



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Poverene, Laura D.

VALORACIONES DE LAS/OS PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL
SOBRE LOS SABERES DE LAS FAMILIAS MIGRANTES BOLIVIANAS EN TORNO AL
SUFRIMIENTO PSÍQUICO DE SUS NIÑAS/OS

Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 293-299

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944030>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

VALORACIONES DE LAS/OS PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL SOBRE LOS SABERES DE LAS FAMILIAS MIGRANTES BOLIVIANAS EN TORNO AL SUFRIMIENTO PSÍQUICO DE SUS NIÑAS/OS

MENTAL HEALTH PROFESSIONALS AND THEIR ASSESSMENT ON THE KNOWLEDGE HANDLED BY BOLIVIAN MIGRANT FAMILIES REGARDING THE PSYCHOLOGICAL SUFFERING OF THEIR CHILDREN

Poverene, Laura D.¹

RESUMEN

Este trabajo responde a una investigación en curso que procura aproximarse a los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental en niñas/os migrantes de origen boliviano que consultan en servicios públicos en zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A través de entrevistas semi-estructuradas a profesionales que se desempeñan en equipos de salud mental infantil de un Hospital público, un Centro de Atención Primaria (CeSAC) y escuelas del área mencionada, se busca identificar y analizar las valoraciones de dichas/os profesionales respecto de las familias migrantes bolivianas como portadoras de saberes en torno al sufrimiento psíquico de sus niñas/os.

Dada la potencialidad que adquiere el encuentro entre los agentes del sistema de salud y quienes los consultan, se considera fundamental aportar en la construcción de un marco de referencia para el abordaje de la atención en salud mental infantil en una situación de interculturalidad.

Palabras clave:

Salud mental infantil - Interculturalidad - Saberes - Valoraciones de profesionales

ABSTRACT

This paper is part of an ongoing investigation that seeks to explore, from a mental health perspective, the processes of health/ disease/care of boys and girls with Bolivian origins that consult on public services in the southern part of the Autonomous City of Buenos Aires.

Through semi-structured interviews with professionals who work in child mental health in one public hospital, one health center (CeSAC) and schools around the mentioned area, this paper seeks to identify and analyze their assessment of migrant Bolivian families as bearers of knowledge regarding the psychological suffering of their children.

Given the potential acquired by the encounter between the agents of the health system and those who consult, it is considered essential to provide in building a framework for addressing the children's mental health care in a situation of interculturality.

Key words:

Child Mental Health - Interculturality - Knowledge - Professional assessment

¹Lic. en Psicología, UBA. Becaria de Investigación UBACyT2012-2015. Integrante de equipo de investigación enmarcado en la Programación Científica UBACyT 2013-2016. Docente de Primera en Clínica Psicológica y Psicoterapias: Clínica de Adultos- Cátedra II, Facultad de Psicología, UBA. Maestranda en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles, Facultad de Derecho, UBA. E-mail: laurapoverene@gmail.com

Introducción

El propósito de este trabajo es presentar los avances de la investigación titulada *“Los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención en Salud Mental en Niñas y Niños Migrantes Bolivianos en Ciudad de Buenos Aires, desde una Perspectiva de Derechos”*, dirigida por la Dra. Alejandra Barcala, con el apoyo de una Beca de Maestría UBACyT (2012/5)¹.

A través de un estudio descriptivo analítico y un abordaje metodológico cualitativo, se busca describir y analizar el posicionamiento y la intervención de los profesionales de los servicios de salud mental de un CeSAC y su hospital de referencia en zona sur de Ciudad de Buenos Aires, así como de aquellos del ámbito escolar que intervienen en las derivaciones a dichos servicios, en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención en salud mental de niñas/os de seis a doce años de origen boliviano a los que asisten. En particular, el presente artículo se aboca a profundizar uno de sus objetivos específicos: identificar y analizar la valoración de los actores sociales antes mencionados respecto de las familias de los niños/as migrantes de origen boliviano como portadoras de saberes en torno al sufrimiento psíquico de sus niños/as. Siguiendo a Menéndez (2010), los saberes pueden definirse como aquella articulación entre representaciones y prácticas que opera dentro de relaciones de hegemonía/ subalternidad.

Dichas valoraciones no se tratan de meras elucubraciones abstractas y asépticas sino que, además de estar condicionadas por tensiones de hegemonía y subalternidad entre culturas y posiciones diferenciales en la estructura social, las mismas son eficaces y se traslucen en los abordajes e intervenciones en el acto de salud.

