en VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología., Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Altavilla, D. (2012). Reconstrucción(es) luego de un suicidio: afectación en la familia y el entorno social. En Chávez Hernández, A.M., Klein, A., & Macías García, L.F. (Comp.), *Salud mental y malestar subjetivo: Debates en Latinoamérica* (pp. 35-56). Buenos Aires: Manantial.
- Ardila, R. (1979). *Psicología social de la pobreza*. En J. O. Whittaker (Ed.). *La psicología social en el mundo de hoy*. (pp. 399-418). México: Editorial Trillas.
- Ardila, R. (2011). *El mundo de la psicología*. Bogotá, Colombia: Editorial Manual Moderno.
- Arriaga, M., Ceriani, L., & Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Arrossi, S., Ramos, S., Binder, F., Perelman, L., Romero, M., Krupitzki, H. (2020). Estudio

- Tiara, primer avance de resultados. Buenos Aires, Argentina: CEDES/CONICET. Recuperado de <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4534/6/Tiara-avance2020.pdf>
- Bando, D. H., Moreira, R. S., Pereira, J. C., & Barrozo, L. V. (2012). Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996-2005: an ecological study. *BMC psychiatry*, 12(124), s/p. doi: 10.1186/1471-244X-12-124
- Barbosa Nepomuceno, B., & Ximenes, V.M. (2019). Apoio Social e Saúde Mental em Mulheres em Contextos de Pobreza No Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*, 53(2), 208-218.
- Barukel, A. (2013). Estado.Política.Locura. *Revista Cátedra Paralela*. Recuperado de <https://catedraparalela.com.ar/revistasoficial/revista9/estado.pdf>
- Becerril Velasco, C. I. (2015). El papel del Estado en el alivio a la pobreza en la era neoliberal Una aproximación teórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(225), 369-393. doi: 10.1016/s0185-1918(15)30030-1
- Becker, G.S. (1993). *The Economic Way of Looking at Life*. Chicago, Estados Unidos: Institute for Law and Economics at Chicago Unbound.
- Belloni, P., & Cantamutto, F. (Coord.). (2019). *La economía política de Cambiemos: Ensayos sobre un nuevo ciclo neoliberal en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Batalla de Ideas.
- Bialakowsky, A. L., Grima, J.M., Rosendo, E., Costa, M.I., Crudi, R., Xiques, M., & Haimovici, N. (2003). Procesos sociales de trabajo en instituciones públicas. Actores bifrontes. Encrucijadas: *Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 23(1) s/p. Recuperado de http://repositorioubas.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucci/index/assoc/HWA_731.dir/731.PDF
- Borgarello, M.L. (2019). Prevención de Estrés y Burn-Out en el Equipo de Salud. *Revista de la asociación médica argentina*, 3(132), 34-38.
- Brito, N.H., & Noble, K.G. (2014). Socioeconomic status and structural brain development. *Frontiers in Neurosciense*, 8, 1-12. doi: 10.3389/fnins.2014.00276
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Calvó, F., Rodríguez, M., Vargas, V.D. (2020). Consecuencias de la Cuarentena en la Actividad Laboral de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Jujuy. Jujuy, Argentina: Colegio de Psicólogos de Jujuy.
- Cámara Nacional Electoral. (2020). Resultados Elecciones Nacionales 2019. Recuperado de <https://www.electoral.gob.ar/nuevo/paginas/btn/elecc2019.php>
- Campodonico, N. (2019). El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010). *Perspectiva en Psicología*, 16(1), 38-47.
- Catanzaro, G., & Stegmayer. (2018). Inflexiones del neoliberalismo y sus efectos sobre la subjetividad: imperativos y paradojas de una nueva discursividad pública en la Argentina

reciente. *Revista de la Carrera de Sociología*, 8(8), 4-31.

Ccasani Meza, M., Enciso Trujillo, A.E., González Oriundo, L.M. (2020). Características del espectro suicida en personas adultas con trastornos de ansiedad en Lima Metropolitana. (Trabajo de Grado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Cea Madrid, J. C. (2018) Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 50-70.

