

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Atención en salud mental e interculturalidad: prácticas profesionales y enfoque de derechos.

Poverene, Laura.

Cita:

Poverene, Laura (2015). *Atención en salud mental e interculturalidad: prácticas profesionales y enfoque de derechos*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/299>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/8KF>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL E INTERCULTURALIDAD: PRÁCTICAS PROFESIONALES Y ENFOQUE DE DERECHOS

Poverene, Laura

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

La conceptualización de la salud mental como un proceso multiterminado y vinculado con los derechos humanos podría orientar la adecuación de su atención desde una perspectiva intercultural. Sin embargo, aún existen diversos obstáculos que impactan en la inequidad en el derecho a la salud. En este trabajo se presentan los avances de una investigación en curso, en la cual -a través de un diseño descriptivo analítico y un abordaje cualitativo- se estudian los procesos de salud/enfermedad/atención en salud mental de niñas/os de seis a doce años de origen boliviano en zona sur de Ciudad de Buenos Aires. A continuación se propone realizar una aproximación conceptual que indague acerca de las tensiones entre legislaciones y prácticas en dicho campo. Para ello, diversos estudios que forman parte del marco teórico de esta investigación serán articulados con el análisis del material provisto a partir de las entrevistas realizadas. Así, se pretende aportar en la construcción de un marco de referencia para el abordaje de la atención en salud mental en un contexto de interculturalidad.

Palabras clave

Atención en Salud mental, Interculturalidad, Prácticas Profesionales, Enfoque de Derechos

ABSTRACT

MENTAL HEALTH CARE AND INTERCULTURALITY: PROFESSIONAL PRACTICES AND A RIGHTS APPROACH

A conceptualization of mental health as a multidetermined process, also linked to human rights, could guide the adequacy of its care from an intercultural perspective. However, there are still many obstacles that reproduce the inequality in the right to health. The following paper presents the progress of an ongoing investigation that intends to study -through an analytical descriptive design and a qualitative approach- the processes of health / illness / care, in term of mental health, of Bolivian girls and boys of ages from six to twelve in southern Buenos Aires. Through a conceptual approach, this article aims to inquire into the tensions between law and practice in that field. To accomplish this, several studies that are part of the theoretical framework of this research will be articulated with the analysis of material provided by the interviews generated in the ongoing investigation. Thus, it intends to contribute in the building of a framework that will address mental health care in a context of interculturality.

Key words

Mental Health Care, Interculturality, Professional practices, Rights Approach

Introducción

El propósito de esta ponencia es presentar algunos 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”*. La misma cuenta con el apoyo de una Beca de Maestría UBACyT (2012/5), es dirigida por la Dra. Alejandra Barcala y se encuentra enmarcada en la labor de un equipo avalado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, cuyo Director es el Dr. Carlos Tkach y Codirectora es la Lic. Adriana Franco[i].

La mencionada investigación 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, este trabajo se propone indagar acerca de las legislaciones y prácticas en la atención en salud mental en contextos de interculturalidad desde una perspectiva local y de derechos.

A pesar de los avances a nivel normativo, diversos estudios (Barcala, 2011; Korman & Garay, 2004; Korman, 2006; Korman & Simkin, 2010; Orzuza, 2014) refieren que la atención en salud mental aún presenta múltiples obstáculos, impactando en la inequidad en su acceso.

A continuación, para profundizar sobre las tensiones existentes entre las legislaciones y prácticas en salud mental en contextos de interculturalidad, se retomarán cuestiones que hacen a los antecedentes de la investigación y serán articuladas con algunos resultados preliminares de la misma.

Aspectos metodológicos

Se desarrolló un estudio exploratorio analítico y un abordaje metodológico cualitativo, buscando recoger la perspectiva de los actores sociales y sus motivos en la acción social.

Las unidades de análisis seleccionadas en función del interés de la investigación fueron: profesionales de los equipos de salud mental del CeSAC y del hospital de referencia[ii] con cinco años de antigüedad como mínimo en el servicio, que atendieran en ese momento o hubieran atendido a niñas y niños migrantes bolivianos; 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 y alumnos a los equipos de salud mental mencionados[iii].

Para la recolección de datos primarios, se realizaron quince entrevistas semiestructuradas a las unidades de análisis e informantes clave. Dado el abordaje planteado, la selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo teórico[iv].

