

**"¿O sea que la única loca soy yo que no voy a terapia?":  
Tensiones, diseminaciones y apropiaciones de los saberes  
disciplinarios en familias migrantes regionales.**

*'So I'm the only crazy one who doesn't go to therapy?':  
Tensions, disseminations and appropriations of disciplinary knowledge  
in regional migrant families.*

Poverene, Laura

---

**RESUMEN**

En la era de las migraciones, personas de diversos orígenes y edades modifican sus lugares de residencia a través del planisferio. Más allá del potencial auspicioso de aquellos desplazamientos, los mismos también generan afectaciones a la salud mental y, a su vez, habilitan posibles iniciativas para aliviar dicho malestar.

Este trabajo recupera los resultados de una investigación doctoral con el propósito de interrogar los modos en los que los aportes de la psicología entran en tensión, son resistidos y/o apropiados por familias migrantes regionales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se apeló a la elaboración de historias de vida de cinco personas procedentes de países de América Latina y veintiséis entrevistas semi-estructuradas a profesionales del campo de la salud mental del sector público estatal e informantes clave.

Los resultados de este estudio habilitan el cuestionamiento de esencialismos culturalistas e iluminan la necesidad

de avizorar prácticas interculturales instituyentes.

Palabras clave: Salud mental, Psicología, Migraciones, Interculturalidad

**ABSTRACT**

In the age of migration, people of various backgrounds and ages modify their places of residence throughout the globe. Beyond the auspicious potential of these displacements, these can also affect the mental health of those who undertake them, which in turn, make available different initiatives to alleviate that pain.

This paper recovers the results of a doctoral research with the purpose of interrogating the ways in which the contributions of psychology enter into tension, are appropriated and/or resisted by regional migrant families in the Autonomous City of Buenos Aires.

The elaboration of life stories of five people from Latin American countries and twenty-six semi-structured interviews

with professionals in the field of mental health from the state public sector and informants were used.

The results of this study enable the questioning of culturalist essentialisms and shed light on the need to envision instituting intercultural practices.

Key words: Mental health, Psychology, Migration, Interculturality

---

Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología, UBA.

Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Derecho. Especialista y Magíster en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles, UBA.

Universidad Nacional de Lanús UNLa). Doctora en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT). Bacaria de Maestría, UBA.

Consejo Nacional de Ciencia y Técnica (CONICET), Sede de Trabajo Universidad Nacional de Lanús, UNLa. Becaria Interna Doctoral. UNLa.

Buenos Aires, Argentina

E-mail laurapoverene@gmail.com

## Introducción

A pesar de que la historia de la humanidad ha sido caracterizada por los desplazamientos territoriales, los fenómenos migratorios se han incrementado a partir de las crecientes desigualdades, la globalización, las consecuencias del cambio climático y de la degradación ambiental, la proliferación de violencias y la agudización de crisis, tanto económicas como políticas (Brickell y Datta, 2011).

En la era de las migraciones (Castles, Miller y Quiroz, 2004), personas provenientes de diversos países, orígenes étnicos, clases sociales y edades modifican sus lugares de residencia, lo que genera que los procesos migratorios hubieran devenido en un rasgo estructural en el orden mundial actual (Lucas, 2004).

La cantidad de personas migrantes internacionales ha crecido en los últimos 50 años y su proporción en la población mundial también aumentó. En 2020 el 3,6% de la población mundial estaba compuesta por migrantes internacionales, lo que alcanzaba a 281 millones de personas y, entre ellas, el 14,6% se trataba de niños y niñas (OIM, 2022). En Argentina, el 4,2% de la población ha nacido en otro país, destacándose la mayor proporción de inmigrantes provenientes de países limítrofes, principalmente Paraguay y Bolivia, y de otros estados de la región no fronterizos como Venezuela, Perú y Colombia, identificándose el envejecimiento de la migración ultramarina. De la población

no nativa, el 45,6% solamente cuenta con la cobertura de salud en el subsistema público, lo que contrasta con el porcentaje de la población nativa –el 35,8%– (INDEC, 2024).

Si bien los desplazamientos territoriales tienen un indudable potencial auspicioso y salutogénico, los mismos también pueden generar afectaciones a la salud mental de quienes los emprenden, así como intentos diversos por disminuir el malestar.

Idoyaga Molina (2002, 2010 [1997]) categoriza la existencia de distintos tipos de medicinas: la biomedicina (referida a la medicina occidental o académica), la medicina tradicional (designa a las prácticas ancestrales propias de cada región; en América Latina podría ser el curanderismo o chamanismo), la medicina religiosa (terapias llevadas a cabo en el marco de cultos o sistemas de creencias religiosas específicas, como las umbanda, kamdomblé, evangélicas o carismáticas), las medicinas alternativas (se encuentran difundidas recientemente en las sociedades occidentales y se asocian a lo new age, como yoga, terapias de vidas pasadas, flores de Bach, reiki) y el autotratamiento (vinculada con el ejercicio de las personas legas en el contexto familiar o de una comunidad, pudiendo apelar a diversas técnicas terapéuticas entre las que se pueden incluir tanto saberes enraizados de medicinas caseras como fármacos industriales).

Existe, entonces, una construcción sociocultural de los padecimientos que expresa la respuesta social ante los mismos y las maneras en las que

son comprendidos, experimentados y enfrentados por los conjuntos sociales (Poverene, 2015). Así, no solo las y los profesionales de la salud poseen modos de entender y atender al sufrimiento, sino que también otros actores tienen modelos explicativos y conductas frente al padecer. Tal como lo plantea Galende (2015), la existencia concreta de un sujeto, sus experiencias y valoraciones en torno a su sufrimiento son indispensables para definirlo e intentar brindarle una respuesta.

Este escrito se interroga por los modos en los que los aportes de la psicología – sus prácticas y saberes disciplinares– son apropiados, resistidos y/o tensionados por familias migrantes regionales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Para ello, se recupera una dimensión trabajada en una investigación doctoral recientemente finalizada<sup>1</sup>, en la que se identifican y analizan las valoraciones de madres o padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental en CABA al consultar por las problemáticas de salud mental de sus hijos e hijas.

## Método

### Diseño

Se trata de un estudio que se ha llevado a cabo a través de un diseño exploratorio descriptivo (D'Ancona, 2001) y se inscribe en los lineamientos del abordaje metodológico cualitativo (Kornblit, 2007; Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2006) o no estándar (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Para estudiar cómo los fenómenos

sociales son comprendidos y producidos, se indagaron los discursos de las personas entrevistadas. A la vez, se prestó especial atención en el reconocimiento de las diversas perspectivas, prácticas y experiencias entre dichas personas, considerándolas a todas ellas como sujetos epistémicos legítimos, generadores de saberes y propias narrativas (Vasilachis de Gialdino, 2006).

La investigación se centró en el período temporal 2015-2022 y el escenario de estudio fue CABA, jurisdicción con el mayor porcentaje de población nacida fuera de Argentina sobre el total de la población: el 13,5% (Indec, 2024).

### Unidades de análisis y muestra

Las unidades de análisis seleccionadas en función del interés de la investigación han sido:

a) Personas provenientes de países de la región que fueran madres o padres de niños o niñas de 4 a 12 años que hubieran atravesado alguna situación que ellos o ellas reconocieran como una problemática vinculada con su salud mental y que residieran en CABA. Dichas niñas y niños podrían haber nacido en Argentina o en otros países de América Latina, considerando que todos ellos y todas ellas son infancias en contextos migratorios, viéndose afectados por los desplazamientos territoriales y constituyéndose en uno de los modos posibles de participar en dichos movimientos, descritos previamente en múltiples trabajos (Ceriani Cernadas et al.,

2014; Cerrutti y Binstock, 2012). Asimismo, la condición migratoria de sus madres y padres tiene el potencial de impactar en su ejercicio de derechos y en sus condiciones de vida (IJDH UNLa- UNICEF, 2023), lo que también justifica su consideración como infancias en contextos de movilidad humana.