Centro de Estudios de la Situación y Perspectivas de la Argentina. (2004). *Pobreza y Desempleo en la Argentina. Problemática de una nueva configuración social*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Chang S.S., Sterne J.A., Wheeler B.W., Lu T.H., Lin J.J., & Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health Place*. 17(2), 641-650. doi:10.1016/j.healthplace.2011.01.00

CLACSO TV. (7 de agosto de 2019). Carina Vance - Clase CLACSO. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?time_continue=2991&v=Db2vG427pql&feature=emb_title

Clemente, A. (2016). La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para su abordaje. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 6(10), 13-27.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45445/4/S2000286_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2005). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2002). *Revista de la CEPAL* núm. 78. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.

Congdon, P. (2011). The Spatial Pattern of Suicide in the US in Relation to Deprivation, Fragmentation and Rurality. *Urban Studies*, 48(10), 2101–2122. doi:10.1177/0042098010380961

Congreso de la Nación Argentina. (25 de noviembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental [Ley 26.657 de 2010]. DO: Boletín Oficial N° 3204.

Dávila Cervantes, C. A., & Luna Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90(6), 606-616. doi: 10.32641/rchped.v90i6.1012

De Battista, J. (2019). ¿Cómo desmanicomializar sin segregar? Proyecto de investigación acerca de los obstáculos desde la perspectiva de las historias de vida de usuarios del HIAC Dr. A. Korn (Melchor Romero, La Plata). Trabajo presentado en Jornada de Investigadores/as sobre Conocimiento y Políticas Públicas, Instituto de Investigaciones sobre Conocimiento y Políticas Públicas, Buenos Aires, Argentina.

- DeCarlo Santiago, C. D., Kaltman, S., & Miranda, J. (2012). Poverty and Mental Health: How Do Low-Income Adults and Children Fare in Psychotherapy?. *Journal of Clinical Psychology*, 69(2), 115-126. doi: 10.1002/jclp.21951
- Delfini, M.F., & Picchetti, V. (2005). Desigualdad y pobreza en Argentina en los noventa. *Política y cultura*, 24(s/v), 187-206. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422005000200009&lng=es&tlng=es.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2019). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2018. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2018). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2017. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2017). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2016. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2016). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2015. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2015). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2014. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2014). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2013. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2013). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2012. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2012). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2011. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. (2009). Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Humano de la Nación.
- Dirección Nacional Electoral. (2020). Resultados Elecciones Nacionales 2015. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/interior/dine/resultadosyestadisticas/2015>
- Dupas, G. (2008). Pobreza, desigualdad y trabajo en el capitalismo global. *Nueva Sociedad*, s/v(215), 62-78.
- Durkheim É. (2002). *Suicide: a study in sociology*. 2ed. Estados Unidos, New York: Routledge.
- Fondo Monetario Internacional. (2018). El Directorio Ejecutivo del FMI aprueba un Acuerdo Stand-By por USD 50.000 millones para Argentina. Recuperado de:

<https://www.imf.org/es/News/Articles/2018/06/20/pr18245-argentina-imf-executive-board-approves-us50-billion-stand-by-arrangement>

Friedman, M., & Friedman, R. (1990). *Free to choose, a personal statement*. Londres, Reino Unido: Cengage Learning EMEA.

Galindo, O., & Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 381-407.54.

Gallo Acosta, J. E., & Quiñones Useche, A. (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. *Athenea Digital*, 16(2), 139-168.

Gasparini, L., Gluzmann, P., & Tornarolli, L. (2019). *El desafío de la pobreza en Argentina. Diagnósticos y Perspectivas*. Buenos Aires, Argentina: CEDLAS, CIPPEC, PNUD.