Asimismo, dado que el sujeto sería el resultante del encuentro cuerpo a cuerpo con aquellos dispositivos en los cuales fue puesto o no en juego (Agamben, 2005), la siguiente pregunta funciona como motor de la investigación: ¿de qué modos aquél encuentro entre los profesionales de la salud y las familias que consultan será productor de subjetividad y de sufrimiento?

Se considera que analizar los modos en los cuales los agentes de salud valoran y alojan los saberes de aquellas familias permite aportar en la construcción de un marco de referencia para el abordaje de la atención en salud mental infantil en una situación de interculturalidad.

Sobre la subjetividad y los actos en salud

Dado que las formas de producción de subjetividad no son universales sino que se inscriben en condiciones específicas y se construyen en el encuentro con las instituciones, se torna esencial interrogar no solo las políticas sino también las prácticas y concepciones de los actores sociales de las instituciones sanitarias (Barcala, 2013).

En ese sentido, siguiendo las nociones planteadas por Stolkiner (2013a, 2013b), tanto las políticas como los sistemas y servicios de salud se concretan en esos encuen-

tros singulares en los que los *actos en salud*² toman lugar en su doble dimensión: la cuidadora y la que -atravesada por la ciencia y el conocimiento- se centra en los saberes disciplinarios y órdenes profesionales. Así, en las prácticas cotidianas dentro del campo de la salud se encuentra contenida tanto la posibilidad de subjetivación como la tendencia a la objetivación, introduciendo una tensión irreductible ya que ambas son necesarias para que no se vulnere el acto en salud³. Aunque la escucha permitiría la recuperación de la subjetividad y la dignificación de dicho acto -no colocando al otro en el lugar de mercancía, objeto o medio-, se trata de un componente usualmente subordinado. La misma práctica psicoanalítica, a pesar de su potencial subversivo, puede resultar capturada por la pregnancia de un modelo medicalizante y repetir, repetir sin saber, el discurso hegemónico.

En el contexto devaluatorio de aquella herramienta que permitiría el alojamiento del otro en su singularidad y el cuestionamiento de las propias certezas, emerge el interrogante acerca de qué características adquirirá el encuentro singular entre las/os profesionales de la salud mental y las familias de migrantes bolivianos que consultan a los servicios: ¿cómo tensionarán la dimensión subjetivante y la objetivante en este acto de salud?, ¿qué concepciones priman acerca del otro y sus saberes?

Sobre los saberes y los modelos de atención al padecimiento

No solo las/os profesionales de la salud detentan modos de entender y atender al sufrimiento sino que también otros actores sociales tienen modelos explicativos y conductas frente al padecer. En ese sentido, los saberes⁴ acerca de las enfermedades y sufrimiento no son solamente hechos cotidianos sino que también resultan necesarios para asegurar la producción y reproducción en las sociedades:

En todo sistema social los sujetos y grupos generan y usan representaciones y prácticas para explicar, enfrentar, convivir, solucionar y de ser posible erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados además como procesos que no solo

²Merhy (2006) propone que aquellos actos son el verdadero producto del trabajo en salud. La dimensión cuidadora intenta producir procesos de expresión y escucha, relaciones con el mundo subjetivo del paciente y los modos en los que dicho sujeto construye sus necesidades de salud.

³La creciente tecnologización y despersonalización de los vínculos entre las personas usuarias y los agentes de salud colabora en el favorecimiento de desencuentros y de prácticas objetualizantes en las que quienes atienden y quienes consultan terminan alienados. Así, desaparece la consideración del otro en tanto figura humanizada (Maglio, 2012).

⁴La noción de *saberes* integra la relación dinámica y no siempre coincidente entre representaciones y prácticas: “El concepto *saber* supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias [entre las representaciones y las prácticas, sino también entre las representaciones entre sí y entre las propias prácticas] a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 58 en Osorio Carranza: 2001: 16)

¹La misma se inscribe en el contexto de una investigación más amplia, cuyo Director es el Dr. Carlos Tkach y Codirectora es la Lic. Adriana Franco, en el marco de la Programación Científica UBACyT 2013 - 2016, código 20720120200038BA.

se definen a partir de profesionales e instituciones específicas y especializadas técnicamente, sino como hechos sociales respecto de los cuales los sujetos y conjuntos sociales necesitan tener y usar saberes como parte básica de su vida cotidiana (Menéndez, 2010: 292).