Sobre la salud mental y el enfoque de derechos

Si bien la salud mental es usualmente concebida en términos in-

dividuales y es definida por la OMS (2013) como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*, dicha conceptualización puede invisibilizar la incidencia de otros condicionantes fundamentales en la producción de padecimiento. Por ello, es necesario considerar la inscripción social e histórica del sujeto y esclarecer los efectos de la posibilidad de disponer o no de recursos materiales para satisfacer necesidades, demandas y deseos. La promoción de la salud mental se enlazaría, entonces, con la creación de condiciones idóneas de existencia en donde *“se tenga el derecho a un ambiente compatible con la salud y el derecho a servicios dignos cuando la enfermedad aparece”* (Peyrí y Hartman, 2007: 13) así como el *derecho a la no medicalización de la vida* (Stolkiner 2010 y 2012).

De este modo, el abordaje de una investigación acerca del sufrimiento psíquico de las/os niñas/os migrantes bolivianos se ve atravesado por la potencia, tanto ética como práctica, de entender a la salud mental como un *“proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (Ley de Salud Mental N°26.657, art. 3). En ese sentido, dicha conceptualización funciona como una brújula que permite resituar a la salud mental en su articulación con el campo de lo procesual y colectivo así como con la perspectiva de derechos. A través de esta última, se propone invertir la lógica imperante e instituir que *“ya no se trata solo de personas con necesidades, que reciben beneficios asistenciales o prestaciones discrecionales, sino de titulares de derechos que tienen el poder jurídico y social de exigir del Estado ciertos comportamientos”* (Abramovich, 2006: 40).

Orzuza (2014) analiza la inclusión de la perspectiva intercultural en las políticas de salud mental en Argentina y refiere que se presenta una seria dificultad en la construcción de programas atravesados por aquella dimensión. Por un lado, indica que la nueva Ley de Salud Mental N° 26657 plantea en algunos de sus artículos una sensibilidad a la diversidad cultural y el respeto por las singularidades de las comunidades. A pesar de ello, no incluye de manera explícita la perspectiva intercultural y carece de una reflexión particularizada en lo relativo a la misma, lo que puede conllevar a ambigüedades que atenten contra la disminución de la inequidad en el derecho a la salud. A su vez, Orzuza señala que en el artículo 7 de la Ley, en el que se plantea el derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, se abre el interrogante acerca de si la atención basada en la razón occidental excluiría el reconocimiento de saberes y prácticas no hegemónicas. A la luz de esto, la autora refiere que el Ministerio de Salud de la Nación no reconoce a los saberes de los pueblos indígenas como prácticas médicas validadas, lo que podría reproducir prácticas discriminatorias basadas en las diferencias de índole cultural.

Por otro lado, en el Plan Nacional de Salud Mental sí se explicita la perspectiva intercultural -junto con la de género y equidad- como un criterio en los abordajes de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Asimismo, el Plan establece la importancia de incorporar criterios interdisciplinarios, intersectoriales e interculturales para el diseño tanto de estrategias como de planes, programas, proyectos, actividades y abordajes. También promueve la incorporación de personas consideradas significativas por los usuarios en los procesos de atención, considerando los diversos contextos culturales y sociales en el marco de la integración de saberes científicos

y populares. Sin embargo, para garantizar el derecho a la salud de estas poblaciones sería menester generar información específica acerca de sus particularidades y, a través de la participación de las comunidades, definir sus problemas e identificar su accesibilidad a los servicios de salud mental.

Los actos en salud y la construcción sociocultural de los padecimientos

Siguiendo las nociones planteadas por Stolkiner (2013a, 2013b), tanto las políticas como los sistemas y servicios de salud se concretan en encuentros singulares. Los *actos en salud* pueden ser pensados desde una dimensión doble: la cuidadora y la que -atravesada por la ciencia y conocimiento- se centra en los saberes disciplinarios y órdenes profesionales. Así, en los mismos se encuentra contenida tanto la posibilidad de subjetivación como la tendencia a la objetivación, introduciendo una tensión irreductible ya que ambas dimensiones son necesarias para que no se vulnere dicho acto.

En un contexto en el cual prima la mercantilización y tecnologización de la salud, se instalan relaciones objetualizantes y alienantes entre quienes consultan y quienes brindan asistencia en aquél campo. Concomitantemente, la escucha -herramienta capaz de recuperar la subjetividad y dignificación del acto en salud- aparece como un condimento subordinado, lo que favorece el aumento de desencuentros entre los participantes de la supuesta relación de asistencia.

