



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

DOCTORADO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
COHORTE 2017

Tesis para la obtención del título de Doctora

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

Doctoranda

Mg. Laura Poverene

Directora

Dra. Alejandra Barcala

Co - Director

Dr. Mario Pecheny

Fecha de entrega

Diciembre de 2023

Buenos Aires, Argentina

*“Cuando con su lindo rojo con lunares, un bichito aterriza y camina por mi brazo,
siento cosquillas pero más que nada siento mis patitas cansadas
y la necesidad de largarme a volar otra vez porque este lugar es muy resbaladizo.
Cuando mamá me manda a comprar acá a la vuelta –pero no te distraigas–
y le pregunto a la verdulera cuánto cuestan las papas, siento, cuando respondo el precio,
la dificultad para expresarme y me suben palabras en quechua hasta los labios que debo frenar
y pasar ahorita mismo al español para que no me miren mal
y también siento al golpearme en el metal de la balanza
que una raicita me está saliendo aquí arriba rompiendo mi cáscara.
Cuando le digo al colectivero hasta dónde voy y me agarro fuerte porque va muy rápido
siento un dolor que me mata en la espalda de estar todo el día acá arriba manejando
y mucha tristeza por la discusión de esta mañana con mi señora.
Cuando la maestra no entiende por qué me cuesta tanto diferenciar el yo del nosotros,
aunque se lo haya explicado tantas veces, es tan raro,
voy a consultar al gabinete, me siento frustrada,
siempre está con esa actitud indiferente, encerrado en sí mismo, como si no se percibiera bien,
para mí que no se da cuenta de nada de lo que pasa alrededor”.*

*“Así me sentimos”
Walter Rago, 2020: 14*

Dedicatoria

A todas las personas que se animan a cruzar las ilusorias fronteras entre lo individual y lo colectivo, a descentrarse de las propias perspectivas y construir una vida en común capaz de alojar en simultaneidad las diversas miradas, lenguas, sensibilidades y expresiones de quienes habitamos este mundo.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) que, al otorgarme una Beca Interna, me entregó aquél pasaje inaugural que me permitió iniciar y desarrollar mi itinerario académico de doctorado.

Al Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús. Desde que arribé en el año 2016, en tanto una recién llegada, me cobijó en la construcción de un nuevo hogar colmado de afectos, aprendizajes y experiencias.

A Alejandra Barcala, directora de beca y tesis, quien supo echar anclas en mis periplos investigativos, aunque también de los otros. Me orientó con infinita paciencia, sabiduría, dedicación, confianza y generosidad en cada tramo del recorrido emprendido, incluso propiciando nuevas exploraciones.

A Mario Pecheny, co-director, que fue faro para vislumbrar escollos y noctilucas.

A mis compañeras y compañeros de los espacios por los que transité durante estos últimos años: GT de “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental” (UNLa), Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLa), GT “Infancias y Juventudes” del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Equipo de “Salud y Migración” (Médicos del Mundo), “Grupo de Interculturalidad y Salud” (Asociación Civil El Ágora), Programa de reasentamiento de personas refugiadas en Argentina (HIAS-ACNUR) y Maestría en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles (UBA). Los proyectos y conversaciones que atravesamos en estos tiempos transformaron mis peregrinajes en torno a la salud mental comunitaria, las infancias, migraciones y derechos humanos.

A Eugenia Bianchi, Leandro Luciani Conde, Pablo Buzzi y Dana Gutman por convidarme y nutrirme con sus lecturas, pensares e intercambios sobre esta tesis.

A mis amistades que me sostuvieron con su escucha, palabra y presencia amorosa en mis ineludibles circunnavegaciones (Cintu, Mile, Flor, Maru, Barb, Belu, Cori, Anita y Meli).

A mi familia de origen y la de acogida que –estando allá o acá– me enseñaron no solo la potencia de los vínculos innatos sino también la de aquellos que se construyen, pese a la distancia y no autoctonía (Dora, Sansón, Herminia, José, Jessica, Margot, Dana, Debbie, Felipe, Freddy, Jaguit, Li, Martín, Dahlia, Curt y Susy).

A mi papá por transmitirme su pasión por el conocimiento, el trabajo y la construcción colectiva. Por ser sostén y ayuda constante. Por su confianza.

A mi mamá que me enseñó a viajar con los ojos y a portar un hondo respeto en la mirada: en aquella que se dirige hacia otras personas, hacia la propia interioridad e, incluso, la que se posa vibrante sobre otras miradas mirando. Por defender a ultranza la dignidad de cada objeto y ser.

A Pablo, mi eterno compañero de búsquedas, travesías y sueños, por su amor incondicional y por incitarme a la aventura de vivir.

A mi hijo Dante por permitirme descubrir cómo, aún desde lo profundo de mi ser, pudo haberse gestado la más cautivante diferencia. Por expandir caótica, intensa y tiernamente mi universo.

Agradezco a las personas que participaron de la investigación, quienes compartieron conmigo sus concepciones de mundo, sus paisajes internos, sus entornos sonoros y permitieron mi desplazamiento hacia lo incierto.

Resumen

Esta investigación aborda el entrecruzamiento entre el campo de la salud mental, las infancias y las migraciones regionales, a partir del entramado de desarrollos teóricos, marcos normativos y perspectivas tanto de profesionales de la salud mental del sector público estatal, como de familias migrantes latinoamericanas que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

La perspectiva de salud mental comunitaria y el enfoque de derechos, a partir de los cuales se concibe esta tesis, se encuentran nutridos por referencias conceptuales provenientes de diversos campos de conocimiento, como la psicología, antropología, sociología, filosofía y salud colectiva. Los mismos han aportado nodos cruciales, cuyo trazado demarcó un recorrido epistémico singular que bordea las interfaces que componen el estudio.

La tesis está orientada a analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental infantil en contextos de migración y a comprender los modos en los que se construye la categoría de “problemas de salud mental” para nominar las afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por dichas niñas y dichos niños. Para ello, se exploran itinerarios terapéuticos, se identifican valoraciones respecto a las experiencias vivenciadas por las familias migrantes en el sistema de salud y sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención, se caracterizan las concepciones de las o los profesionales tratantes en torno a las condiciones de producción de sufrimiento psíquico y los abordajes utilizados con las infancias en contextos de migración, así como se describen las participaciones de otros actores sociales e instituciones.

Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo (D’Ancona, 2001) que se enmarca en un abordaje metodológico cualitativo (Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2007), también denominado no estándar (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Se desarrollaron quince entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajaran con infancias en distintos efectores de la red de salud mental infanto juvenil del subsector público en CABA y en un Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos en la misma ciudad. Se procedió al método de historias de vida con cuatro madres y un padre de familias migrantes latinoamericanas que allí residieran; a su vez, dos niñas y un niño en contextos de migración participaron de entrevistas. También se entrevistó a once informantes clave y se mantuvieron conversaciones personales e informales con otros siete, se realizaron pedidos de información pública a organismos estatales y se recurrió tanto al relevamiento como al análisis de diversos datos secundarios.

La selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo no probabilístico intencional. Dicho muestreo fue de carácter individual, holístico y no directivo a informantes seleccionados. Para el análisis de los datos cualitativos, se siguieron enfoques procedimentales (Rodríguez, Gil y García, 1996) que incluyeron el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos y extracción/verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994). 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 discursos recabados.

Entre los resultados, se halló que en los itinerarios terapéuticos de niños y niñas provenientes de familias migrantes regionales se yuxtaponen diversas lógicas terapéuticas, las que implican tanto la demanda al sistema formal de salud mental como los modelos de atención populares, la medicina religiosa y el autotratamiento. También se destacó la pregnancia de interpretaciones psicologizantes de los malestares de las infancias en contextos migratorios, en las cuales se patologizan procesos esperables e inherentes a los desplazamientos territoriales, se etiquetan conductas “diferentes” como si las mismas fueran trastornadas y se desplazan problemáticas sociales complejas a la esfera de responsabilidades de trabajadoras o trabajadores de la salud. A su vez, la expansión de matrices referenciales psicológicas en el campo social permean al lenguaje cotidiano y las significaciones sobre el padecimiento, alcanzando también a las familias migrantes que residen en CABA y promoviendo una *asimilación cultural porteñizada*.

Pese a la conformación heteróclita de instituciones y actores sociales participantes en el reconocimiento e intento de brindar respuestas ante al sufrimiento psíquico de las infancias en contextos migratorios, se advirtió el predominio de vínculos de fragmentación y desarticulación. Esto limita el trabajo en una red capaz de garantizar la integralidad e interdependencia de derechos de aquellas infancias, así como de fortalecer una perspectiva comunitaria en salud mental.

Es necesario crear *abordajes abigarrados de producción de salud mental*, que se caractericen por estar dotados de una fuerza centrífuga capaz de promover descentramientos, por ser amplificadores de polifonías sensibles que conduzcan al respeto y por devenir en centinelas de derechos.

A través de esta tesis se intenta echar luz sobre el espacio que ocupa la temática de la migración en el campo de la salud mental y su potencialidad para cuestionar lo acontecido medularmente, señalar sus límites y aportar elementos heterogéneos que resignifiquen prácticas, teorías y posicionamientos éticos.

Palabras clave: Salud mental – Infancias – Migraciones – Interculturalidad

Índice

Dedicatoria.....	3
Agradecimientos	3
Resumen	5
Índice	7
Listado de abreviaturas y siglas	11
Aclaraciones sobre la escritura	13
Prefacio.....	15
Introducción.....	20
Parte I. Planteo del problema de investigación.....	23
1. Presentación del problema de investigación.....	23
2. Sobre la consideración de las infancias en contextos migratorios como analizador privilegiado.....	30
3. Relevancia de la investigación	32
4. Contextualización.....	33
a. Escenario de estudio: Ciudad Autónoma de Buenos Aires	33
b. Indicadores sociodemográficos de personas migrantes en Argentina y CABA, con énfasis en niños, niñas y adolescentes	36
c. Provisión de cuidados en salud / salud mental en Argentina y CABA.....	38
Parte II. Antecedentes y fundamentos teóricos	43
Antecedentes vinculados con las temáticas de estudio y área de vacancia	43
Antecedentes	43
Área de vacancia	51
Fundamentos teóricos.....	52
1. Migraciones.....	52
a. Migración como práctica de cruce.....	52
b. Participación de las infancias en las migraciones y “generaciones de migrantes”: ¿pertenencias impertinentes?	57
c. Problematicación de las migraciones como <i>problema</i>	65
d. Políticas y legislaciones de los procesos migratorios internacionales en Argentina	73
2. Salud mental.....	80

a. Salud mental y sufrimiento psíquico como categoría	80
b. Acerca de la interculturalidad en salud y la construcción sociocultural de los padecimientos	88
c. Duelos migratorios, traumatismos y... otros dolores en la movilidad humana.....	97
d. Infancias en contextos migratorios. Sufrimiento psíquico, agenciamientos y necesidades	103
Parte III. Diseño de la investigación	110
1. Objetivos de la investigación	110
2. Supuestos de la investigación.....	111
3. Estrategia teórico metodológica	112
a. Diseño de la investigación y abordaje metodológico	112
b. Población de estudio y unidades de análisis.....	113
c. Muestra	116
d. Técnicas de construcción y recolección de datos	122
e. Análisis de datos	127
f. Consideraciones éticas de la investigación	128
g. Contexto de pandemia por SARS-CoV-2 -19 y sus implicancias teórico metodológicas.....	133
h. Reflexividad	135
i. Alcances y limitaciones del estudio	138
Parte IV. Resultados, discusiones y categorías emergentes	140
Objetivo 1: Describir y analizar itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante las problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres	141
Darinka, mamá de Zenón	142
Daniela, mamá de John Mauro	147
Kabil, papá de Elmer	155
Beatriz, mamá de Zury / Zury, hija de Beatriz	161
Liseth, mamá de Luis; Luis, hijo de Liseth	168
Discusión de los resultados	178
Recapitulación.....	192
Objetivo 2: Identificar y analizar las valoraciones de madres y padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental en CABA al consultar por las problemáticas de sus hijos e hijas, así como sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención	194
Valoraciones respecto de las experiencias atravesadas en el intento de aliviar el sufrimiento psíquico de sus hijos e hijas.....	195

Consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención en salud mental	205
Discusión de los resultados	211
Recapitulación.....	221
Objetivo 3. Caracterizar las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes regionales, así como sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en el sector público estatal.	223
Manifestaciones de sufrimiento psíquico y condiciones de producción	223
(In)visibilidad de datos. Entre percepciones, porcentajes y de(s)generaciones.....	234
Discusión de los resultados	240
Recapitulación.....	247
Objetivo 4: Identificar y describir los abordajes utilizados en el campo de la salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias implementadas en la especificidad del encuentro intercultural.....	248
Abordajes utilizados en el campo de la atención en salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios.....	248
Obstáculos hallados y estrategias implementadas.....	256
Discusión de los resultados	272
Recapitulación.....	280
Objetivo 5: Describir y analizar la participación de actores sociales e instituciones, por fuera del sistema sanitario de CABA, que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional y en el intento de dar respuestas ante la misma	283
I. Primera instancia: reconocimiento de situaciones problemáticas. Entre sospechas y diagnósticos	283
II. Segunda Instancia: Intentos de brindar respuestas ante alguna situación problemática	290
Discusión de los resultados	296
Recapitulación.....	303
Parte V. Conclusiones e implicancias	305
1. Conclusiones	305
Sobre los supuestos de la investigación (a partir de los hallazgos), el retorno a los antecedentes (aunque a posteriori) y futuras indagaciones.....	305
A modo de cierre	306
2. Implicancias	312
Implicancias epistemológicas.....	312
Implicancias teóricas	313