Sin embargo, es usual que desde el sector salud se niegue, ignore y/o margine una serie de actividades que se corresponden con otros modelos de atención de los padecimientos que difieren del modelo biomédico y a los cuales vastos sectores de la población recurren (Menéndez, 2003).

Desde finales del siglo XVIII, el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la *medicina científica* logró establecer como subalternos a los saberes hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales. Así, en las sociedades occidentales la biomedicina se legitimó como la forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad.

Dentro de los diversos modelos de atención de los padecimientos y del pluralismo médico existente, el *modelo médico hegemónico* (conceptualizado como construcción metodológica, como un instrumento heurístico para indagar la realidad) ha devenido central, siendo caracterizado por el biologicismo, individualismo, ahistoricidad, aculturalismo, la tendencia a la medicalización de los problemas, una exclusión de los saberes de los pacientes y una relación asimétrica entre médico-paciente en la cual este último se encuentra subordinado social y técnicamente (Menéndez, 1978, 1990; Menéndez y Di Pardo, 1996 en Menéndez, 2003).

Sin embargo, el posicionamiento de la/el profesional en el lugar del saber -barriendo con el de otros sujetos/pacientes, objetivándolos- no es una cuestión privativa o exclusiva del personal médico sino que suele atravesar a todos los agentes del sistema de salud puesto que es el discurso dominante (Perrotta, 2006, 2011). Así como se constituyó un *modelo médico hegemónico* que se presentó como el único válido para explicar los procesos de salud, enfermedad y atención, también aconteció algo similar dentro del campo de las prácticas y teorizaciones respecto de la salud mental. Ha resultado -y, en ocasiones, aún resulta- impensado cuestionar la universalidad de las clasificaciones psicopatológicas y tratamientos terapéuticos propuestos, invisibilizando que se tratan de construcciones producto de una sociedad y época determinada. Es decir, también dentro del campo de la salud mental es factible divisar los efectos de la imposición de ciertos modelos occidentales por sobre otros vigentes en diversos contextos, lo que permite pesquisar cierta mirada etnocéntrica que se considera como una norma de referencia válida para establecer qué conductas son normales y cuáles patológicas.

Interculturalidad y salud mental

“Creer que la propia visión de la realidad es la realidad misma, es una peligrosa ilusión, pero se hace aún más peligrosa si se la vincula a la misión mesiánica de sentirse en la obligación de explicar y organizar el mundo de acuerdo con ella, sin que importe que el mundo lo quiera o no”.

Paul Watzlawick, 1992

En lo relativo al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, cada cultura posee sus teorías etiológicas -a través de las cuales se intenta explicar el sufrimiento para así sobrevivir al dolor- que se asocian a técnicas terapéuticas, formando una díada eficiente en la que no solamente se revelan las causas del mal sino también se impone un procedimiento para tratarlo (Nathan y Moro, 1989 en Moro, 2004). Existe, entonces, una construcción sociocultural de los padecimientos que expresa la respuesta social ante los mismos y que da cuenta de los modos en los que los procesos de salud/enfermedad/atención son comprendidos, experimentados y enfrentados por los conjuntos sociales. De esta manera, los saberes se producen y reproducen en determinados contextos, siendo operacionalizados, instrumentados y transformados en las situaciones concretas así como vivenciados subjetivamente (Osorio Carranza, 2001).

Sin embargo, a pesar de la reconocida existencia del pluralismo médico, investigaciones locales refieren que tanto las/os profesionales biomédicos, sus asistentes y las/os psicoterapeutas carecen de entrenamiento en el análisis cultural, el que resultaría fundamental para arribar a un diagnóstico adecuado de las personas tratadas. Asimismo, se destaca que la atención de la salud no se enfoca en la cultura del usuario y que existen límites inherentes a los conocimientos que pueda portar un/a psicoterapeuta si desconoce el contexto de las/os consultantes, lo que puede conllevar a una escasa calidad del servicio brindado. Esta cuestión podría “responder al ejercicio de relaciones de poder entre usuarios y profesionales, a la organización y a el diseño de las instituciones de salud, y a los modelos avalados por las tradiciones académicas” (Korman y Garay, 2004).

Otros estudios recientes (Barcala, 2011) identificaron que el respeto por la cultura a la que pertenecen las/os niñas/os provenientes de países limítrofes u otras comunidades todavía aparece como una dificultad y constituye una barrera importante en lo relativo a la efectivización del derecho a la salud de esa población.