Gilardi, N. (28 de octubre de 2019). Mauricio Macri es el primer presidente argentino que se presenta a la reelección y no la logra. *Diario Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/politica/2019/10/28/mauricio-macri-es-el-primer-presidente-argentino-que-se-presenta-a-la-reeleccion-y-no-la-logra/>

Giménez, S. B., Gilla, M. A., Morán, V. E., & Olaz, F. O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10(3), pp. 1-20. doi: 10.5872/psiencia/10.3.22

Grieve, S. M., Korgaonkar, M. S., Clark, C. R., & Williams, L. M. (2011). Regional heterogeneity in limbic maturational changes: evidence from integrating cortical thickness, volumetric and diffusion tensor imaging measures. *Neuroimage*, 55(3), 868–879. doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.12.087

Hair, N. L., Hanson, J. L., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2015). Association of Child Poverty, Brain Development, and Academic Achievement. *JAMA Pediatrics*, 169(9), 822-829. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1475

Harvey, D. (2007). Neoliberalism as creative destruction. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 610(21), 20-44. doi: 10.1177/0002716206296780.

Hayek, F. A. (2014). *Los fundamentos de la libertad*. 9ª Ed. [Traducido al castellano de *The constitution of Liberty*]. España: Unión Editorial S.A.

Hermosilla, A.M., Cataldo, R., & Bogetti, C. (2015) Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 12 (s / n) , 61 - 68 . Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4835/483547668007>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2020). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: segundo semestre del 2019*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Economía.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2017). *Incidencia de*

la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: segundo semestre de 2016. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Hacienda.

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2447-2456. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10472020

Krishnadas, R., McLean, J., Batty, G. D., Burns, H., Deans, K. A., Ford, I., ... Cavanagh, J. (2013). Socioeconomic Deprivation and Cortical Morphology. *Psychosomatic Medicine*, 75(7), 616-623. doi: 10.1097/psy.0b013e3182a151a7

Las 20 promesas más importantes de Macri, bajo la lupa: ¿cumplió? (7 de diciembre de 2016). Diario Clarín. Recuperado de https://www.clarin.com/politica/promesas-importantes-macri-lupa-cumplio_0_rkLkIImx.html

Laurell A. C. (2016) Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34(2), 293-314.

Lerner, R.N. (2018). *Concepts and theories of human development*. 4a ed. New York, Estados Unidos: Routledge.

Leveau C. (2019). El suicidio en Argentina: variaciones espacio-temporales y factores de área asociados. (Trabajo Final de Maestría). Instituto de Salud Colectiva-Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Lipina, S., & Colombo, J. (2009). *Poverty and brain development during childhood*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Lipina, S., & Segretin, M.S. (Ed) (2019). *Exploraciones neurocientíficas de la pobreza*. Erice, Italia: International school on mind, brain and education.

López Arellano, O., & Jarillo Soto, E.C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *CSP Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). Recuperado de <https://scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00087416/#ModalArticles>

Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., ... Barch, D. (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development. *JAMA Pediatrics*, 167(12), 1135-1142. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3139

Mauricio Macri presentó a todo su gabinete en el Jardín Botánico: "Es el mejor equipo en 50 años". (2 de diciembre de 2015). Diario La Nación. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/politica/mauricio-macri-gabinete-jardin-botanico-nid1850637>

Mazzoni, C.C., Stelzer, F., Cervigni, M.A., & Martino, P. (2014). Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo: un análisis teórico de dos factores mediadores. *Liberabit*, 20(1), 93-100.

Mendes, K. T. (2017). Estudos sobre as implicações psicossociais da pobreza: possibilidades à descolonização dos saberes. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(2), 98-100. doi: 10.24879/2017001100200437

Ministerio de Hacienda de la Nación. (2019). Presupuesto Asignado a Salud, Año 2016. Recuperado de <https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2019/jurent/pdf/P19J85.pdf>

Ministerio de Hacienda de la Nación. (2019). Presupuesto Asignado a Salud, Año 2016. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>

Molina, C., & Tobar, F. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud?. *Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 12(12), 65-73.