Implicancias clínicas	313
Implicancias para las políticas públicas	314
Implicancias éticas	315
Referencias bibliográficas.....	317
Anexos	354
Anexo 1. Modelos de consentimiento informado.....	354
Anexo 2. Modelo de guías de entrevista	357
Guía de preguntas para personas migrantes	357
Guía de preguntas para profesionales de la salud mental.....	360
Anexo 3. Aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Lanús.....	364
Anexo 4. Área de Acompañamiento de Refugiados y Migrantes	366

Listado de abreviaturas y siglas

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social

ASPO: Aislamiento social, preventivo y obligatorio

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CENTES: Centros Educativos para la Atención de Niños con Tiempos y Espacios Singulares

CeSAC: Centro de Atención y Acción Comunitaria

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

CUD: Certificado Único de Discapacidad

D.E: Distrito Escolar

DISPO: Distanciamiento social, preventivo y obligatorio

DNI: Documento Nacional de Identidad

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

EAH: Encuesta Anual de Hogares

ECMI: Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales

ENMA: Encuesta Nacional Migrante de Argentina

EOE: Equipo de Orientación Escolar

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

GT: Grupo de Trabajo

HIAS: Hebrew Immigrant Aid Society

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

LGBTTTIQ+: Colectivo que alude a lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexual, travesti, intersexual, queer y otras identidades posibles, como la asexual, pansexual, demisexual y antrosexual

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental

MICS: Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes

MERCOSUR: Mercado Común del Sur

NNyA: Niños, niñas y adolescentes

RAE: Real Academia Española

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

SIGEHOS: Sistema de Gestión Hospitalaria

UBA: Universidad de Buenos Aires

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNLa: Universidad Nacional de Lanús

Aclaraciones sobre la escritura

*“Palabras o expresiones que llegan para decir algo nuevo
o para decir de otro modo algo viejo,
porque el lenguaje no es neutro,
refleja la sociedad de la que formamos parte
y se defiende marcando, haciendo evidente
que los valores de unos
(rasgos de clase o geográficos o de género o de edad...) no son los valores de todos”.*
María Teresa Andruetto, 2019

Es primordial establecer algunas clarificaciones en torno a la escritura de esta tesis, dado que la lengua es territorio de batallas en donde se disputan sentidos y se consolidan novedosas formas de nombrar (Andruetto, 2019).

Por ello, para lograr una coherencia entre la perspectiva en la que se abordan las problemáticas en la presente investigación y el enhebrado de tinta delineado en estas hojas (sustrato material de la misma), se propone utilizar un lenguaje inclusivo en términos generales. El mismo implica usar términos respetuosos, desde una perspectiva de derechos, y evadir aquellas formas discriminatorias para referirse a distintos grupos en situación de vulnerabilidad o cuya diversidad ha sido soslayada históricamente (Tosi, 2018, 2019). Con ese fin, se apeló a la consulta de distintos manuales y bibliografía que sistematizaran herramientas disponibles de la lengua para sostener un trato respetuoso para todas las personas (Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 2015; INADI, 2018; Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020; Tosi, 2019).

Los recursos del lenguaje inclusivo –el que se instaló fuertemente en Argentina desde el año 2015, pese a haber surgido hace varias décadas en reclamos feministas y del colectivo LGTBTTTIQ+ como cuestionamiento al carácter sexista del español–, pueden considerarse como *“marcas discursivas de la diversidad y huellas de disenso”* (IPPDH MERCOSUR, 2018; Tosi, 2019: 1) que alumbran a identidades invisibilizadas. Para la incorporación de este tipo de lenguaje, en la tesis se intenta evitar los usos lingüísticos excluyentes, tales como los falsos genéricos y el uso del sustantivo “hombre” para nombrar a todas las personas, aposiciones redundantes que tiendan a señalar la condición sexuada de las mujeres por sobre otros atributos o rasgos que son más pertinentes al asunto en cuestión y asociaciones lingüísticas peyorativas. Se exploran distintas posibilidades gramaticales para evitar exclusiones de mujeres e identidades LGTBTTTIQ +, poniendo a prueba la regla de la inversión que propone sustituir términos femeninos por los masculinos para comprobar si la palabra escogida es adecuada o discriminatoria. Asimismo, algunas de las propuestas implementadas en este escrito para un lenguaje inclusivo son la utilización de términos abstractos y colectivos (como población, ciudadanía), la supresión de artículos por

los sustantivos que mantienen su forma en ambos géneros, la omisión de formas personalizadas, la supresión del sujeto al usar el infinitivo o imperativo, el uso de pronombres y palabras sin marcas de género (como comunidad, quienes, especialistas) y la anteposición de la palabra persona (personas migrantes, personas usuarias) (Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 2015; Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020).

Aunque el recurso del desdoblamiento o doble mención es cuestionado por la Real Academia Española por obstaculizar la lectura fluida, se opta por el mismo porque visibiliza la presencia de las mujeres en el discurso y demuestra cómo el masculino genérico resulta tanto insuficiente como poco representativo (Tosi, 2019). Duplicar el sustantivo en ambas formas del género no logra superar el binarismo gramatical que permitiría referenciar al vasto caudal de expresiones de género que trascienden la bi-categorización de varones y mujeres (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2021). Sin embargo, sí logra facilitar la ruptura de algunas asociaciones estereotipadas –lo que puede ser especialmente útil para referirse a profesiones o cargos usualmente vinculados con su ocupación por varones (IPPDH MERCOSUR, 2018)–. En cuanto al orden de presentación, se alternarán los desdoblamientos de pronombres para así evitar usar como regla general la tendencia a la anteposición del género masculino antes que el femenino.

Siguiendo la Ley 26.743, se trató a las personas entrevistadas en función de su autopercepción de género. Además, se respetó tanto la textualidad como la originalidad en la utilización de citas y planteos de autoras y autores, para así contemplar el contexto de producción de su obra y su forma de redacción (mayoritariamente, un uso del género gramatical masculino). Deviene ineludible comprender que las formaciones discursivas modulan los usos del lenguaje y las formas de comportamiento, por lo que los discursos están ligados con el interdiscurso y aquello que es factible de ser dicho dentro de una determinada formación ideológica y epocal (Tosi, 2019).

Al admitir que el lenguaje es también una práctica política y de militancia teórica, se privilegia la posibilidad de encontrar una propia voz y un propio modo de escritura que, lejos de ser invariable en el tiempo, construya modos singulares de valerse de los recursos de un lenguaje potencialmente inclusivo, sin temor al juzgamiento por su vínculo de sometimiento o rebeldía a la lengua oficial. Asimismo, se destaca que la auto-vigilancia en la aplicación de hábitos lingüísticos tendientes al lenguaje inclusivo condujo a fecundas reflexiones en relación a los efectos de las palabras en su potencia de alojar la diversidad y a identidades que han sido invisibilizadas a lo largo de la historia.

Por último, en el escrito se utiliza la primera persona del singular para dar cuenta del agenciamiento individual de la lengua y asumir la propia participación en aquello que se busca estudiar.