Por ello, a pesar de la tendencia hacia la universalización, se considera fundamental incorporar las lógicas de las familias consultantes en las conceptualizaciones clínicas y en los dispositivos de atención:

Estimamos que la técnica está desnuda, sin impacto cultural y que basta aplicar un protocolo para que el acto sea correctamente realizado. Sin embargo, y varias experiencias clínicas lo muestran (Moro et al., 2005), estas representaciones compartidas son de una eficacia segura. Des-

de de un punto de vista teórico, renuevan nuestras maneras de pensar, nos obligan a descentrarnos, a complejizar nuestros modelos y a desistir de nuestros juicios tempranos (...). Si esto no es posible, el pensamiento no se apoya más que sobre él mismo y sus propios sentidos. Esta no-confrontación puede también conducir a una rigidez, a un repliegue psíquico e identitario. Es el intercambio con el otro el que me modifica (Moro, 2008: 21).

Parámetros de la investigación

Se desarrolló un estudio descriptivo analítico para obtener un panorama más claro acerca del problema identificado y acercarse a la realidad social que atraviesan las/os niñas/os migrantes bolivianos con el objetivo de recabar información que permita reconocer y definir problemas (Rojas Soriano, 1996).

La decisión de utilizar un abordaje metodológico cualitativo estuvo vinculada a la búsqueda de recoger la perspectiva de los actores sociales y sus motivos en la acción social, tomando en consideración los significados, experiencias y conocimientos expresados en sus relatos. Tal como lo plantea Menéndez: *“Debemos por lo tanto describir los saberes de los actores y la experiencia de los sujetos tal como son vividas por ellos, dado que esta información es decisiva para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención”* (2010: 303).

Dada la eficacia simbólica de los discursos en la producción de sujetos (Foucault, 1985), los modos en los cuales las/os profesionales de salud mental aludan a los saberes de las familias de niñas/os migrantes de origen boliviano, producirán actos y efectos. Por ello, se consideró importante indagar sus prácticas discursivas y estudiar cómo los fenómenos sociales son comprendidos y producidos. Las unidades de análisis seleccionadas en función del interés de la investigación fueron los/as profesionales de los equipos de salud mental del CeSAC y del hospital de referencia⁵ con cinco años de antigüedad como mínimo en el servicio, que atendieran en ese momento o hubieran atendido a niñas/os migrantes bolivianos. Además, se incluyó a profesionales de equipos de orientación escolar de escuelas públicas con afluencia de población migrante boliviana que participaran en la decisión de derivar a sus alumnas/os a los equipos de salud mental mencionados. Para la recolección de datos primarios, se realizaron quince entrevistas semiestructuradas a las/os profesionales mencionadas/os y a informantes clave. Dado el abordaje planteado, la selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo teórico. Luego se realizó una categorización del material recolectado en las entrevistas en función de los objetivos específicos de la investigación. El CeSAC y su hospital de referencia se eligieron por su emplazamiento en zona sur de CABA⁶. Puesto que los centros de atención primaria suelen carac-

terizarse por su inserción comunitaria, una concepción de salud con un importante contenido integrador y social (Jelin, 2007), se consideró importante estudiar la perspectiva de sus profesionales y las/os de su hospital de referencia debido a que una investigación que tome en cuenta a ambas organizaciones podrá arrojar información acerca de la existencia o no de diferencias reales en las percepciones y abordajes en el área de salud mental infantil.

La perspectiva del personal de los equipos de orientación escolar se incluyó porque, además de ser agentes fundamentales de socialización de las/os niñas/os de origen boliviano, las instituciones educativas son importantes derivadoras de alumnas/os a los servicios de salud mental.

Resultados preliminares de la investigación

A partir de la categorización de los contenidos de las entrevistas realizadas y del análisis de contenido de las mismas, es posible identificar ciertas insistencias en el discurso de las unidades de análisis de esta investigación. Por un lado, la mayoría de las personas entrevistadas coincidieron en que las familias de las/os niñas/os migrantes son *obedientes* a la indicación de una derivación al servicio de salud mental y concurren a las diversas instancias a las que se los convoca. Se reconoció la *perseverancia* de las madres bolivianas, quienes se interesarían por cumplir con la derivación sugerida por la maestra. Sin embargo, también concordaron en la falta de implicación respecto del tratamiento y la no interposición de una pregunta propia respecto del sufrimiento de sus pequeñas/os, siendo *“mandadas por la escuela en vez de demandar desde lo personal”* (sic). Esta idea fue expresada de múltiples maneras por quienes fueron entrevistadas/os:

“Ehm... la modalidad de la derivación es que la mamá escucha lo que la maestra plantea y así, sin mediar una pregunta, la mayoría de las veces, sin mediar una pregunta en relación a qué le pasa al nene, la mamá lo trae [al psicólogo] y demanda como cuando se le demanda al médico: ‘el nene tiene un problema, resuelva’ (...) más allá de lo sentido por la mamá y el papá, está la escuela atrás que pide que el chico venga al psicólogo. Son obedientes del pedido institucional” (Psicólogo, CeSAC)

“Mirá, algunos lo aceptan [al tratamiento psicológico], yo no sé si con demasiado conocimiento de qué se trata pero lo hacen (...) [las mamás bolivianas] eran colaboradoras porque otras se borran directamente, ellas los llevaban” (Psicóloga, Equipo de Orientación Escolar)

También se remarcó que dichas familias a pesar de que, en ocasiones, detectan que alguna cuestión en relación a sus niñas/os no está bien, no *“sabrían”* cómo significar dichos sufrimientos psíquicos. En una entrevista, ante la pregunta que interrogaba acerca de los *saberes* de dichas familias, la psicóloga corrigió señalando que se trataba, más bien, de *“supuestos”*. Podría pensarse que los mismos serían entendidos como pertenecientes a una jerarquización inferior: así, las explicaciones etiológicas transmitidas por las mismas serían subalternizadas al no ser

⁵Para mantener el anonimato de las/os entrevistados, no se enunciarán los nombres del CeSAC y el hospital elegidos.

⁶Tal como lo indica el Censo (INDEC, 2010), en la zona sur de Ciudad de Buenos Aires hay una mayor concentración de migrantes provenientes de países limítrofes y un elevado porcentaje de personas de origen boliviano sobre el total de los extranjeros.

enunciadas por los portadores legítimos del saber (los profesionales) y de la vara que distingue aquellas palabras merecedoras de un destino central o marginal. Al indagar sobre dichos supuestos, la entrevistada profundizó:

“Y que el padre... que si el padre se fue, es terrible. Si el padre maltrata, eso es lo terrible, digamos. Pero no sé, la verdad es que no sé hasta dónde ellos lo sienten así o lo que ellos creen que nosotros pensamos, entonces nos lo dicen a nosotros.

Yo no sé si alguien a quien le pegaron cuando era chica, le pega al chico y después el chico le pega al otro, yo no sé si lo ve tan raro. Yo lo que veo es que lo traen porque la maestra no se lo banca más, entonces me lo traen a mí. Pero más como una cosa que sintomatiza en relación a la maestra pero no porque ellos vean raro... (...) (Coordinadora psicóloga, Hospital)

En este último fragmento de entrevista pueden ubicarse diferentes cuestionamientos.

Por una parte, al explorar de qué tratarían dichos supuestos, la entrevistada dejó entrever que percibe que las familias realizan una lectura reduccionista respecto del sufrimiento psíquico infantil, en el cual considerarían de extrema gravedad la ausencia paterna o su violencia. Pese a ello, complejizando la cuestión, también propuso que dichos supuestos serían el resultado de las imposturas mantenidas por las familias ante la figura del psicólogo: imaginan qué es lo que el Otro del saber esperaría escuchar y lo reproducen enunciativamente.

Por otra parte, decir lo que se cree que el Otro quiere escuchar podría dar cuenta de una relación de dominación allí presente en la relación con la/el terapeuta.

En otras entrevistas también apareció enfatizado el rol de las/os docentes en tanto agentes de socialización, siendo capaces de introducir a las/os niñas/os y sus familias en las lógicas locales, pautas culturales, legalidades imperantes y categorizaciones respecto de la normal y anormal, lo sano y lo patológico.

“Generalmente estos padres no tienen mucha conciencia de estas cosas [problemáticas en salud mental]. Sobre todo porque ellos tampoco lo vivieron de esta manera, ¿no? Entonces la primera mirada es la del docente” (psicóloga EOE)

Tal como se enunció en el fragmento de una entrevista anterior, aparentemente las/os maestras/os serían quienes detectarían el sufrimiento psíquico de sus alumnas/os: aquello que les acontece devendría como sintomático en el encuentro con la cultura local, comenzando a ser problematizado y *tratado*.

Con respecto a las prácticas de cuidado de dichas familias, muchas/os entrevistados reconocieron que las mismas no siempre son coincidentes con las que ellas/os conciben como propias de la sociedad argentina. Algunas personas entrevistadas refirieron que el cuidado de dichas familias es, más bien, de un carácter “material” y “corporal”, en el

cual la palabra no cubre un rol fundamental.