En un escenario en el que prima una merma de la escucha, resulta fundamental interrogarse acerca de qué sucede en los encuentros concretos entre los agentes de salud mental y las personas que los consultan en contextos de interculturalidad. ¿Qué acontece en las prácticas, más allá de la letra escrita presente en las leyes y planes?, ¿cómo tensionan la dimensión subjetivante y la objetivante en estos actos de salud?

Para abordar estos interrogantes, resulta indispensable reconocer que existe 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[v] se producen y reproducen en determinados contextos, siendo operacionalizados, instrumentados y transformados en las situaciones concretas, así como vivenciados subjetivamente (Osorio Carranza, 2001). En ese sentido, no solamente las/os profesionales de la salud detentan modos de entender y atender al sufrimiento sino que también otros actores sociales poseen y utilizan saberes, los que resultan necesarios para asegurar la producción y reproducción en los grupos sociales. A pesar de ello, y de que gran parte de la población recurra a diversos modos de resolver su malestar, desde el sector salud se suele negar o marginar las actividades propias de modelos de atención no biomédicos (Menéndez, 2003). El discurso científico biomédico conquistó otros campos, hegemonzándolos e imponiéndose como único válido para explicar los procesos de salud, enfermedad y atención.

De algún modo, podría pensarse que las prácticas y teorizaciones dentro del campo de la salud mental también han sido impregnadas, aunque no siempre, por una universalidad acrítica en torno a las clasificaciones psicopatológicas y tratamientos terapéuticos propuestos. Tal como propone Fernández (2003: 4), *“Los profesionales ‘psi’ tienen, en general, poca disposición a genealogizar el surgimiento de sus campos de saberes y prácticas, es decir a realizar análisis críticos de la ‘urgencia’ social para la que sus profesiones fueron y son respuesta”*.

Sobre las prácticas en salud mental en contextos de interculturalidad

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).

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 del interior del país todavía aparece como una dificultad en los servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires. Aquello constituye una barrera importante en lo relativo a la aceptabilidad de dichos servicios, impactando en la inequidad y efectivización del derecho a la salud de aquella población.

Asimismo, otras investigaciones locales (Korman & Garay, 2004; Korman, 2006) refieren que tanto los profesionales biomédicos, los asistentes y los psicoterapeutas carecen de entrenamiento en el análisis cultural, el que resulta fundamental para arribar a una diagnóstico adecuado de las personas tratadas. Se destaca que la atención de la salud no se enfoca en la cultura del usuario y que el poco entrenamiento en el manejo de claves culturales conllevaría a una escasa calidad del servicio brindado, lo que daría cuenta de las limitaciones a los conocimientos que pueda portar un psicoterapeuta si desconoce el contexto de las personas consultantes. En la misma línea de investigación, se identificaron diversos taxa vernáculos presentes en el territorio argentino y se dio cuenta de la gran variedad de modos locales de expresar enfermedades, arribando a la convicción de que *“resulta inevitable concluir que las categorías con las que se piensan las formas de describir las ideas de salud y enfermedad de cada cultura es insuficiente para ser utilizado en nuestro país”* (Korman y Simkin, 2010: 213).

A partir del análisis realizado del material aportado por las entrevistas realizadas en la presente investigación, es posible señalar que existirían obstáculos en los procesos de comunicación de los saberes de las familias migrantes a los profesionales tratantes. Los mismos estarían ligados, por un lado, con las dificultades que tendrían las familias para dar cuenta de sus modelos explicativos y técnicas terapéuticas. Tal como los profesionales entrevistados enunciaron en las entrevistas.

“Ellos se cuidan de no mostrar las diferencias...”

“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”.

Estos fragmentos darían cuenta de que no se trata de una dificultad *intrínseca* y sustancial de aquellas familias sino que, contrariamente, sería efecto de su posición relativa dentro de la estructura social y de las relaciones de asimetría en juego, también en relación al saber. Por otra parte, también se identifican las propias dificultades de los profesionales en poder alojar las diferencias y los saberes no hegemónicos de dichas familias:

“Y no... no sé nada yo de ellos. No sé... lo digo con vergüenza, eh. No sé palabras de ellos, yo no asimilé... nada”.