En cuanto a la conformación de la muestra de familias migrantes latinoamericanas, se trató de un muestreo selectivo basado en criterios teóricos. En el mismo no se propuso hallar una supuesta representatividad estadística en relación a la totalidad de realidades posibles de las familias provenientes de Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela, sino que

se basó en rasgos considerados como relevantes en términos conceptuales para la investigación, principalmente en relación a motivaciones migratorias, acceso al trabajo y salud. Se seleccionaron a cinco personas adultas (cuatro madres y un padre) pertenecientes a familias migrantes latinoamericanas de cada uno de los países arriba mencionados

Se decidió no incluir solamente a quienes hubieran consultado en hospitales o centros de salud por problemáticas asociadas a la salud mental de sus niños o niñas para no dejar por fuera aquellas experiencias de quienes hubieran transitado otros itinerarios terapéuticos posibles.

**Tabla 1.** Madres o padres migrantes participantes en la investigación, según su país de origen y el de sus hijos o hijas, motivación migratoria, ocupación, y acceso a la salud

Información de persona adulta (nombre ficticio, país de nacimiento, motivación migratoria, inserción actual en el mercado laboral)	Información de niña o niño (nombre ficticio, género, edad, país de nacimiento, educación)	Acceso a la salud
Darinka: Madre nacida en Bolivia, emigró a sus 18 años por razones laborales y de reunificación familiar, en la actualidad es una trabajadora familiar sin remuneración. Tiene 36 años	Zenón: Niño, 9 años, argentino, escuela primaria pública	Subsistema público
Daniela: Madre nacida en Colombia, emigró a los 30 años por razones de estudio, en la actualidad posee un trabajo asalariado registrado. Tiene 42 años	John Mauro: Niño, 4 años, argentino, jardín de infantes privado	Medicina prepaga
Liseth: Madre nacida en Venezuela, emigró a los 30 años por razones económicas y por violencias, en la actualidad posee un empleo como asalariada no registrada (relación de dependencia encubierta). Tiene 33 años	Luis: Niño, 9 años, venezolano, escuela primaria pública	Subsistema público
Kabil: Padre nacido en Paraguay, emigró a los 20 años por razones de reunificación familiar, trabaja como <u>monotributista</u> y por cuenta propia. Tiene 50 años	Elmer: Niño, 12 años, argentino, escuela primaria privada	Obra social
Beatriz: Madre nacida en Perú, emigró a los 36 años por razones económicas, posee un trabajo no registrado. Tiene 42 años	Niña, 11 años, peruana, escuela primaria pública	Subsistema público
<b>Total de unidades de análisis seleccionadas:</b>		<b>5</b>

Fuente: Elaboración propia

b) Profesionales que trabajaran en el campo de la salud mental infantil en el sector público estatal de CABA, tanto en diferentes tipos de efectores existentes en la red de salud mental infanto-juvenil del subsector público (un CeSAC, un Hospital Pediátrico, un Hospital General de Agudos, un Centro Especializado en Salud Mental y un Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil) como en el “Área de acompañamiento a Refugiados y Migrantes” que funcionaba en un Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Nación.

El énfasis en la exploración de las concepciones y abordajes de profesionales del sector público estatal se fundamenta en el interés por conocer los modos en los cual el Estado (garante del cumplimiento de los derechos humanos de las infancias en contexto migratorios) brinda respuestas ante las problemáticas de salud mental.

Se seleccionaron entre dos y tres profesionales de cada institución, utilizando un criterio de muestreo intencional no probabilístico por bola de nieve (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). La cantidad de entrevistas se decidió por saturación, habiéndose realizado hasta el momento en el que se los elementos emergidos en las mismas ya dejaron de aportar elementos novedosos en torno a la temática de la investigación.

c) Informantes clave, como funcionarias y funcionarios del nivel nacional y local

que se desempeñaran en áreas de Salud y/o Derechos Humanos con experiencia específica en el trabajo con población migrante; profesionales e investigadores de organizaciones no gubernamentales dedicadas al abordaje de estas temáticas y profesionales integrantes de Equipos de Orientación Escolar de escuelas públicas de CABA, dado que las escuelas son derivadoras de estudiantes a los servicios de salud mental y forman parte del proceso de detección del sufrimiento psíquico de niños y niñas migrantes (Poverene, 2018).

Se entrevistaron a once informantes clave. El muestreo fue de carácter individual y holístico en función de los intereses temáticos de la investigación.

**Tabla 2.** Cantidad de personas entrevistadas, por tipo de participación en la investigación

Tipo de participantes	Cantidad de personas entrevistadas
Madres y padres migrantes	5
Profesionales del campo de la salud mental	15
Informantes clave	11
<b>Total de personas entrevistadas:</b>	<b>34</b>

A su vez, las unidades de información fueron los discursos de las unidades de análisis.

Técnicas de construcción y recolección de datos

Como técnica de recolección de datos con las personas migrantes, se optó por el método de historias de vida, a través de un diseño polifónico o multivocal

(Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006) en los que distintos relatos y referencias se entrecruzan (Bertaux, 1997). Como lo plantean dichas autoras, a través del relato de la historia de vida, las personas entrevistadas expresan problemáticas de la sociedad, se visualizan sus sociabilidades, grupos sociales e instituciones a las que se encuentran vinculadas, dando cuenta del proceso de toma de sus propias decisiones y cómo éstas afectan a sus trayectorias.

Las historias de vida pueden ser utilizadas tanto para reconstruir datos factuales que serían difíciles de obtener a través de otro medio como para reconstruir el sentido de la acción. Así, las personas entrevistadas son consideradas como informantes calificados y narran un fragmento (como es en el caso de este estudio) o la totalidad de sus vidas en función de los objetivos que la investigación se proponga (Saltalamacchia, Colón y Rodríguez, 1984).

Complementariamente, se advirtió el carácter artificial de la entrevista, o de escena no buscada por las y los sujetos investigados, así como se reconoció la posibilidad de existencia de asimetrías, por lo que se trabajó para intentar evitar la violencia simbólica que allí pudiera emerger (Ynoub, 2017). Para ello, se elaboró un consentimiento informado que fuera comprensible para quienes se entrevistarían, se trató de anular la utilización de tecnicismos profesionales o académicos o del idioma porteño,

se apeló a la consulta de otras guías de preguntas en investigaciones sobre la temática y a la lectura de fuentes secundarias vinculadas a las situaciones en los países de origen de las personas migrantes para así conocer el contexto en cual han sucedido algunas circunstancias de su vida.

Para la recolección de datos primarios de profesionales del campo de la salud mental y demás informantes clave, se utilizó la entrevista de tipo semi-estructuradas (Marradi, Archenti y Piovani, 2007; Valles, 1997) como técnica privilegiada, considerando que la construcción del dato acontece en la interacción establecida entre la investigadora y las personas entrevistadas (Vasilachis de Gialdino, 2006). Se utilizó como apoyo una guía de entrevista a partir de los principales ejes temáticos a explorar para así asegurar que los mismos fueran incluidos dentro de la misma.

Dado que la última parte del trabajo de campo se desarrolló durante la etapa de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) que tuvo lugar durante la pandemia de SARS-CoV2, algunas entrevistas se llevaron a cabo a través de una interacción virtualizada en la que se recurrió a tecnologías que involucraron tanto audio como video (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Se apeló al uso de un consentimiento informado para las personas entrevistadas.

### Análisis de datos

Para el análisis de los datos se adoptaron enfoques procedimentales que incluyeron el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición y transformación de los mismos y obtención de resultados con verificación de conclusiones (Rodríguez Gómez et al., 1996; Huberman y Miles, 1994). Se construyó un esquema de codificación ex post, siguiendo un criterio temático y procedimientos inductivos-deductivos. La estructura de la matriz de datos se basó en un esquema de codificación que utilizó etiquetas verbales y se completó con el registro de citas textuales de las personas entrevistadas. A partir de aquel ordenamiento, se leyó nuevamente el material obtenido en cada dimensión.