“En esta población de Bolivia hay una clara conciencia del rol materno, lo que no saben es cómo es acá. Porque tienen cosas de cuidados, de protección” (Psicóloga y fonoaudióloga, informante clave)

Entrevistadora: ¿Y qué prácticas de cuidado tienen las familias en relación a la salud mental de sus hijos?

Entrevistada: Está esta cosa de que, además, la madre tiene que ocuparse de que la nena aprenda a hacer las cosas de la casa, porque si no es una mala madre. Claro, si la nena no sabe “arrinconar”, como dicen ellos, ordenar, tender la cama, lavar, lavar su ropa, es una falta de su madre que no le enseñó. Y eso lo ven como un cuidado, ¿entiéndes? Para ellos, es una cuestión muy importante.

El tema de la educación es un tema muy importante, es una forma de cuidado, Por eso las maestras se confunden y a veces dicen: “no les hacen mimos”. No les hacen mimos porque no es su forma, su forma de cuidar es esta: que cumpla, que tenga los cuadernos, que haga la tarea, que le haga caso a la maestra. Un padre que se ocupa de esas cosas es un buen padre. Es una cosa de cuidado para ellos. (Psicóloga, CeSAC)

En la misma dirección que se delinea en el último extracto de entrevista -en el cual se denuncia cierta interpretación de la diferencia cultural en una vertiente de carencia o déficit-, en otras entrevistas también emergió una mirada crítica respecto de la falta de consideración del contexto en el cual viven dichas familias para abordar y valorar los cuidados recibidos por las/os niñas/os:

“(...) más que el tema de la pauta cultural, lo que hay es un desconocimiento del contexto. Las lecturas sobre la pobreza son distintas... ‘se cayó de vuelta desde la escalera’ y hay todo una marca ahí pero cuando empezás a ver el tema de caídas en altura y demás, las condiciones edilicias de esas casas... la cosa no es ‘no lo cuidó’, está marcado por ‘no lo puedo cuidar’. (...) La mayor parte de los problemas de los pibes tienen más que ver con cómo se generan estas condiciones en las cuales viven los migrantes. El bebé está todo el tiempo colgado en la espalda o se quedan solos porque la mamá tuvo que sacar turno con el médico y el médico, tuvo que dejar a los otros... y vos ves pibitos de 4, de 6 años solos en la casa. Y además tiene que dejar cerrado porque es un tercer piso, con escalera abierta, así que queda encerrado con llave” (trabajadora social del Hospital)

Por último, según lo manifestado por las personas entrevistadas, las familias migrantes tampoco harían alusión a términos específicos de su cultura para describir las problemáticas que presentan sus hijos.

Ante dicho vacío, es posible clasificar las respuestas de las/os profesionales en dos grupos: por un lado, la hipótesis de que aquella población no tiene dimensionada la cuestión de la salud mental y que habría un desconocimiento respecto de la función y utilidad de un psicólogo; por el otro, que habría un silenciamiento producido por la

voluntad de asimilación y homogeneización con la sociedad de acogida.

En relación a esta primera hipótesis, quienes fueron entrevistados mencionaron:

“No, no estoy anoticiado de eso [si hay modos específicos en los que nombran el padecimiento psíquico de los niños]... Creo que, sobre todo la población con la que nosotros trabajamos que es la que proviene del ámbito rural, no tiene mucha tradición de salud mental, no? No está dimensionada, no está marcada me parece” (Psicólogo, CeSAC)

“A mí me parece que [lo que piensan del psicólogo] es como un castigo que la maestra los manda. Como un trámite para aplacar a la maestra o... los chicos rápidamente entienden, viste cómo trabajan. Ellos se esperan porque son inocentes y no pierden la esperanza. Pero los grandes los tramitan, los tramitan como van al vacunatorio” (Psicóloga, Hospital)

En relación a la segunda hipótesis- referida a la no alusión de las familias migrantes de terminología proveniente de su país de origen- una entrevistada planteó:

“No no, no son cosas que digan. Ellos se cuidan de no mostrar las diferencias, nunca escuché... (..) Y no... no sé nada yo de ellos. No sé... lo digo con vergüenza, eh. No sé palabras de ellos, yo no asimilé... nada” (Coordinadora Psicóloga, Hospital)

Es interesante el movimiento que plantean los significantes recién citados; sería posible distinguir un corrimiento que se inicia en la idea de que “ellos se cuidan de no mostrar las diferencias” y luego se desplaza hacia el reconocimiento que asume la profesional de no haber podido asimilar a sus propios esquemas cuestiones propias de dichas familias.