Morasso, A.M. (2013). Gestión de Modelos de Externación de Adultos con Alteraciones Mentales y el Impacto en la Desintitucionalización en Argentina. *Visión de Futuro*, 17(2), 40-58. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2001). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de política. París: División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Ginebra: División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2011). Plan de Acción sobre Salud Mental: 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2018). La Carga de los Trastornos Mentales en la Región de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2015). Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por Suicidio en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Palma, P. (2019). Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 352. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954

Palomar, J., & Valdés, L. (2004). Pobreza y locus de control. *Interamerican Journal of*

Psychology, 38(2), 225-240.

Peña, M., & Toledo, C. (2017). Ser pobre en el Chile Neoliberal: Estudio discursivo en una escuela vulnerable. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 207-218.

Pick, S., & Sirkin, J. (2010). *Breaking the poverty cycle: The human basis for sustainable development*. New York: Oxford University Press.

Pradilla Cobos, E. (2009). Mundialización Neoliberal, cambios urbanos, urbanismo y políticas estatales en América Latina. *Caderno Metrópole*, 12(24), 507-533. doi: 10.15332/rev.m.v6i2.1021

Rane A., & Nadkarni A. (2014) Suicide in India: a systematic review. *Shang Arch Psychiatry*, 26(2), 69-80.

Restrepo D.A., Jaramillo J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.

Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 117-124.

Salvia, A., & Bonfiglio, J.I. (2020) La Pobreza más allá de los Ingresos. Nuevo Informe sobre Pobreza Multidimensional. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de la Deuda Social Argentina.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. 8va ed. Bogotá, Colombia: Planeta.

Solís-Cóndor, R., Tantaleán del Águila, M., Burgos-Aliaga, R., & Chambi-Torres, J. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270-276. doi: 10.15381/anales.v78i3.13757

Spicker, P. (2009). Definiciones de Pobreza: doce tipos de significados. En Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S., Gordon, D. (Ed), *Pobreza: un glosario internacional* (pp. 291-306). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

Stagnaro, J.C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S.E., ... , Kessler, R. (2018). *Revista Argentina de Psiquiatría*, 142(29), 275-299.

Taype-Rondán, Á., Luna-Porta, L., & Mendoza Quispe, O. (2016). El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números. *Salud Pública de México*, 58(3), 337-338.

Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, 20(s/v), 251-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949063>

Tisera, A., & Lohigorry, J. (2015). Sentidos y Significados sobre servicios de salud mental desde la perspectiva de usuarios/as, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante 2014.

- Anuario de Investigaciones, 22(s/v), 263-271. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369147944026.pdf>
- Touraine, A. (2005) Un Nouveau paradigme. París, Francia: Fayard.
- UNICEF. (2019). Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Unidiversidad (2019). Las ocho elecciones presidenciales tras el regreso de la democracia. Recuperado de <http://www.unidiversidad.com.ar/las-ocho-elecciones-presidenciales-tras-el-regreso-de-la-democracia>
- Vergara, N. (2019). Salud Infantil en Primeras Naciones “De la priorización de la infancia, los niños indígenas también...”. En Siches Pastén, I. (Coord.), Cuadernos Médicos Sociales (pp. 25-32). Santiago de Chile, Chile.
- Vetere, G., Sánchez, M. E., Mattioni, M., Larraburu, J.M., & Vazquez Melia, M. (2019). Revisión sobre la desinstitucionalización en Argentina. Trabajo presentado en XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5), 316-326.
- Warren, P., Harracá, M., Cappa, A. (9 de diciembre de 2018). Tres años de macri: balances y perspectivas de la economía argentina. Celag. Recuperado de <https://www.celag.org/tres-anos-de-macri-balances-y-perspectivas-de-la-economia-argentina/>
- Ximenes, V. M., Nepomuceno, B. B., Cidade, E.C. & Moura Jr, J. F. (Coord.). (2016). Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z. & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet, 395(10229), 1054-1062.

NÚMEROS ANTERIORES



NÚMERO 13

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/RevistaNro13>



NÚMERO 14

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/20>



NÚMERO 15

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/36>





NÚMERO 16

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/Difusiones16>



NÚMERO 17

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/18>



NÚMERO 18

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/16>

NÚMERO 19

<http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/issue/view/17>





difusiones

... REVISTA ACADÉMICA ...