Finalmente, a través de un análisis de contenido (Bardin, 1986), se buscó interpretar la información de carácter analítico e identificar las insistencias, diferencias y tensiones entre los testimonios recabados. A través de los procedimientos interpretativos, se buscó añadir una consideración del contexto y del contenido latente a aquellos aspectos más manifiestos que hubieran surgido en las entrevistas. Asimismo, en la interpretación de los resultados también se procedió a integrarlos con otras conceptualizaciones que permitan un denso entramado de articulación teórica y discusión.

### **Resultados y discusiones**

*“Con la hospitalidad se trata de lo mismo,*

*ella es hosti pitalidad:  
hostilidad y hospitalidad a la vez (...)  
El extranjero como una figura o arcano  
sacrificial permite figurar un límite que no  
preexiste”*

Ana Paula Penchaszadeh (en González,  
2016: 76)

Las personas migrantes entrevistadas aludieron a sus valoraciones de las experiencias atravesadas en la búsqueda de atención en el sistema de salud mental de CABA, al acudir al mismo por problemáticas presentadas por sus hijos o hijas.

A través de las mismas, se pesquisan las tensiones, apropiaciones y/o resistencias de las familias migrantes en torno a las prácticas y saberes provenientes de la psicología.

Si bien la exploración se orientó a conocer dichas valoraciones, en el trabajo de campo también emergieron situaciones vivenciadas por las personas adultas al acudir a los servicios de salud por sus propias necesidades. Algunas de las mismas se han incluido en este escrito porque tienen el potencial de permear sus apreciaciones y las decisiones en torno al itinerario terapéutico de sus hijos e hijas.

A partir de la lectura del material obtenido, dichas valoraciones se agruparon en cuatro dimensiones:

I.Macrocontextual, alude a las políticas públicas y legislaciones en Argentina.

II.Institucional, se refiere al

funcionamiento de las instituciones y servicios.

III.Micro, vinculada con las prácticas profesionales en salud / salud mental.

IV.Sociocultural, relacionada con el lugar social que tiene el padecimiento mental y su atención en los imaginarios e interacciones sociales (Amarante, 2013).

I.Dimensión macrocontextual: la salud como política pública de cobertura universal en Argentina

En las entrevistas mantenidas con familiares de niños y niñas en contextos migratorios, hubo una recurrencia en la comparación de la atención en salud / salud mental que reciben en Argentina respecto a aquello que hubiera podido acontecer en sus países de origen o, incluso, en otros estados de la región.

En la totalidad de los casos, las personas entrevistadas aludieron a dicha comparación. Dependiendo de la cobertura en salud que tuvieran, valoraron positivamente tanto la gratuidad de los tratamientos en el subsector público (como la familia de Zury, Zenón y Luis) como las facilidades de la cobertura de salud en sus medicinas prepagas (familia de John Mauro) u obras sociales (familia de Elmer) para afrontar los honorarios de los espacios terapéuticos a los que acuden.

**Uno para ir al médico, hasta para ir a vacunarte, tenés que tener plata (...) acá [en Argentina] tenemos esa posibilidad de un hospital público**

**que te pueda sostener un montón de cosas. En Perú es tan diferente en estas cosas, es carecido en esas cosas (...) los peruanos se mueren porque no tienen plata, el que tiene plata estará atendido, vivirá. La gente que es pobre directamente no va al médico y se muere (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).**

**La salud es caro en Paraguay. No es como acá. Es carísimo. Allá te enfermás y es carísimo (...) acá, viste, hay mejores doctores, todo eso. Los mejores hospitales (...) te iba a pasar algo, allá [en Paraguay] te podés morir tranquilamente (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay).**

**Allá [en Bolivia] es complicado, allá no hay... no hay para atenderlos [a los niños y niñas que tienen problemáticas similares a las de su hijo], no hay las terapias. Lo que sí hay es particular, todo lo tenés que pagar (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia).**

**No tengo que pagar yo nada, lo pagan directamente ellos [se refiere a la prepaga]... y es tanta la cantidad de facilidad... Esto no pasa, en los países donde yo viví [Colombia y Estados Unidos] esto no pasa (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).**

La dimensión macrocontextual, principalmente vinculada con la política pública en torno a la cobertura universal en salud y el acceso a los tratamientos, fue positivamente valorada por todas las personas entrevistadas.

En Argentina, el acceso a la salud es público y gratuito. Dicho derecho es garantizado por la Ley Nacional de Migraciones y aunque las personas migrantes no tuvieran DNI, esto no debiera constituirse en un obstáculo para su atención sino, por el contrario, implicaría recibir asesoramiento respecto a los pasos a seguir para obtener la regularización de su situación migratoria. A su vez, la Ley 26.657 se propone asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que se encontraran en territorio nacional, no excluyendo a quienes hubieran nacido en un país extranjero.

Pese a que, en la práctica, se presentan obstáculos en la accesibilidad y circulan restricciones particulares que dificultan que las personas migrantes puedan acceder a distintas prestaciones en los servicios sociales –aunque se debiera asegurar la igualdad entre nacionales y no nacionales en el goce de los mismos– (OIM, 2019), el acceso gratuito a la salud aún alcanza a las familias migrantes, a diferencia de lo que acontece en otros países de la región.

Asimismo, las valoraciones positivas de las personas entrevistadas respecto de las políticas sociales permiten dimensionar los efectos concretos que

tiene la gratuidad del sistema público de salud en los itinerarios terapéuticos de las familias migrantes en Argentina. Los factores económicos suelen condicionar la elección del modelo de atención al que se acudirá, lo que habilita, restringe o complejiza acudir a alternativas que pueden considerarse deseables, pero no posibles. En ese sentido, la medicina popular no solamente estaría arraigada culturalmente, sino que también podría ser utilizada por ser más asequible para la población en aquellos lugares en donde no es posible acceder al sistema formal de salud, ya sea por las barreras geográficas y/o económicas erigidas. De ese modo, al desarrollarse el itinerario terapéutico de las familias migrantes, estarían en juego tanto los factores estructurales –asociados con las representaciones en torno a la enfermedad, su etiología y posible tratamiento– como aquellos coyunturales –vinculado con la cercanía, la disponibilidad económica y consejos de la red– (Fassin, 1992; Idoyaga Molina et al., 2003). Por estas cuestiones, deviene importante conocer las características del sistema etnomédico en sus lugares de origen para luego ponerlo en relación con el sistema del nuevo contexto. La mayor disponibilidad de la biomedicina –vinculada con la gratuidad, cercanía y tecnología utilizada– en el país de destino (Argentina) genera que se acuda a la misma con mayor frecuencia que en los lugares de origen (Idoyaga Molina et al., 2003).

## II. Dimensión institucional

En cuanto a la dimensión institucional, se vislumbra la tensión hallada entre las personas entrevistadas que denunciaban con sus quejas las cuestiones que consideraban que “no funcionaban bien” y aquellas otras que las naturalizaban, sin problematizar las dificultades o carencias con las que se habían encontrado en los efectores de salud.