Prefacio

“Mamé el hebreo
como leche y miel.
Otra lengua me educó, me creció,
comandó los juegos con amigos.
En esa lengua aprendí de caricias
y de látigos.
En ella adquirí gestos y costumbres,
supe dar órdenes
y entender las palabras del verdugo.
En ella adopté sabores golosos
y saberes imperiales (...)
Entre ambas transcurrió mi andar.
Será por eso que soy dos
y que tengo la boca torpe y
la lengua partida”
Diana Sperling, 2019

Sobre lo (im)propio

Mediante este prefacio me propongo echar luz sobre aquellas causas que movilizaron mi interés por abocarme a la temática de esta tesis. Si bien, desde algunas perspectivas, podría considerarse *impropio* que quien investiga se encuentre implicado o implicada en el asunto que estudia –y, aún más, que lo enuncie y explicita–, esta tarea resulta ineludible desde la propuesta ética y epistemológica que introduce el concepto de reflexividad.

Asimismo, es oportuno recuperar la potencia del concepto de “*ser sentipensante*” que propone Fals Borda (2015) al aludir a la combinación entre la razón, el alma, el cuerpo y el corazón para definir “*el lenguaje que dice la verdad*” (Galeano, 1991:89). De ese modo, a continuación, se desovilla la dimensión presente en quien siente, piensa y hace a la vez.

Sobre los usos (personales) del término “comunidad”

En el principio, las migraciones.

Mi historia familiar está atravesada por los desplazamientos territoriales y un árbol genealógico floridamente colmado de ciudades difíciles de pronunciar. Recuerdo mi asombro al tomar nota de todas ellas al hacer, a mis nueve años, la tarea encomendada por mi docente de la materia “Shorashim” (“raíces” en lengua hebrea): Klimontow, Ismail, Odessa, Hamburgo y Varsovia. Pero más allá de las lejanías de antepasados que solo conocí a través de narrativas familiares y algunas fotos en color sepia, las historias de mis abuelos y abuelas hicieron carne (o letra) en mí.

Dora Kesjman y Sansón Wajsblat, madre y padre de mi mamá, escaparon de una Polonia pobre y de una Polonia en vísperas de ser invadida por Alemania en la Segunda Guerra Mundial. Se trasladaron a Cuba, Estados Unidos y Bolivia hasta anclarse a un austral y ventoso Perito Moreno, en donde mi mamá Betty y mi tía Gladys se criaron como las únicas “rusitas” del pueblo.

Dadas las crisis inflacionarias en Argentina y su dificultad de continuar imaginando un futuro posible en el país durante la Dictadura de Onganía, Herminia Wyzipka y José Poverene, también de origen polaco, decidieron emigrar a Israel con su hijo menor Alfredo. Eso implicó el distanciamiento físico con su hijo mayor Eduardo –en ese entonces, apenas un joven–, quien se resistió a migrar y, veintiocho años más tarde, se convirtió en mi papá.

Incluso yo, en primera persona en singular, casi me veo arrastrada a migrar a Costa Rica junto a mi familia, luego de la debacle económica del 2001. Finalmente, Buenos Aires logró detener nuestro desplazamiento, aunque no lo logró con mi hermana Jessica. Ella se estableció en Estados Unidos y mis amistades más cercanas también se repartieron por distintos países del planisferio durante nuestras adolescencias en pleno contexto de “corralito”.

En aquél entonces, me escondía para llorar secretamente en el cubículo del baño menos transitado de mi escuela secundaria. Habitada por la convicción de ser la causante de la partida de las personas a las que más quería, creía engendrar desgracia a mi alrededor.

Sin entender por qué –sólo muchos años después comprendería la potencia del concepto de “infancias en contextos migratorios”– me auto-percibía como migrante. Estaba desarraigada de mis afectos, a los que intentaba vincularme frenéticamente mediante cartas, llamadas telefónicas a larga distancia, grabaciones en casetes o correos electrónicos. Estas interconexiones de objetos, afectos y bienes simbólicos lograron que nuestros vínculos trascendieran las fronteras geopolíticas, aunque no erradicaron la distancia ni las emociones asociadas a ella.

Luego, los viajes.

Ya durante mi época universitaria y de mayor autonomía, comenzaron los viajes con amigas, con mi novio o conmigo misma. Cada pueblo, ciudad y ruta encendía interrogantes a mis más centrados pensamientos. Necesidad de abigarrarme y componerme de los más variados elementos, descubrir que existen otros modos de ser y hacer, otras sociedades y economías, otros paisajes, lenguas, sabores, ritos, olores y cantos. Sentí el encantamiento que produjo el asumir mi extranjería y hetero-encontrarme: en esos viajes eran esas “otras” personas las que pedían sacarse fotos conmigo. Allí era yo quien encarnaba la figura de lo exótico. Mediante esas fotos tomadas por cámaras a las que nunca accederé, se generó una inversión en el lente óptico con el que tradicionalmente entendía la noción de diversidad (la que, con profusa miopía, siempre resultaba aludir a la de los demás seres).

A dos meses de haberme recibido de psicóloga y profundamente movilizada por el terremoto que había sacudido Haití, en febrero de 2010 decidí acercarme a una organización de la sociedad civil con el propósito de realizar algún aporte a la comunidad. Pero... ¿a cuál?, ¿qué era *comunidad* para mí, en aquél momento?,

Durante mi adolescencia y juventud dediqué muchos años a actividades de voluntariado dentro de la red de educación no formal judía: la noción de comunidad era, unívocamente para mí, “la cole”. Allí me crié y me formé, me matricé y aprendí sobre el compromiso, las causas propias y colectivas. Sin embargo, a posteriori sucedieron algunos acontecimientos que me posibilitaron encontrar nuevos usos del término *comunidad*. Usos en los que transcurre mi andar y que sostienen a mi lengua partida.

En marzo de 2010 ingresé como voluntaria a Médicos del Mundo Argentina y allí solicité formar parte del equipo de “Salud y Migración”. Me convocaba la posibilidad de adentrarme en otros universos de sentidos y costumbres. Junto con compañeras y compañeros entrañables, me acerqué por primera vez a las ideas y apuestas que introduce la salud colectiva. Como integrante de dicho grupo, implementamos estrategias de promoción y prevención de la salud con personas provenientes de países limítrofes que estuvieran residiendo en CABA o en la Provincia de Buenos Aires. Participamos en relevamientos epidemiológicos de tuberculosis, así como en la planificación y conducción de talleres grupales dirigidos a visibilizar las problemáticas de salud identificadas en los barrios y colaborar en la construcción colectiva de estrategias, desde una perspectiva de derechos. Así, casi sin advertirlo, al pensar en la palabra *comunidad*, ya no solo la asociaba con la judía sino también con la boliviana, la peruana, la paraguaya.

A inicios del año 2011 comencé a trabajar en un equipo interdisciplinario en HIAS, una organización no gubernamental que ofrecía un Programa de Reasentamiento para personas refugiadas en Argentina, respaldado por ACNUR. Allí desarrollé funciones de sostén y acompañamiento a las familias refugiadas colombianas seleccionadas para ingresar a la Argentina, luego de haber sido perseguidas en el país en el que se asentaron después de escapar de su lugar de origen. Mi rol no era en tanto “psicóloga clínica de consultorio” sino que, por el contrario, tenía una inmensa libertad para crear espacios y encuentros subjetivantes en diferentes contextos –como en el Aeropuerto (al brindar una cálida bienvenida), habitaciones de pensiones o departamentos (donde implementamos talleres familiares), camiones de mudanza, bares (donde conversamos acerca de sus experiencias e intentamos construir un proyecto de vida en el nuevo país) y en eternas filas en Ministerios–.