En relación a los encuentros entre las familias y los profesionales, una informante clave menciona:

“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 (...) van armando ciertas ideas de cuidado en relación a los referentes que tienen, los referentes doctores”.

En esas coordenadas -las que no deberían ser reducidas como cuestiones particulares de las personas entrevistadas, sino analizadas contemplando que la subjetividad de dichos actores en juego se constituye situacionalmente y se encuentra íntimamente ligada a condiciones históricas, socioculturales y económicas-, los saberes de las familias migrantes consultantes respecto del sufrimiento psíquico de sus niñas/os resultarían invisibilizados. Al desconocerse, los mismos quedarían por fuera de las formas de atención legitimadas por las instituciones sanitarias. De esta manera, a pesar del impacto que genera en el psiquismo infantil los modos en los que una familia pueda concebir a un niño/a, sus necesidades, padecimientos y cuidados, sus representaciones y prácticas serían excluidas en el -pretendido- acto de salud.

Asimismo, en los fragmentos de entrevistas sería factible divisar los efectos de la imposición de ciertos modelos occidentales por sobre otros vigentes en diversos contextos. Esto permitiría pesquisar cierta mirada etnocéntrica, expresada también en la formación monocultural impartida en las universidades, que se considera como la norma de referencia válida para establecer qué conductas son normales y cuáles patológicas.

Reflexiones finales

Más allá del crucial avance en materia legislativa y en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, las leyes y las prácticas cotidianas en atención a la salud mental todavía coexisten en tensión.

A pesar de la productividad de los instrumentos legales, su alcance real también se asocia con los discursos y prácticas concretas. Esto evidencia la necesidad de transformar las culturas institucionales, las representaciones sociales de los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención y ciertos modelos de atención en los que el saber occidental excluye otros saberes no hegemónicos. También genera la posibilidad de dimensionar la importancia de que la formación universitaria impulse la desnaturalización de los propios condicionamientos culturales, complejizando las lecturas monoculturales y universalistas.

A modo de conclusión, resulta imperioso repensar las prácticas profesionales en contextos de interculturalidad para evitar que aquella población subalternizada, encuentre un redoblamiento de su sufrimiento al enfrentarse con otro tipo de expulsión al requerir atención psicológica. De este modo, ofrecer una atención de calidad en la que prime la escucha subjetivante y alojamiento de las diferencias es, aún, un desafío impostergable.

NOTAS

[i] El equipo está inscripto en la Programación Científica UBACyT 2013 - 2016, con código 20720120200038BA.

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

[iii] 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, las instituciones educativas son importantes derivadoras de alumnas/os a los servicios de salud mental.

[iv] El CeSAC y su hospital de referencia se eligieron por su emplazamiento en zona sur de CABA -ámbito caracterizado por su pobreza y por la infantilización de la misma- en la que habría una sobrerrepresentación de personas migrantes. Esto trasluce los modos en los cuales las desigualdades de clase se expresan en la espacialidad de la ciudad.

[v] La 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)

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Abramovich, V. (2006). "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo", en Revista de la CEPAL, n° 88. Santiago de Chile.
- 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.
- Fernández, A. M. (2003). La Psicologización de lo social, en Revista Campo. Año 5, n° 46, pp. 3-4.
- 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". XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Korman, G. (2006). "Los síndromes dependientes de la cultura en el Noroeste de la Argentina" en Perspectivas latinoamericanas, n° 3, pp. 173-197
- 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 2010, 56(3): 208-216. Buenos Aires.
- 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 (2nda edición). Rosario: Prohistoria.
- OMS (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [última visita enero de 2015].
- Peyrí, E. y C. Hartman (2007). "Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública", en Rev. Gerenc. Polit. Salud, vol 6, n° 13, pp. 11-32.
- Rojas Soriano, R. (1996). Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdés.
- Orzuza, S. M. (2014). "Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina, en Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 6(1).
- Osorio Carranza, R. M. (2001). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. CONACULTA-INI-CIESAS, México.
- Stolkiner, A. (2010). "Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente", en Revista Bilingüe Medicina Social/Social Medicine, vol. 5, n° 1, New York.
- Stolkiner, A. (2012). "Infancia y medicalización en la era de 'la salud perfecta'", en Propuesta Educativa, año 2, vol. 1, n° 37, pp. 28-38.
- Stolkiner, A. (2013a). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental, Capítulo de libro en prensa. Hugo Lerner (corp.). Buenos Aires: Pscolibro.
- 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.