Mientras Daniela hizo referencia a las peripecias administrativo - burocráticas que emergen en los tratamientos a través de la medicina prepaga: “*es burocrático como todo*” (sic), Kabil manifestó una gran disconformidad por la exigencia institucional de acordar días y horarios en función de las posibilidades de las y los profesionales de la institución, más que las de las familias. Planteó que, en reiteradas ocasiones, las alternativas que resultan factibles para quienes conducen los tratamientos disciplinares no coinciden con las posibilidades reales de las personas cuidadoras:

**Ella [la psicóloga tratante] por ejemplo me dijo: “hablá con tu mujer para que me lo traiga [a Elmer], ponele, qué sé yo, un viernes”. Y mi señora, no, ella justo ese día no puede ir ahí a la psicóloga (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)**

Darinka refirió, descriptivamente, la necesidad de arribar al hospital por la madrugada para intentar conseguir

turnos para que su hijo fuera atendido, antes de que se completaran los cupos asignados:

**Turnos es un poco complicado (...) vengo temprano de madrugada, vengo 5 de la mañana y consigo turno. Pero si vengo tarde, a las 7, 8 de la mañana no consigo. Para hacerse atender hay que madrugar... (Darinka, mamá de Zenón, Bolivia)**

La necesidad de realizar extensas filas a la madrugada para conseguir turnos no fue aludida por Daniela –en relación con la necesidad de esperar por turnos para los tratamientos de su hijo John Mauro en la prepaga– ni por Kabil –en la obra social que poseen–. Esta diferenciación, siguiendo los aportes de Ballesteros, Freidin y Wilner (2017), podría asociarse con los modos en los que la espera para acceder a servicios de salud se encuentra socialmente estratificada: los grupos que poseen mayores desventajas estructurales tendrían una menor capacidad de agencia temporal en la cotidianidad de sus vidas y un menor control acerca de cómo transcurre el tiempo. Numerosas investigaciones han identificado que las personas con mayor capital social y recursos económicos cuentan con una mayor disposición a quejarse, plantear sus necesidades, entender las lógicas institucionales de los efectores, presionar y acortar los tiempos de espera (Laudicella et al., 2012; Sicilliani, 2014 en Ballesteros, Freidin y Wilner, 2017), a la vez que

habría tiempos de espera diferentes en función del subsector de salud en el cual se busca atención. Los tiempos de espera para recibir atención advendrían como una importante barrera de acceso al sistema sanitario en Argentina, generando efectos en las modalidades y preferencias en relación a la atención. A su vez, se trataría de un precio no financiero que habría que desembolsar para acceder a los servicios de salud (Pecheny y Palumbo, 2017).

A su vez, Darinka también comentó que los lunes lleva a Zenón dos veces por día al hospital (por la mañana y por la tarde), motivo por el cual, aquél día, el niño no puede asistir al colegio. Si bien ella no presenta esta situación como conflictiva, sino asumiéndola como una realidad –del mismo modo que es interpretada la necesidad de estar de madrugada en el efector para conseguir a un turno– sería factible vislumbrar los efectos complejos que la misma acarrea en términos de accesibilidad al derecho a la salud y a la educación.

En relación con los desencuentros entre horarios de atención de profesionales y las posibilidades de asistencia de las infancias y sus familiares a los tratamientos, se vislumbra que la organización asistencial de las instituciones de salud se encuentra más centrada en sus intereses y necesidades que las de la población que acude a las mismas (De la Aldea y Lewkowicz, 2004). Asimismo, la lógica adultocéntrica también permea

la oferta de los efectores al privilegiar los horarios de trabajo de profesionales sobre los horarios de escolaridad de las infancias consultantes, lo que provoca que el derecho a la salud colisione con su derecho a la educación en circunstancias que podrían ser decididamente evitables.

Coincidentemente, cuando Liseth narró la falta de sillas de ruedas disponibles ante una urgencia en un Hospital General de Agudos del subsector público, en vez de enfatizar en aquella carencia, valoró y agradeció que las personas de seguridad hubiesen ofrecido a hacer dicho traslado en su silla de trabajo con ruedas (aunque aquello podría haber resultado inseguro).

**Y cuando la llevé al Piñero para que la chequearan, también. O sea, incluso los vigilantes decían: "bueno, no tenemos ahora silla de ruedas disponibles, porque estamos colapsados", pero ellos agarraron su silla de trabajo, ¿viste que tienen rueditas?, y la sentaron y la rodaban, y ellos gozando, y bueno, súper amorosos, la verdad que... no tengo ninguna queja (Liseth, mamá de Luis, Venezuela).**

Desde la perspectiva de Libertad, profesional entrevistada que se desempeña en un Hospital Pediátrico como trabajadora social, muchas familias migrantes vivirían su vinculación con el subsistema público de salud en Argentina como si *debieran algo* por el

hecho de ser universal y gratuito.

**La familia migrante, como otras minorías, tiene una mirada puesta que tiene elementos de discriminación, de minusvalía, no me gusta ese término pero no encuentro otro en este momento. De inferioridad, como si algo debiera por estar en territorio argentino y gozar de la atención en salud gratuita y universal como la tiene nuestro país. Por momentos pareciera que algo deben (Libertad, trabajadora social, Hospital Pediátrico).**

Las situaciones vivenciadas por Liseth, Darinka y Beatriz en el subsector público no fueron narradas distónicamente por las personas cuidadoras sino como hechos emparentables con aquello del orden de lo común o esperable. Esto podría ser pensado desde dos aristas complementarias.

Por un lado, se abre el interrogante respecto a los efectos que podría generar en las personas migrantes el contraste con el acceso restrictivo a la salud en sus países de origen y el no arancelamiento de hospitales y centros de salud públicos en Argentina. Idoyaga Molina et al. (2003) plantea que si bien las personas migrantes pueden encontrar dificultades en los servicios de salud en el nuevo contexto –en relación con largas filas, demoras en turno, malos tratos o discriminación–, la oferta pública de salud les permite resolver sus problemas de salud de modos en los que

no era factible en sus países de origen.

Por otro lado, pese a que a la población migrante es titular de derechos, la misma puede auto-percibirse como beneficiaria de programas sociales y asistencialistas del Estado, más que como personas cuyo goce de derechos es una obligación del Estado Nacional, a la que debe cumplir tras haber elevado a la jerarquía constitucional múltiples tratados de Derechos Humanos y haber sancionado leyes progresistas con enfoque regional. Tal como lo plantea Stolkiner (2004), se pone en juego la posibilidad de percibir que el ejercicio de la salud es un derecho y no un acto de beneficencia o caridad. La población migrante –luego de décadas en las que se la mantuvo en situaciones de irregularidad y vulneración– pudo ver obstaculizada su posibilidad de reconocerse a sí misma como sujeto de derechos en el país de acogida. Esto generaría la necesidad de trabajar con relación a las barreras simbólicas y culturales a la accesibilidad de este sector a los servicios de salud.

### III. Dimensión micro

En torno a la dimensión micro, se destacó el reconocimiento de madres y padres a las o los profesionales tratantes del campo de la salud mental, tanto por las mejoras que divisaron en sus hijos e hijas como por las herramientas teórico-prácticas que les transmitieron en los talleres o entrevistas durante los últimos años.

**Nosotros hemos tenido varias**

**oportunidades de irnos del país, y yo no me he querido ir por los tratamientos que atienden al nene en este país, que son tan buenos (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)**

**Por suerte... yo no me quejo, me tocó buenas licenciadas (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia)**

Complementariamente, se hizo alusión a los aspectos afectivos que se establecieron con reciprocidad entre las familias y personas especialistas que habrían atendido a sus niños y niñas. Beatriz comentó que las entrevistas que ella había mantenido con la psicóloga que atendió a su hija en el Hospital le resultaron de gran ayuda para sí misma, constituyéndose en un espacio de contención indispensable.

**La señora [se refiere a la profesional que atendía a Dulce] me decía: “tú tienes que quererte, tú vales mucho, tú tienes que estar bien por tus hijos”. Me daba ánimo, yo salía feliz y contenta de ahí (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú)**

En esa misma línea, no solo se señaló la valoración de los aspectos técnicos sino también los afectivos y vinculares con las profesionales intervinientes:

**... Muchos me dijeron: ‘me los tratan mal’. A mí, por suerte,**

**todo bien, incluso la señorita de estimulación, la Lupe, ella siempre me decía, me animaba... me animaba, no, chiquito, ponete las pilas (...) incluso después la fuimos a visitar a la licenciada, ella estaba feliz” (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia)**

Darinka también refirió que varias profesionales mencionaron: *“te diste cuenta de muy chiquito, muchos se dan cuenta de 4 o 5 años cuando ya es muy complicado. Te diste cuenta de muy temprano, va a salir adelante”*, lo que vivenció con alivio y como una fuente de reconocimiento a su rol como cuidadora.