Mediante dichas experiencias me aproximé a los desafíos que aquellas poblaciones atraviesan y a interrogarme respecto de los efectos de los desplazamientos territoriales en la subjetividad. Además, al escuchar sus testimonios de haber vivenciado situaciones de discriminación al acudir a los servicios públicos de salud en el país, dimensioné la importancia de estudiar los fenómenos de encuentros/desencuentros establecidos dentro de aquellas instituciones dedicadas a la atención y cuidado, entendiendo que cuestiones culturales, económicas, políticas y sociales también influyen en los actos supuestamente asépticos de salud. En ese sentido, aquella realidad comenzó a problematizarse para mí y a conformarse como el contexto de descubrimiento que permitió la construcción de estos fenómenos en tanto objeto de investigación.

Mi interés se orientó a repensar cómo la formación profesional “psi” modela las propias posibilidades de dimensionar problemas e intervenciones, tendiendo a interpretar aquello que acontece a nuestro alrededor desde una lógica monocultural. Percibí que, si bien como profesionales de la salud mental solemos pregonar la importancia de la conservación del principio de realidad, el mismo resulta soslayado por nuestra propia dificultad para inmiscuirnos en la realidad contextual y los sufrimientos que la misma genera. Estos padecimientos, comprendí, nos compelen a despojarnos de miradas ahistóricas y descontextualizadas para comenzar a pensar en situación, conmoviendo saberes instituidos.

Meses más tarde me reuní en un bar en Libertador y Manuela Pedraza con Alejandra Barcala, quien había sido mi docente en un posgrado de “Clínica Psicoanalítica con Niños” en la Facultad de Psicología (UBA) y se había configurado en una referente académica que inauguraba (para mí) otros usos de la palabra *comunidad*, ésta vez vinculados a la salud mental. Con infinita generosidad, me instó a presentar un proyecto para postularme como becaria de investigación, así iniciando mi trayectoria en el ámbito de la producción de conocimientos.

A partir de mi inserción, en el período 2012-2015, como Becaria de Maestría (UBACyT) y luego, desde el 2016 al 2022, como Becaria Doctoral Interna (CONICET, con sede de trabajo en el Centro de Salud Mental Comunitaria de la UNLa), transité por espacios de intercambio y formación que enriquecieron inmensamente mi entorno conceptual y vincular: participé del Curso “Migraciones, interculturalidad y salud” organizado por el Ministerio de Salud de GCABA, del Grupo “Interculturalidad y Salud” de la Asociación Civil Ágora, del área “Migraciones” de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, de cursos de posgrado en Medicina Social y Salud Colectiva, así como de diversos congresos y espacios académicos que aglutinaban a otras personas también interesadas en la temática (como la IX Escuela Internacional de Posgrado “Nuevas estrategias de movilidad de niñas, niños y jóvenes a través de la migración y el desplazamiento en América Latina y el Caribe”, organizada por CLACSO en Tijuana). También tuve la oportunidad de co-coordinar el Grupo de Trabajo en “Niñez, Derechos y Salud Mental” junto con Alejandra Barcala, en donde la migración y la diversidad cultural devinieron en líneas de indagación. Paralelamente, se generaron oportunidades de colaboración en investigaciones en conjunto con IJDH UNLa- UNICEF (“Migraciones y derechos de la niñez y adolescencia en Argentina en tiempos de pandemia”) y CLACSO (“Infancias y Juventudes Latinoamericanas en Migración: Derechos y Prácticas Políticas y Culturales de Resistencia y Re-existencia”).

Más allá de la adquisición de herramientas conceptuales, también me resultó vital introducirme como cursista de posgrado y pasante ad honorem en equipos de salud mental infantojuvenil de dos Hospitales Generales de Agudos de CABA, ambos ubicados en comunas en las que residía un alto porcentaje de personas migrantes provenientes de Latinoamérica. Me interesaba vivenciar “desde adentro” los procesos de atención y cuidado en salud mental de niños y niñas que allí acudieran, intentando estar al *acecho*

fluctuante (Benet, Merhy y Pla, 2016) de aquellas experiencias vinculadas con los abordajes destinados a las infancias migrantes. Desde una posición de extimidad en la que, sin dejar de permanecer incluida en los equipos, no formaba parte de aquellos tejidos que me rodeaban –y, así, representaba cierta proximidad sin dejar de resultar externa– (Miller, 2010), en los años en los que participé de los mismos, hubo situaciones clínicas que devinieron en analizadoras de los distintos modos en los que se brindaban respuestas ante las consultas de infancias en contextos de movilidad humana.

En ese sentido, destaco el modo en el que mis influencias disciplinares, las características que cobró mi socialización científica e, incluso, las experiencias personales modelaron la propia matriz de comprensión de la realidad (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) y ejercieron sus efectos en la investigación. Todas esas vivencias animaron (y utilizo aquella palabra en su sentido más mágico, quiero decir con esto: otorgaron alma) mi interés por dedicarme a la indagación de estas temáticas y el prisma caleidoscópico para abordarlas.

Finalmente, fue mi lengua bífida (un fragmento de ella hunde sus raíces en la tierra que emana leche y miel; el otro fue adquirido en esta geografía única de América Profunda), la que, sin pretensión de unicidad, precipitó otros interrogantes: ¿tal vez, no se trate de sostener una pertenencia inmutable a una comunidad de origen ni de confinarse a la culpabilización por los desplazamientos territoriales de quienes nos rodean?, ¿quizás, la trayectoria a transitar se parezca más a favorecer procesos de descentramiento que nos escabullan de los propios encierros y, a la vez, propiciar aperturas para quienes han llegado de diversas comunidades para poblar nuevos paisajes comunes?

Introducción

Esta investigación aborda el entrecruzamiento entre el campo de la salud mental, las infancias y las migraciones regionales, a partir del entramado de desarrollos teóricos que versan sobre las temáticas de interés, los marcos normativos implicados y las perspectivas tanto de profesionales de la salud mental del sector público estatal como de familias migrantes latinoamericanas que residen en CABA (Argentina).

La tesis está orientada a analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental infantil en contextos de migración y comprender los modos en los que se construye la categoría de “problemas de salud mental” para nominar las afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por aquellas niñas y niños. Para ello, se exploran itinerarios terapéuticos, se identifican valoraciones respecto a las experiencias vivenciadas por las familias migrantes en el sistema de salud y sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención, se caracterizan las concepciones de las o los profesionales tratantes en torno a las condiciones de producción de sufrimiento psíquico y los abordajes utilizados con las infancias en contextos de migración, así como se describen las participaciones de otros actores sociales e instituciones.