Asimismo, al indagar sobre esta dimensión, otros informantes claves enunciaron su perspectiva en torno al vínculo de saber/poder que se establece entre las/os profesionales tratantes y las familias:

“Vos sabés que, en general, muy poco. Yo pensaba que [concurrían a curanderos o figuras similares]... yo esperaba pero, en general, no ocurre tanto. Salvo que no lo digan, salvo que no lo digan. Quizás lo han hecho pero no lo comentan... Diferencian las dos cosas, ¿no? Porque saben que son dos discursos (...) En general la posición de ellos frente a los discursos de los profesionales es de mucho borramiento. Entonces ‘la doctora, el doctor’. En lo enunciativo... a veces después hacen lo que les parece. Pero está la postura de ‘me dijo el Dr., me dijo la Dra.’. Y en Bolivia todavía los profesionales tienen un halo de mucha... un Dr. tiene como un lugar muy jerarquizado dentro de la comunidad” (Psiquiatra infantil de Hospital, Informante Clave)

“Las familias bolivianas cuentan que aprenden [acerca de la concepción de salud mental] a medida que van hablando con los doctores. Aprenden sobre la constitución psíquica de un niño. Entonces escuchan qué les dice uno, qué les

dice otro, cómo es mejor tratarlos. Por ahí les quedan frases como ‘para poder calmarlo, Usted se debe agachar a la altura del niño, mirarlo a los ojos, sostenerle la mirada y eso lo calma’. Entonces después pueden transmitírselo a otro padre y le dicen: ‘porque la Dra. dijo...’ (...) van armando ciertas ideas de cuidado en relación a los referentes que tienen, los referentes doctores” (Psicóloga y fonoaudióloga, Informante Clave).

Las ideas recién destacadas abrirían el interrogante acerca de si el desconocimiento acerca de los modos en los que las familias de las/os niñas/os entienden y tratan su sufrimiento psíquico podría estar vinculada, además de con una relación de asimetría entre quienes encarnan la posición como agentes de salud y quienes consultan, con la actitud de las/os profesionales respecto de lo que están dispuestos a saber y desconocer.

Reflexiones finales

Retomando el planteo introductorio de este artículo, el acto de salud no requiere solamente de saberes disciplinarios y órdenes profesionales. La dimensión cuidadora también resulta fundamental ya que permite recuperar la posibilidad de subjetivación y dignificación de dicho acto. En ese sentido, cobran relevancia las coordenadas en las que se instituye ese vínculo singular entre un/a agente de salud mental, un/a niño/a y su familia, siendo condiciones necesarias tanto la escucha como el alojamiento de las diferencias.

A partir del material provisto por las personas entrevistadas y su posterior análisis, la tensión entre las dimensiones inherentes al acto de salud se hace evidente.

A pesar del espacio de circulación de la palabra y de escucha que propician los profesionales del campo de la salud mental, se identificaron obstáculos en la posibilidad de que las familias migrantes bolivianas consultantes comunicaran efectivamente sus saberes respecto del sufrimiento psíquico de sus niñas/os.

Dichos obstáculos podrían estar asociados tanto con las dificultades de dichas familias para realizar un proceso de expresión de sus explicaciones etiológicas y modelos terapéuticos como con la posibilidad de que las/os profesionales tratantes alojen aquellos saberes no hegemónicos. Esta investigación considera que los fenómenos antes descriptos no deberían ser analizados desde la perspectiva de cada profesional o familiar *en particular* sino desde una mirada que contemple que la subjetividad de dichos actores en juego se constituye situacionalmente y se encuentra íntimamente ligada a condiciones históricas, socioculturales y económicas. En esa línea, profesionales, niñas/os y sus familias ocupan determinadas posiciones dentro de la estructura social y también desde allí construirán sus valoraciones y estereotipos en relación a sus semejantes. Así, las relaciones de asimetría puestas en juego a partir de las diferencias étnicas, culturales, de nacionalidad y de clase se introducirían dentro del espacio terapéutico y ejercerían efectos en el acto de salud, más allá de los intentos de los profesionales por respetar la especificidad de sus pacientes y no intentar modelarlos

según sus propios ideales⁷.