Se identifica, así, la doble dimensión de los actos en salud, en tanto encuentros singulares en los que se concretan las políticas, los sistemas y servicios de salud (Stolkiner, 2013). La misma alude a la dimensión cuidadora –que intenta producir procesos de expresión y escucha, relaciones con el mundo subjetivo del o de la paciente y los modos en los que dicho sujeto construye sus necesidades de salud –y la que se centra en los saberes disciplinarios y órdenes profesionales, atravesada por la ciencia y el conocimiento (Merhy y Feuerwerker, 2006). 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 salud.

En otro orden, al consultarle a Darinka

cómo percibía que era la comunicación con los equipos de profesionales, planteó que *“por suerte sí, me entendían”*. Aquél enunciado parecería localizar la ininteligibilidad en sí misma. También comentó que ella les solicitaba si podían escribir con claridad las indicaciones de los estudios y consultas; *“Yo les decía a las doctoras si podían escribir bien claro. Me daban para estudios, un montón, y yo les pedía si lo podían escribir bien... eso es para eso, esto es para esto otro”*. Esto daría cuenta de las propias estrategias implementadas por la madre de Zenón para evitar el desconcierto de finalizar las consultas con recetas colmadas de estudios y sin claridad respecto de cómo materializarlos.

Las valoraciones positivas, sin embargo, también fueron acompañadas por experiencias valoradas negativamente en cuanto a la dimensión de desencuentros o falta de miramiento por la realidad de la familia consultante.

Kabil planteó su percepción de que la psicóloga que brinda tratamiento a su hijo es “muy estricta” dado que le exigiría conversar telefónicamente con ella o acompañar a su hijo al espacio terapéutico en el horario de su jornada laboral.

**Es muy estricta, es muy estricta la psicóloga (...) Yo en mi trabajo, trabajo. A veces quizás que ella cree que yo no, yo no quiero ir. Pero justo, te digo, me llama cuando yo estoy trabajando [Tono**

**de fastidio) (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)**

Por otra parte, Daniela planteó haber vivenciado una situación de intensa incomodidad con una psicóloga que brindaba un espacio de orientación a la familia, al que asistían ella y su marido para trabajar sobre aspectos de la crianza de John Mauro. Refirió que, en una entrevista, hizo referencia a que su hijo no obedecía aquellos pedidos que le realizaban. Ante la utilización de la palabra “desobediencia”, habría recibido un señalamiento por parte de la profesional.

**La mina [se refiere a la psicóloga] se quedó, muda. “A ver, decime un poco más eso de obedecer”, y yo le digo: “no obedece, tú le dices las cosas, y él es un desobediente, no te obedece”. Y me dice la psicóloga: “ten cuidado con esa palabra en Argentina, porque la palabra obediencia no viene bien”. Ella me dice: “es de la dictadura” [tono de voz de reclamo] (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)**

Frente a dicha diferencia en el uso de la lengua, Daniela intentó explicitar la connotación que tenía, para ella y en su país de origen, el término desobedecer, así como se sintió en la necesidad de aclarar que no pensaba “matar” a su hijo (sic). Dado que la profesional le pidió que tuviera “un poco más de cuidado” en la

forma de expresarse, Daniela, optó por “quitar” dicha palabra de su vocabulario. En esta situación, la diferencia (idiomática) solamente pareciera recaer sobre Daniela: la profesional ubicó el problema en el modo de expresarse de aquella madre y determinó que la mujer debiera ser más cautelosa, sin increpar la propia posibilidad de darse el tiempo necesario y la apertura para equivocar el significado de aquél término.

**Ay, yo no lo voy a matar, yo soy colombiana, son mis palabras (...) para mí la palabra "desobediente" es que se porta mal. Para ustedes desobediente es "kjjjj" (...) "Desobediente" no lo vuelvo a decir, se nota que es una palabra que no pega muy bien, por eso medio que la quité (...) (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)**

Complementariamente, Daniela evocó experiencias propias en sus espacios psicoterapéuticos individuales en Argentina, en las que enunció la percepción de no haber sido “creída” por su terapeuta y la sensación de ofensa que ello le ocasionó.

**Me dijo que todo lo que yo le contaba era como muy telenovelesco, como muy teatrero, lo que yo le contaba (...) Y ahí me habló un poco del acento: "tal vez sea por tu acento que siento que las cosas que me cuentas**

**son muy telenovela". Y yo le dije: "no, realmente, pues este es mi acento, y las cosas que te estoy contando realmente pasaron, y me están pasando" (...) me sentí un poco ofendida, porque ella sentía que era novela lo que yo le estaba contando (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)**

La entrevistada también señaló una situación en la que percibió la existencia de un juicio respecto de su accionar y de sus decisiones estéticas sin tomar en consideración las pautas culturales de su país de origen. La psicóloga a la que acudía habría interpretado que su maquillaje en las pestañas podría interpretarse como un intento de generar dramatismo al correrse la pintura (con sus lágrimas) al llorar.

**Yo estaba llorando [en el consultorio de la psicóloga], yo le digo: "ay se me corrió el rímel" [voz de llanto] "¿Ves?, ¿por qué te tienes que maquillar si vienes a verme a mí?", y entonces yo le dije: "porque siempre me las maquillo, no siempre me las maquillo para verte a ti. Yo siempre me maquillo las pestañas, siempre, no me importa. Tengo pilas de rímel en mi casa, porque me encantan mis pestañas, me gusta ponerme así", " ¿Ves? mucho teatro, demasiada pantalla, como para los otros..." (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).**

Dos situaciones análogas fueron retratadas por Olivia (informante clave, Lic. en Ciencia Política y Coordinadora de un dispositivo de orientación a personas migrantes y refugiadas en el ámbito público). En la primera se apeló a privar de la posibilidad de acceder a un plan social por discapacidad a un joven colombiano que había tenido un accidente por el hecho de haberse peinado su pelo con gel, en la segunda se cuestionó el sufrimiento de una madre venezolana con una hija que atravesaba una enfermedad oncológica por haberse maquillado para acudir al hospital.

**Mirá, con el tema de la interculturalidad, me lo dijo él y me lo dijo la venezolana que tiene la nena con leucemia. El pibe viene siempre hecho mierda, llorando, pero con el jopo con el gel perfecto, bien colombiano: "Me dicen que yo no estoy tan mal porque me peino, pero si no, yo no podría salir de casa". Y la venezolana también me dijo eso: "la trabajadora social del hospital me dijo que si tengo tiempo de maquillarme tan mal no estoy. Pero si ella conociera a cualquier tipo de venezolana... no salen a la calle sin maquillaje, es como salir desnuda para nosotras". ¿Viste? Era como... necesitan un curso de interculturalidad [silencio] (Informante Clave, Olivia)**

Complementariamente, Bárbara (informante clave psicóloga e investigadora, nacida en Venezuela) expresó que, más allá de lo idiomático, incluso hay diferencias en los modos de subjetivación, de construcción de la noción de “familia” e individuo y en las categorías analíticas de las y los profesionales que no debieran ser soslayadas en las consultas en contextos de interculturalidad. En ese sentido, relató que, en su proceso terapéutico realizado con una psicóloga argentina, en diversas ocasiones percibió que sus vínculos y prácticas familiares eran cuestionados por la terapeuta por resultar distintos a los suyos, siendo interpretados como vínculos de dependencia que debían ser superados para llegar a una verdadera autonomía.

**Yo siento que ella [la psicóloga] no entendía lo que yo le estaba diciendo. Por ejemplo, el común venezolano es de familia extendida matricentrada. Yo voy a tomar una decisión, y llamo a mi mamá, a mi tía... Yo voy a ser la que toma la decisión, pero no sé, siempre hago eso, y lo hacemos todos. Es algo que mi entorno hace, por ahí tenemos una forma de funcionamiento familiar distinta (...) yo siento que ella [la psicóloga] tampoco tenía demasiado interés en que se lo explicara porque ella había decidido que era mejor que yo tomara esa decisión sin hacer la llamada telefónica, como**

**si eso fuera un problema para mí (...). Son tonterías, pero para ella la interpretación de la familia era algo que yo tenía que resolver, algo de mi individuación, y la verdad es que yo no sé qué es eso... Yo siento que la individuación para nosotros es diferente (...)** (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

Aquellas diferencias también generarían efectos en los horizontes terapéuticos de las y los profesionales, pudiendo anteponer sus a priori conceptuales frente al contenido que planteaban las personas consultantes. Del mismo modo, la entrevistada refirió la importancia de advertir cuándo el propio contexto, historia e ideología de la persona que brinda cuidados en salud mental puede obstaculizar el proceso de escucha y realizar extrapolaciones erróneas a partir de sus propias creencias o vivencias.