La perspectiva teórica utilizada aborda referencias conceptuales provenientes de diversos campos del conocimiento, dentro de los cuales se destacan la psicología, antropología, sociología, filosofía y salud colectiva. Todos ellos han aportado nodos cruciales, cuyo trazado demarcó un recorrido epistémico singular signado por una perspectiva de salud mental comunitaria y el enfoque de derechos. Igualmente, la tesis se propone alojar en su seno a diversos saberes, no sólo incluyendo a aquellos provenientes de las universidades sino también a los que poseen los conjuntos sociales.

Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo (D’Ancona, 2001) que se enmarca en un abordaje metodológico cualitativo (Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2007), también denominado no estándar (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Se desarrollaron quince entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajaran con infancias en distintos efectores de la red de salud mental infanto juvenil del subsector público en CABA y en un Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos en la misma ciudad. Se procedió al método de historias de vida con cuatro madres y un padre de familias migrantes latinoamericanas que allí residieran; a su vez, dos niñas y un niño en contextos de migración participaron de entrevistas. También se entrevistó a once informantes clave y se mantuvieron conversaciones personales e informales con otros siete, se realizaron pedidos de información pública a organismos estatales y se recurrió tanto al relevamiento como al análisis de diversos datos secundarios.

La selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo no probabilístico intencional. Dicho muestreo fue de carácter individual, holístico y no directivo a informantes seleccionados. Para el análisis de los datos cualitativos, se siguieron enfoques procedimentales (Rodríguez, Gil y García, 1996) que

incluyeron el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos y extracción/verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994). 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 discursos recabados.

La tesis se encuentra estructurada en 5 partes que se componen, a su vez, por capítulos y secciones.

En la primera parte se expone la presentación del problema de investigación y las preguntas que la orientaron, también destacando los motivos por los cuales los procesos de atención y cuidado dirigidos a infancias en contextos migratorios se constituye en un analizador privilegiado para investigar la perspectiva intercultural en salud mental infantil. Seguidamente, se explicita la relevancia teórica, cognitiva y social de la tesis, la que es sucedida por una contextualización tanto del escenario de estudio, como de los indicadores sociodemográficos de la población migrante y la provisión de cuidados en salud/ salud mental en CABA y en Argentina.

Luego, en la segunda parte, se plantean los antecedentes vinculados con las temáticas de estudio, el área de vacancia y se desarrollan los fundamentos teóricos. Estos últimos son organizados analíticamente en dos ejes que se articulan en este trabajo: las migraciones y la salud mental, siendo que las infancias son una categoría transversal que se aborda en ambos capítulos.

En la tercera parte se definen los objetivos y supuestos de la investigación, se fundamenta la estrategia teórico-metodológica junto con el diseño y abordaje seleccionado, la población de estudio, muestra, técnicas de construcción/recolección de datos y análisis del material obtenido. También se plantean las consideraciones éticas y los modos en los cuales el contexto de pandemia permeó las decisiones metodológicas. A su vez, se alude a la dimensión de la reflexividad de la investigadora, así como se realiza una mención a los alcances y limitaciones del estudio.

Posteriormente, se despliega la presentación de los resultados, los que se organizaron en función de los cinco objetivos específicos de la tesis. Se procede al análisis de los mismos y a la formulación de las discusiones.

Por último, en la quinta siguiente, se plantean las conclusiones y se establecen posibles implicancias epistemológicas, teóricas, técnicas, para las políticas públicas y éticas para considerar en el trabajo en el campo de la salud mental con infancias en contextos migratorios.

Finalmente, se explicita la bibliografía utilizada y figuran los anexos, en los que se encuentran los modelos de consentimiento informado, modelos de guía de entrevistas, el dictamen con la aprobación del Comité de Ética de la UNLa y una breve descripción e historización del Área de Acompañamiento a Refugiados y Migrantes del Centro Ulloa.

Es importante destacar que esta investigación fue posibilitada por el financiamiento de una Beca de Interna Doctoral CONICET 2016/2022¹, con sede de trabajo en el Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. La misma contó con la atenta dirección de la Dra. Alejandra Barcala y la co dirección del Dr. Mario Pecheny.

Como requisito para el usufructo de dicha beca se han publicado trabajos preliminares y previos –en capítulos de libros o revistas, o anales de congresos– en calidad de materiales parciales de la presente tesis.

¹ La misma contó con una prórroga que la extendió un año más por el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio durante la pandemia producida por la infección con el virus SARS-CoV-2

² Algunos fragmentos de este capítulo han sido inicialmente desarrollado para la Tesis de Maestría de la doctoranda pero, para la presente investigación, se retrabajan y profundizan incorporando informaciones actualizadas y nuevas

Parte I. Planteo del problema de investigación

1. Presentación del problema de investigación

“(...) los lugares de los que se parte influyen tanto en la identidad como los lugares a los que se arriba –si bien la realidad demuestra que jamás se acaba de partir y nunca se termina de llegar–. Y que, en efecto, no hay forma de volver”.
Flavia Company, 2016

Si bien 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 a través del planisferio entero. De ese modo, los procesos migratorios han devenido en un rasgo estructural en el orden mundial actual y se caracterizan por ser fenómenos globales, complejos e integrales que se han intensificado tanto en su cantidad, como en su diversidad y dualización en el trato –algunos flujos suelen considerarse como *deseables*, mientras que otros no serían concebidos del mismo modo– (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. En América Latina y Caribe también se produjo un incremento de las migraciones, dentro de las cuales se destacan los flujos intra-regionales, sur-norte y también del sur global. Mientras 11 millones de migrantes provienen de países de la propia región, hay 3 millones de personas que proceden de otras regiones (OIM, 2022). Asimismo, los movimientos territoriales en el continente están conformados por grupos en distintas etapas del ciclo migratorio (pre-partida, tránsito, en destino o en retorno) lo que se constituye en un reto para que los gobiernos puedan atender a las necesidades específicas de cada una de ellas (Carpio, 2019). En las Américas, se calcula que una de cada 10 personas migrantes son niños, niñas y adolescentes en movimiento, habiéndose configurado en una constante propia de las migraciones contemporáneas (CLACSO, 2020).

Distintos estudios comenzaron a dar cuenta de la importancia numérica cada vez más marcada de niños y niñas migrantes a nivel global y regional, aumentando sus valores absolutos (Álvarez Velasco y Glockner, 2018; Cerrutti y Binstock, 2012; OIM, 2020; UNLa, 2010). A su vez, aquellas cifras se engrosarían

exponencialmente si se tomara en consideración los diversos modos en los que las infancias y adolescencias pueden verse afectadas por dichos desplazamientos a través de las fronteras. Autores y autoras explicitan las múltiples maneras en las que dicha población participa en contextos de migración internacional (Ceriani Cernadas et al., 2014; Cerrutti y Binstock, 2012; UNICEF, 2011), cuestionando aquella hegemonía adultocéntrica que había permeado a los estudios migratorios y colaborado en la omisión de las experiencias de movilidad humana de niñas y niños.