Si los saberes de las familias migrantes bolivianas en torno a los padecimientos de sus niños/as resultan invisibilizados, los mismos quedarían por fuera de las formas de atención legitimadas por las instituciones sanitarias. Es dentro de aquella lógica en la que, mediante una posición de borramiento frente a los discursos de los profesionales (sic), dichas familias “aprenden a medida que van hablando con los doctores”. La construcción de saberes entre profesionales y familias estaría basada en una relación de hegemonía/ subalternidad en la cual quienes consultan deberían asimilar las nociones que les son reveladas por los doctores, sin que se otorgue un verdadero lugar a sus propias construcciones socioculturales de la salud y el padecimiento.

Para finalizar, resulta necesario reconocer que producir procesos de expresión y escucha es fundamental para que no se vulnere el acto de salud ni se subordinen los modos en los que las personas conciben sus necesidades. Por ello, es responsabilidad de las/os profesionales realizar un ejercicio de descentramiento para evitar la subalternización del otro: cuestionar sus propias valoraciones y prácticas, indagar acerca de los propios condicionamientos que las/os atraviesan y generar un efecto de extrañamiento frente a lo que parece evidente o cotidiano dentro de los modelos occidentales ya tan naturalizados. Solo de aquella manera, las/os profesionales podrán percatarse de que en su encuentro con estas familias no solamente estarán trabajando con el malestar que motivó la consulta psicológica sino que, además, ellas/os mismas/os se constituyen en potenciales productores de nuevos montos de sufrimiento.

⁷A modo de ejemplo, cuando en una de las entrevistas se plantea que las familias de migrantes bolivianos enunciarían aquello que imaginan que el Otro espera oír, sería importante considerar que aquello no respondería únicamente a la posición de saber atribuida al profesional sino que, además, los prejuicios presentes en la sociedad argentina - y, tal vez, también presentes también en los profesionales tratantes- respecto de los migrantes de países limítrofes estarían impactando en la valoración y comunicación de estas familias respecto de sus propios saberes, tradiciones y cuidados.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Agamben, G. (2005). *¿Qué es un dispositivo?* Conferencia en la Universidad Nacional de La Plata (12/10/05).
- Barcala A. (2011). *Dispositivos e Intervenciones en Salud Mental Infantil en la Ciudad de Buenos Aires*. Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Año 2011, págs. 53-81.
- Barcala, A. (2013). Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental, en *Revista Actualidad Psicológica*, marzo.
- Foucault, M. (1985): *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Disponible en: www.censo2010.indec.gov.ar/ [última visita, marzo de 2015].
- Korman, G. y Garay, C. (2004). Conocimiento y uso de los síndromes dependientes de la cultura en dos Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, en *Memoria de XI Jornadas de Investigación Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. Disponible en <http://www.aacademica.com/000-029/33.pdf> [última visita abril de 2015].
- Korman, G. y Simkin, H. (2010). Qué debe saber un profesional de la salud mental que trabaja en contextos multiculturales en la Argentina, en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(3): 208-216. Buenos Aires.
- Jelin, E. (dir.) (2007). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- Maglio, F. (2012). *El escuchatorio en la relación médico paciente*. Intramed.net. Disponible en <http://www.intramed.net/contenido-ver.asp?contenidoID=74516> [última visita enero de 2015].
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, en *Ciencia & Saúde Coletiva*. vol. 8, n° 1, pp. 185-207. Río de Janeiro.
- Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo* (2da edición). Rosario: Prohistoria.
- Merhy E.E. (2006): *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Moro, M.R. (2004). ¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa en *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente* (4), pp. 69-80.
- Moro, M. R. (2010). Parentalidad y diversidad cultural, en *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49 (1), pp. 27-38.
- Moro, M. R. (2008). Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, pp. 19-26.
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CONACULTA-INI-CIESAS, México.
- Perrotta, G. (2006). El Psicoanalista en el Primer Nivel de Atención de la Salud, en *Encrucijadas actuales en Salud Mental*, Trimbo-li et al. (comp.), pp.391-393. Bs. As: Librería Acadia.
- Perrotta, G. (2011). Concepciones de Sujeto, Cuerpo y Síntoma en Medicina y Psicoanálisis, en *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología* Universidad de Buenos Aires, pp. 164-168.
- Stolkiner, A. (2013a). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental, Capítulo de libro en prensa. Hugo Lerner (corp.). Buenos Aires: Psicolibro.
- Stolkiner, A. (2013b). ¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud, en *La Patologización de la Infancia (III)-Problemas e intervenciones en las aulas*, (comp.) G. Dueñas, E. Kahansky y R. Silver. Buenos Aires: Noveduc, pp. 71-84.

Fecha de recepción: 18/05/15

Fecha de aceptación: 16/07/15