Así, las experiencias valoradas positivamente se vincularían con los espacios de escucha, contención y de establecimiento de relaciones sensibles en el encuentro intersubjetivo con las y los especialistas, mientras que aquellas que fueron apreciadas negativamente se asocian con la falta de consideración de la realidad contextual de la familia consultante (sus horarios de trabajo, su posibilidad de mantener conversaciones telefónicas durante su jornada laboral), los prejuicios estigmatizantes y el ejercicio de relaciones de poder entre

profesionales y personas usuarias en donde estas últimas no serían ubicadas en el centro del quehacer asistencial sino en la periferia, es decir, en la excentricidad.

En dichas valoraciones se plasma la importancia de los dos componentes inherentes a la ternura (Ulloa, 1995): la empatía que permitiría brindar aquellos suministros necesarios por otra persona –como las palabras, el arrullo, por ejemplo– y el miramiento que habilitaría observar con amorosidad e interés a quien puede reconocerse como un sujeto distinto al sí mismo. En la medida en la que se ausenta la empatía con las personas migrantes y sus necesidades, o el miramiento al admitir sus diferencias en relación con los equipos profesionales, la ternura en tanto instancia ética se pulveriza.

Además, emergieron situaciones en las que se erigieron barreras idiomáticas y culturales en las que el déficit o problema se situó en la persona migrante, ya sea por utilizar significantes que en el contexto actual tienen una connotación diferente que en el de origen (como “desobediencia”) o por la tonalidad con la que se expresan (la que habría generado en la profesional tratante la sensación de estar escuchando una telenovela más que el relato de una persona en situación de sufrimiento) o los modelos de belleza hegemónicos de otros países de la región que condicionarían a que las personas se maquillen o se peinen con geles (lo que sería interpretado por los agentes de las políticas sociales como

“no estar atravesando verdaderamente un mal momento”, razón por la cual se les denegaría la posibilidad de acceder a derechos).

Las situaciones antes mencionadas podrían remitir al concepto *falso cognado*, en el cual se asume erróneamente comprender el significado de determinado significante: pueden tratarse de palabras que comparten un mismo origen común pero que han evolucionado de manera diferente y que, como efecto del amoldamiento de préstamos lingüísticos y de la influencia de una lengua sobre la otra, varían en su significado. En esos casos, se instala un riesgo semiótico al presuponer entender el sentido, ya que distintos grupos tienen distintos usos y allí se escenifican diferencias de poder. A su vez, pese a que en apariencia el significado sea idéntico, puede connotarse divergentemente y tener un peso específico particular en función de los procesos históricos que porte (Grimson, 2014).

En torno a esta cuestión, es dable dimensionar el valor de la experiencia estética de la lengua en aquellos tratamientos psicológicos sostenidos con consultantes migrantes. Los discursos son elementos ineludibles que participan de la dimensión estética –ligada a lo que los sentidos ofrecen – en los espacios terapéuticos: en ellos se articulan textos, estéticas, se recrean espacios, tiempos y objetos que se depositarían en la diada analítica para ser leídos por quien lleva a cabo la dirección de la cura. Esto implica un desafío particular para las y

los profesionales tratantes porque las personas migrantes presentan el material codificado bajo unas legalidades distintas a las de su propio contexto cultural; la lengua podría devenir en tanto “*espacio espectral de conservación identitaria y de objetos, espacio que, invadido por el proceso primario, recrea una estética propia y singularísima*” (Alves, 2017: 76).

Además, es necesario recalcar que en la construcción de la noción de belleza hay una significativa influencia del contexto cultural de las personas. Es por ello que hay estereotipos diferentes en las distintas latitudes y tiempos, así como modos distintos de vestirse, peinarse, maquillarse, oler o utilizar diversos tipos de accesorios. Frente a esto, en las situaciones narradas por las personas entrevistadas, pareciera que diferentes profesionales hubieran asumido una posición etnocéntrica a partir de la cual se establecieron los parámetros aceptables e inaceptables respecto a cómo debiera lucir o comportarse una persona que vivencia un malestar subjetivo y, en función de ello, a qué derechos podría acceder.

Pese a las leyes de avanzada y la existencia de políticas públicas que pueden incluir a la población migrante, pervive la hospitalidad condicionada, que demanda de las personas extranjeras se adecúen a los modos argentinos (como si fueran homogéneos e inmutables) para ser integradas, que renuncien a su alteridad. Asimismo, la coexistencia simultánea de valoraciones positivas y

negativas de las personas migrantes en relación a las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental convoca a la recuperación del neologismo “hostipitalidad”. El mismo conjuga, dentro suyo, términos que parecieran ser antónimos pero que representan la complejidad de vínculos en los cuales la hospitalidad y la hostilidad no se encuentran finamente destilados.

En síntesis, resulta habitual que la atención de la salud no se centre en la cultura de la persona usuaria y que predomine un desconocimiento de su contexto (Korman y Garay, 2004), lo que implicaría serios efectos en el encuentro intercultural acontecido entre familias migrantes y quienes se desempeñan en los servicios sanitarios.

#### IV. Dimensión sociocultural

A través de esta dimensión se toma en consideración los modos en los que el padecimiento y sus intentos de resolución también se vinculan con interacciones sociales y procesos de socialización, lo que genera que los significados que se le atribuyen puedan transformarse en función del contexto en el que acontecen.

En las entrevistas se destacaron importantes diferencias entre la sociedad de origen y la de destino en relación con la connotación social y cultural de los malestares o problemáticas vinculadas con la salud mental. Aquellas distinciones podrían articularse con la noción de sickness o malestar,

acuñada por Kleinman (1980), para hacer referencia al padecimiento en su connotación cultural y social; a su vez, el malestar es construido en vinculación con los discursos profesionales (Moreno-Altamirano, 2007).

En ese sentido, Daniela planteó “*creo que es una sociedad [la argentina] muy amplia, y muy entendida de la salud mental*” y refirió su sorpresa al haberse encontrado con la participación de las personas en espacios terapéuticos con tanta asiduidad y la apertura para comentarlo. Al respecto, rememoró la sorpresa que había sentido al advertir que “*ir a terapia*” era una práctica extendida dentro de su entorno social en el país de destino. Esto habría generado, en ella, una alteración invertida entre los términos “locura” y “terapia” que había sostenido hasta aquél entonces. De pronto, en su nuevo contexto de vida en CABA, no hacer terapia sería concebido como sinónimo de anormalidad, mientras que en Colombia acudir a un profesional psicólogo hubiese implicado “estar loco”:

**[El gerente] me dijo: “los jueves yo me voy temprano, porque voy a terapia” (...). Le pregunté a mi compañera: “¿qué le pasó?”, me dice: “no, pobre, debe tener mambos, yo también voy a terapia”. No sé, estaba ahí alguien: “Javier, ¿vos vas a terapia?”, “sí, sí, obvio”. “¿O sea que la única loca soy yo que no voy a terapia?”, les pregunté. Me dicen: “sí, vas a tener que empezar a ir, Colombia”**

**(Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).**

También Darinka y Beatriz explicaron que, en los países donde nacieron, la psicología no es una práctica tan extendida ni accesible como lo es en Argentina y que, además, en aquellos lugares las dificultades de sus hijos serían nominadas y entendidas de modos disímiles a los usuales en el actual contexto.