Recién en los inicios de este milenio se inició el vislumbramiento de las infancias migrantes como activas en la construcción de sus existencias y con capacidad de agencia, ya no como seres pasivos y receptores impávidos de las decisiones tomadas por las personas adultas en cuanto a estos procesos (Gaitán et al., 2008; Martínez, 2014; Zúñiga González, 2017). Sin embargo, el manto de sombra que había recaído sobre dichas infancias en contextos de migración internacional también se había plasmado en las leyes, políticas públicas y prácticas que regularon los diversos aspectos de sus movimientos poblacionales a través de las fronteras, lo que generó un doble déficit: una falta de perspectiva de migración en las políticas de niñez y una falta de perspectiva de niñez en las políticas migratorias (UNLa-UNICEF, 2013). En ese sentido, resulta fundamental señalar que si bien la movilidad humana puede ser auspiciosa y una verdadera manifestación de la capacidad de respuesta ante exclusiones e inequidades, particularmente para las infancias y adolescencias, las migraciones pueden implicar la exposición a distintos tipos de violencias sexuales y/o físicas, peligros para la vida, controles fronterizos basados en enfoques securitarios y vulneraciones de derechos (OIM, 2020).

A su vez, existen diversos factores que se relacionan las afectaciones a la salud mental de las infancias y las fases de la migración (Kirmayer et al., 2011): dentro de ellas, en la etapa de migración propiamente dicha podría primar la exposición a condiciones difíciles de vida y violencias, incertidumbres en torno al futuro y malestar provocado por las separaciones de personas significativas; en la fase post-migratoria se destacaría el estrés vinculado con la adaptación familiar al país de destino, las dificultades que podrían aparecer en el nuevo sistema educativo o con la nueva lengua y aquellos conflictos asociados con la aculturación, la exclusión social y discriminación.

Dado que la salud mental no se trata de una entidad de naturaleza intrapsíquica que acontece en sujetos ahistóricos, sino que es resultante de determinantes sociales y forma parte del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir del cual el sujeto se constituye e instituye, deviene central avizorar cómo las condiciones adversas de existencia de las infancias en contextos migratorios pueden predisponer a la emergencia de manifestaciones de sufrimiento psíquico –esta noción permitiría reconocer diversas situaciones de afectación a la salud mental y evitar patologizar conflictos de la vida cotidiana o de las interrelaciones sociales (Augsburger, 2002) –.

Sumado a las dificultades antes mencionadas, dichas infancias y sus familias suelen enfrentarse a trabas que obstaculizan su acceso y atención respetuosa en el sistema de salud mental respecto a sus costumbres sanitarias, culturales, lenguaje y creencias. Algunas de ellas están vinculadas con la cobertura limitada a los sistemas de salud y seguridad social en los países de destino, barreras tanto legales como económicas, administrativas e idiomáticas, una limitada información respecto de los servicios disponibles y sobre sus derechos para acudir a los mismos, creencias y actitudes en torno a los servicios de salud mental –que podrían dificultar la posibilidad de su uso por parte de la población migrante–, modelos explicativos distintos a los predominantes en la sociedad de acogida y diferencias culturales mediante las cuales el padecimiento es expresado (Alvarado, 2008; Carpio, 2019). Más aún, desde el sector salud no siempre se brinda una adecuada atención en el campo de la salud mental para personas adultas migrantes, banalizando sus problemáticas o diagnosticándolas erróneamente (Achotegui, 2017), medicalizando el dolor de la migración (Tizón, 1989) o tendiendo a la psiquiatrización e institucionalización (Salazar, 2021).

En ese sentido, en Argentina también se destaca la mirada estigmatizante de agentes del sistema público de salud respecto de población adulta proveniente de países limítrofes –mirada que alcanza a sus rasgos físicos, al menosprecio de su cultura y a su caracterización como subalternas dentro de la sociedad (Goldberg, 2008)–, la distancia cultural y la falta de formación en atención en salud intercultural, lo que causa fallas en la comunicación y comprensión entre profesionales y quienes acuden a los efectores (Jelin, 2007; Laub et al., 2006).

En función de los modos en los cuales se conciben las manifestaciones de sufrimiento psíquico y sus condiciones de producción –estas últimas refieren a las situaciones percibidas por las y los profesionales tratantes como asociadas o relacionadas con aquellos signos o síntomas que motivarían la demanda de atención en salud mental, aunque no necesariamente aluden a una relación de causalidad con dicho malestar (Wagner, 2022) –, se implementan diversos abordajes para dar respuestas ante el padecimiento.

Dentro de los servicios de salud mental infantil existen diferentes dispositivos de tratamiento: algunos de ellos son los tratamientos individuales de diversas corrientes teóricas y disciplinas, tratamientos psicofarmacológicos, tratamientos grupales, familiares y otros abordajes comunitarios e intersectoriales.

Los modos de respuesta social que proveen los servicios de salud son parte determinante del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado dado que el acceso a la atención genera efectos en la evolución de la enfermedad y porque las intervenciones provistas por el sistema de salud pueden influir en la producción o en las características del padecimiento. En el campo de la salud mental esto se ha vislumbrado en las formas en las que el modelo de atención asilar manicomial determinó las dolencias de las personas institucionalizadas (Stolkiner, 2023). De ese modo, si se concibe que la atención y los cuidados resultan

constituyentes del proceso de salud/ enfermedad de las infancias migrantes, es necesario echar luz sobre el mismo.

A través de la investigación desarrollada en mi Tesis de Maestría –la que se orientó a la exploración de los posicionamientos e intervenciones de profesionales que conformaban un Equipo de Orientación Escolar en zona sur de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como de trabajadores y trabajadoras de la salud mental de un CeSAC y su hospital de referencia en dicha área geográfica, respecto de niños y niñas migrantes que hubiesen nacido en Bolivia–, se identificó que las infancias en contextos migratorios se tratan de un segmento poblacional intensamente estigmatizado y medicalizado en CABA. También se visibilizó que las y los profesionales tratantes solían desconocer los saberes de las familias migrantes bolivianas respecto a la salud mental y sufrimiento de sus hijos e hijas, dando cuenta de la invisibilización de lógicas y modelos explicativos que las mismas portarían (Poverene, 2015; 2016).

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. 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. La existencia concreta de un sujeto, sus experiencias y valoraciones en torno a su sufrimiento son indispensables para definirlo e intentar brindarle una respuesta. Tal como lo plantea Galende (2015) en torno al campo de la salud mental, es esencial reconocer que la vida psíquica y el padecimiento no siempre fueron objeto de una disciplina específica que dominara su abordaje teóricamente o desde la praxis: los avatares de la existencia humana y los desvíos de la razón fueron de interés de diversos actores antes de ser patrimonio del saber de la psiquiatría. Recién desde el siglo XIX, con el nacimiento de dicha disciplina como especialidad de la medicina, los avatares de la existencia humana fueron capturados por la misma y sus especialistas expropiaron las lógicas explicativas del bienestar y malestar.