Argentina es el país que posee un mayor porcentaje de psicólogos y psicólogas per cápita en el mundo (198,01 cada 100.000 habitantes), siendo seguido por Finlandia y Noruega (con 56,95 y 54,28 psicólogos cada 100.000 habitantes) (WHO, 2014). Asimismo, en relación a la distribución geográfica de profesionales activos, más del 42% se ubican en CABA y el 24,1% en Provincia de Buenos Aires. Dicho porcentaje disminuye drásticamente, llegando al 1% o menos en 14 provincias del país (Alonso y Klinar, 2014). Esto daría cuenta de grandes diferencias en dicha distribución y también de la desigual distribución de recursos que separan a distritos más ricos, como la CABA, de otros del país (Barcala et al., 2022).

De ese modo, la presencia de profesionales psicólogas y psicólogos formaría parte de la vida cotidiana de muchas de las personas que residen en CABA. Incluso la jerga profesional también ha permeado los discursos sociales en los medios de comunicación y en el lenguaje cotidiano, pudiendo haber

movilizado un proceso de construcción de hegemonía y de conformación de una peculiar subjetividad.

Daniela contrastó la sensación de que “*no sea como tan tabú que tu hijo tenga un problema, que tenga una discapacidad (...) acá [en Argentina] es tan fácil de poderlo hablar...*” con el hecho de que “*allá [Colombia] es tan cruel la gente con los problemas mentales, o con las discapacidades de los demás, es tan cruel*”. También comentó que, en Colombia, un niño con un problema de lenguaje sería señalado como “*es bobito, o es loco... bobito porque no habla, y loco porque está en una psico (...)*”. En esos casos, la familia de dicho niño o niña no lo comentaría e, incluso, quizás tampoco acudiría a tratamientos psicológicos. Al consultarle a Daniela cómo pensaba que actuaría una familia en Colombia cuyo niño o cuya niña compartiera la misma problemática de salud que su hijo, ella refirió que: “*no lo cuenta, no lo lleva a la fono, y menos al psicólogo, porque ir al psicólogo es de locos*”. Planteó que las familias en Colombia apelarían al “*dos chancretazos y se le quita*” como modo de dar respuesta ante las problemáticas de las infancias y que, seguramente, además se volcarían a implorar la ayuda a dios.

**(...) hay que apegarse a Dios y rezar mucho, para que no tengas que ir al psicólogo, y al psiquiatra (...). Entonces, cuando tú tienes un problema mental es: "ora, reza,**

**que Dios te oye, Dios te escucha, y siempre te va a escuchar Dios” [con tono de ironía] (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).**

Expresó que algunas familias, principalmente las residentes en ámbitos rurales, llevarían a sus niños o niñas a curadores para que *“le saquen los demonios del lenguaje, los demonios que lo hacen mudo”* (sic). Esta última práctica, asociada con el modelo popular de atención a los padecimientos, sería llevada adelante por aquellos grupos familiares que consideran que su hijo *“está embrujado o está ojeado, alguien le emitió esa enfermedad”*. Planteó que el modo en el que *“aquí”* (refiriéndose a CABA) se trata la cuestión de la salud mental modifica considerablemente el modo en el que las familias pueden acompañar y lidiar con dichas situaciones: *“Eso creo que cambia mucho... te quita un estrés, ¿entendés?, te quita un problema”*.

Asimismo, en la entrevista mantenida con la familia de Zury y su vecina Doris, se hizo mención a que en Perú hay una importante *“reserva”* en relación a conversar sobre problemáticas de salud mental y que aún persiste un mito que asocia acudir a un tratamiento psicológico con la locura, sin poder vislumbrar otros sentidos posibles de participar en dichos espacios: *“ (...) los psicólogos son para los locos y la mayoría de la gente lo define así, y no entiende la definición de la psicología es*

*para canalizar todo lo que uno siente, poder sacarlo y dejar eso que te hace daño”*. A su vez, habían mencionado que acudir a tratamientos psicológicos en Perú sería una alternativa a la que solamente pueden acceder los sectores económicos más acomodados. Aquello también fue comentado por Kabil, quien enfatizó lo dificultoso que es el acceso al sistema de salud en general en Paraguay.

Se destaca una marcada pregnancia del discurso disciplinar *psi* en algunas ciudades de Argentina, así como una naturalización de la posibilidad de acudir a las prácticas terapéuticas que dicha disciplina ofrece –principalmente en algunas zonas de áreas urbanas–. Los saberes *psi* implican taxonomías, modos de expresividad y lógicas que traspasan las paredes de los consultorios y se destilan en medios de comunicación, profesionales de otros sectores y personas legas.

En esa línea, incluso dentro de las propias redes comunitarias migrantes circularían informaciones y consejos respecto a la posibilidad de acudir a tratamientos psicológicos ante las dificultades de las infancias en contextos de desplazamiento.

**Resulta que esta mujer que el año pasado estaba criando ovejas, de repente este año vive en Buenos Aires y el nene tiene un problema en la escuela, se porta mal, pega, está triste porque se le murió el papá**

**o lo que fuera y viene y consulta para ver a una psicóloga (...) Vienen con redes (...) Y me parece que ahí es como que se van enterando de los recursos y de qué es lo que se hace en cada caso acá en Argentina (CeSAC, psicóloga, Zulema).**

Esto permitiría identificar la internalización de los dispositivos *psi* en forma capilar (Foucault, 1981 en Argibay, Martínez y Poverene, 2013) en los procesos de intervención del Estado

y, también, en el tejido social. Es dable interrogarse si, como parte del proceso de integración a la sociedad argentina, el consultar o asistir a tratamientos profesionales de la salud mental podría advenir como un modo de *asimilación cultural porteñizada* –propia de la CABA–, entendiéndola como la adopción de significaciones y comportamientos del nuevo contexto.



Fuente: Figura de elaboración propia

**Figura 1.** Dimensiones en las que se expresan las valoraciones de las experiencias atravesadas por las personas migrantes entrevistadas en la búsqueda de atención en el campo de la salud mental de las infancias en contextos migratorios

## Conclusiones

A partir del trabajo de campo realizado, se arribó a la conclusión de que, además de la posibilidad de acudir a diversos modelos de atención a los padecimientos, familias y redes migrantes regionales en CABA demandan atención a profesionales de la salud mental para la atención de malestares o conflictivas infantiles (y, en ocasiones, incluso sin la intermediación o derivación de programas estatales u otras instituciones).

Esto podría asociarse, por un lado, a que dicha atención en el sistema formal de salud aparece como una posibilidad efectiva: que el derecho a la salud sea irrestricto para todas las personas que residen en Argentina (en vez de que se constituya en una desigualdad estructural que obstruya la posibilidad de acceder a la atención en salud para quienes no tienen la condición de ciudadanía o los recursos económicos para garantizarla) contribuye a que aquella alternativa terapéutica resulte viable en los itinerarios de las infancias en contextos de migración.

Por otro lado, la exposición de las familias a distintos conocimientos, experiencias, sentidos comunes, e indicadores diagnósticos en la sociedad de destino influye en la *interpretación* que realizan en torno a lo que le sucede a su hijo o hija: de esa manera, al traducir lo que le acontece en términos de una problemática de salud mental, emerge la percepción de la necesidad de atención por profesionales que se dediquen a ella.

Sería factible ubicar una apropiación de la conducta de “ir a terapia” (sic) como una práctica normalizada o esperable en un nuevo entorno porteño, a diferencia de las connotaciones que aquello tendría en otros países de la región.

Es dable, entonces, señalar que la cultura sanitaria con la que arriban las personas migrantes puede transformarse: la misma puede adquirir nuevos elementos –como los aportes del campo de la psicología–, yuxtaponerlos junto a los históricos y abigarrarse. Así, las poblaciones migrantes que no hubiesen apelado en sus países de nacimiento a intervenciones de profesionales de la psicología (ya sea por la significación social del sufrimiento psíquico y sus abordajes profesionales, o por las barreras en la accesibilidad económica o geográfica a los mismos), en CABA sí pueden optar por intentar hacer uso de ellos.

Esto denota que las personas utilizan diversos modelos de atención en función de las posibilidades reales de acceder a los mismos y a los sentidos desplegados en los espacios en donde residen.

Más que un esencialismo culturalista que supondría que a cada nacionalidad o etnia le correspondería la apelación a un determinado tipo de medicina, prima un pragmatismo en la toma de decisiones, en las que se adoptan las soluciones que parecieran resolver más efectivamente los procesos de salud/enfermedad en coordenadas temporo-espaciales y culturales específicas.

A su vez, se esboza la existencia de

una *asimilación cultural porteñizada*, en la que la jerga profesional ha permeado el lenguaje cotidiano y las familias migrantes regionales han adoptado –en distintas gradaciones– tanto significaciones como cursos de acción propuestos por el nuevo contexto. En efecto, se habría generado una palmaria expansión de las matrices referenciales psicológicas en el plano de lo social y –aún con tensiones y resistencias– las terapias psicológicas se habrían constituido en un modelo de atención reconocido y utilizado en CABA, alcanzando así a las comunidades provenientes de otros países.

Paradójicamente, las diseminaciones y apropiaciones de los discursos expertos en aquellas colectividades también iluminan una dinámica subrepticia a través de la cual poblaciones que anteriormente habían sido colonizadas, internalizaron aparatos de producción de conocimiento elaborados en el marco de una ciencia moderna occidental productora de alteridades.

Para finalizar, este escrito se ha focalizado en aquellas vivencias y valoraciones de familias migrantes. Aquello no se trata de una mera decisión metodológica, sino también de un posicionamiento ético y epistemológico. La articulación entre saberes científicos y saberes históricamente sometidos (Foucault, 1978), experiencias y alternativas de las comunidades y de la Academia permitirán la construcción de lo común a partir de pensamientos problematizadores y, además,

propositivos, creadores.

El concierto de voces que ensamblan el discurso de la terapéutica habilita que los conocimientos especializados puedan dialogar con otros saberes para, así, acceder a una comprensión más cabal acerca del sufrimiento mental y que –sin negar la especificidad de cada tipo de saberes– pueda cuestionarse la dinámica de coacción desde la cual se articulan (Correa Urquiza, 2012).

Por último, la inclusión de estas perspectivas deviene central para la construcción de alternativas éticas y epistémicas más justas que avizoren prácticas interculturales instituyentes.

## Referencias bibliográficas

- Alonso, M. M., y Klinar, D. (2014). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2013. En *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Alves, R. J. (2017). La experiencia estética del analista: notas sobre transferencia, lengua e interculturalidad en la sesión analítica. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial: Psicología*. Editorial Grupo 5.
- Argibay, M., Martínez, S. y Poverene, L. (2014). *La*

- construcción social de la exclusión en la infancia y adolescencia en programas sociales [Trabajo final de Seminario]. Maestría Problemáticas Sociales Infanto Juveniles. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Sin Publicar.
- Ballesteros, M. S., Freidin, B., y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En M. Pecheny y M. Palumbo (Comps.), *Esperar y Hacer esperar. Buenos Aires (Argentina)* (pp. 63-97). Teseo.
- Barcala, A., Botto, M., Poverene, L., Augsburger, C., Gerlero, S., Saadi, V. y Michalewicz, A. (2022). Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(1), 102-117.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Ediciones Akal.
- Bertaux (1997). *Les récits de vie*. Nathan Université.
- Brickell, K. y Datta, A. (Eds.). (2011). *Translocal geographies*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Castles, S., Miller, M. J., y Quiroz, L. R. M. (2004). *La era de la migración: movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Ceriani Cernadas, P. C., García, L., y Salas, A. G. (2014). Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 22, 9-28.
- Cerrutti, M. y G. Binstock (2012). *Los estudiantes inmigrantes en la escuela secundaria. Integración y desafíos*. UNICEF.
- Correa-Urquiza, M. (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En M. Desvati y A. Moreno (9Eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad*, (pp. 885-905). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
- D'Ancona, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.
- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2004). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica>.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Puf.
- Foucault, M. (1978). Microfísica del poder. La piqueta.
- González, V. (2016). Avanzar sobre las fronteras: democracia y hospitalidad. Entrevista con Ana Paula Penchaszadeh. *Resonancias. Revista de Filosofía*, 2, 73-86.
- Grimson, A. (2014). Comunicación y configuraciones culturales. Versión. *Estudios de Comunicación y Política*, (34), 116-125.
- Huberman, A. y Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. CAEA-CONICET
- Idoyaga Molina, A. (2010). Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4(2), 145-158. <https://doi.org/10.1080/13648470.1997.964530>
- Idoyaga Molina, A., Brandi, A., Saizar, M., Viotti, N., Korman, G., y Alfonso, Y. (2003). Migración y complementariedad terapéutica. El desarrollo de estrategias adaptativas en la atención de la salud entre población de origen rural asentada en el Gran Buenos Aires. *Signos Universitarios*, 22(39), 171-202.
- Instituto de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús [IJDH-UNLa] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2022). *Migraciones y derechos de la niñez y adolescencia en Argentina en tiempos de pandemia*. UNLa. (En prensa).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC]. (2024). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. INDEC.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University Press.
- 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 *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires.
- Kornblit, A. L. (2007). Historias y relatos de vida, una herramienta clave en metodología cualitativa. En *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Biblos.
- Lucas, J. (2004). Globalización, migraciones y derechos humanos: La inmigración, como res política. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, (10).
- Mallimaci, F., y Giménez Béliveau, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. *Estrategias de investigación cualitativa*, 1, 23-60.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de la investigación social*. Emecé.
- Merhy, E. E. y Feuerwerker, L. C. M. (2006). Atencão Domiciliar: lugar de encontro da medicalização com a rede substitutiva ou transição tecnológica e/ou reestruturação produtiva na saúde: um debate necessário na Atencão Domiciliar. En *Seminário Interno de Atencão Domiciliar da linha de pesquisa: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. UFRJ.
- Minayo, M. (2003). Ciencia, Técnica y Arte: el desafío de la investigación social. En M. Minayo (Org.), *La Investigación Social: Teoría Método y Creatividad* (pp. 9-24). Lugar.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] y Foro Especializado Migratorio del MERCOSUR y Estados Asociados [FEM]. (2022). *Movimientos migratorios recientes en América del Sur-Informe Anual 2022*. OIM. <https://publications.iom.int/books/movimientos-migratorios-recientes-en-america-del-sur-informe-anual-2022>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM.
- Pecheny y M. Palumbo (Comps.), *Esperar y Hacer esperar. Buenos Aires (Argentina)*. Teseo.
- Poverene, L. (2015). 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*, 22, 293-299.
- Poverene, L. (2018). Sobre la derivación de niños/as migrantes a servicios de salud mental desde el sector de educación: "los deriva como quien te tira la pelota y ya se descomprime". *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires XXIV*, pp. 125-133.
- Poverene, L. (2023). Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de

infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria]. Universidad Nacional de Lanús.

Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). Proceso y fases de la investigación cualitativa. *Metodología de la investigación cualitativa*, 1, 62-78.

Saltalamacchia, H., Colon, H. y Rodriguez, J. (1984). Stories of life and social-movements-proposition for the use of technology. *Estudios Sociales Centroamericanos*, 13(39), 113-133.

Stolkiner A. y Comes Y. (2004). Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, XII, 137-143.

Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Comp.), *Los sufrimientos: 10 psicoanalistas, 10 enfoques* (pp. 211-39). Psicolibro Ediciones.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Paidós.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Ynoub, R. C. (2017). Elementos metodológicos para guiar el tratamiento empírico en investigación hermenéutica. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires.

#### Notas

'Dicha investigación se tituló: "Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"

La misma fue posibilitada por el financiamiento de una Beca de Interna Doctoral CONICET 2016/2022, con sede de trabajo en el Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Contó con la dirección de la Dra. Alejandra Barcala y la co dirección del Dr. Mario Pecheny.