Dado que las categorías de normalidad y anormalidad se encuentran culturalmente determinadas, las mismas no debieran erigirse como absolutas pues varían en las diferentes culturas y épocas. La normalidad estaría ligada a aquél segmento de comportamientos humanos que determinada sociedad utiliza, por lo que la inadecuación o la realización de conductas que no son sostenidas culturalmente es señalada, en numerosas ocasiones, como indicadora de anormalidad, desviación y aberración (Benedict, 1934).

Pese a la importancia de reconocer el pluralismo asistencial (Perdiguerro, 2004, 2006) existente en Argentina y la complementariedad terapéutica (Fadlon, 2005; Idoyaga Molina, 2002, 2007, 2010 [1997]), que implica la combinación de diversas estrategias terapéuticas frente a una misma problemática de salud, es usual que desde el sector sanitario se niegue, ignore y/o margine una serie de actividades que se corresponden con otros modelos de atención de los padecimientos que difieren del modelo biomédico y a los cuales vastos

sectores de la población recurren (Menéndez, 2003). A través del fenómeno de la *medicalización*, el campo médico ha colonizado múltiples esferas de la vida y expropiado la experiencia del sufrimiento. De esta manera, los saberes –articulación entre representaciones y prácticas que opera dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2010)– de las personas migrantes serían negados, a pesar del impacto que genera en el psiquismo infantil los modos en los que una familia pueda concebir a un niño o niña, a sus necesidades y al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. Los cuidados que toman lugar en la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades –y por fuera de los sistemas de atención formales y organizados– son parte integral de dicho proceso.

Las personas usuarias de los servicios de salud no son meros objetos de atención sino sujetos de conocimiento, aunque en el sistema formal no se valoren sus propios mapas de cuidado como estrategias que permitan coger aquellos problemas de salud. En la noción de “cuidado”, la que supone que el mismo es co-producido por usuarios y especialistas, subyace un giro epistemológico y práctico en el modo de pensar la gestión en salud, lo que instala otra racionalidad diferente al del sistema formal de salud (Cecilio, et al. 2014, traducción Gerlero y Augsburg, 2018). Del mismo modo, los itinerarios terapéuticos de quienes acuden a los servicios de salud mental también suelen ser ignorados por profesionales que allí se desempeñan, lo que implica desconocer las diferentes decisiones y acciones llevadas a cabo por las personas ante un problema de salud. Dichas trayectorias aluden a la secuencia de actividades llevadas a cabo por los propios actores sociales en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento, indicando los recursos empleados (Kleinman y Psordas, 1996) e involucrando a las redes sociales y los vínculos allí establecidos con su consecuente afectación a la salud (Leite y Vasconcellos, 2006; Lozares Colina, 1996; Enríquez Rosas, 2000; Sluski, 2002; Bronfman, 2001 en Pasarin, 2011). Por ende, es indispensable reconocer la participación de otros actores sociales e instituciones, más allá de los provenientes del sector salud, en los procesos de construcción de la categoría de *problemas de salud mental* para aquellas conflictivas atravesadas por niños y niñas en contextos de migración.

Si se considerara que los conflictos que aquejan a las personas tienen una causación intrapsíquica que requiere solamente de un abordaje mediante los dispositivos “psi” –lo que desplazaría la conflictiva social a un plano de responsabilidad individual– aquello podría devenir como una manifestación de los fenómenos de la psicologización (Fernández, 2003; Sennett, 1978; Álvarez Uría, 2011). De este modo, en vez de modificarse las circunstancias adversas de estas infancias para mitigar su sufrimiento, las respuestas institucionales dirigidas a las mismas colaborarían en los procesos de patologización y medicalización de su sufrimiento psíquico. Dicha patologización implicaría el etiquetamiento de aquellas reacciones o comportamientos que han emergido del dolor como si las mismas fueran una enfermedad (Alegre, 2017) y la exclusión de las múltiples dimensiones inherentes a las problemáticas de salud y enfermedad (Korinfeld, 2017).

Argentina se constituyó, en el año 2020, en el país de la región que contaba con mayor población de personas que hubieran nacido en el extranjero (OIM, 2022). A su vez, el 5,1% de la población total de Argentina habría nacido en otro estado (EPH, 2020) y el 37,3% de quienes habitan en la CABA proceden de otros países (ENH, 2021). Según la ECMI, el 46% de las personas migrantes refirió basar su atención principalmente en el sistema público de salud. Aquel porcentaje es ampliamente mayor que el de la población total del país (el 33,4% según INDEC, 2020), lo que podría estar vinculado por la irregularidad laboral y precarización que las personas migrantes atraviesan.

Pese a que en Argentina se consagró el derecho a la salud de las personas migrantes de manera independiente a su situación de regularidad o irregularidad migratoria, la falta de recursos y las falencias estructurales en el subsistema público implican obstáculos en su accesibilidad –entendida como el vínculo establecido entre los servicios de salud y los sujetos, producto de las condiciones y discursos o representaciones de ambos (Barcala y Stolkiner, 2000) –.

A través de tratados internacionales y de legislación tanto nacional como local, se reconoció a la población migrante como titular de derechos y, por ende, con posibilidades de exigir su cumplimiento. A nivel nacional, la Ley 25.871/03 establece que es tarea del Estado garantizar *“el acceso igualitario de los inmigrantes a la protección y los derechos de los que gozan los nacidos en la Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social”*, planteando que la situación migratoria no es una causa válida para restringir o negar el acceso a los derechos. Por su parte, la Ley 26.657/10 se propone asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el goce de derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encontraran en el país, promoviendo la sensibilidad a la diversidad y el respeto por los valores singulares de las comunidades. La Ley 448/2000 de CABA enuncia que la identidad, genealogía, historia y pertenencia son derechos de todas las personas en su relación con los sistemas de salud mental. A su vez, la Ley 26.061/05 hace referencia a que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, entre otras cuestiones, a su lengua y cultura de origen, a preservar tanto su idiosincrasia como su identidad y a acceder a los servicios de salud, recibiendo el respeto de las pautas culturales y familiares de la comunidad a la que pertenecen.

A pesar de la existencia de la legislación mencionada, aún persisten tensiones entre la misma y las prácticas cotidianas de los efectores. Tal como lo plantean Franco y Merhy (2011), más allá de estar regidos por una misma directriz normativa, quienes trabajan en equipos de salud actúan de modos distintos en la producción de cuidados dado que sus prácticas estarían mediadas por sus propias singularidades, maneras de significar e intervenir en el mundo.

Dado que los discursos tienen una eficacia simbólica en la producción de sujetos (Foucault, 1985), los modos en los cuales las y los profesionales del sector público estatal conciben, aludan y tratan a las infancias en contextos migratorios incidirá en los modos en los cuales se signifiquen a sí mismas. En ese sentido, los discursos de los actores sociales –entendidos como aquellos sujetos individuales o colectivos que, en cierta situación, controlan recursos de poder suficientes como para influir de forma significativa en los acontecimientos que conforman dicha situación (Rovere, 1993)– que ejercen cuidados en el campo de la salud mental ejercerán importantes efectos en la población con la que trabajan. También aquellas maneras en las que las familias migrantes signifiquen las manifestaciones de sufrimiento psíquico, las valoraciones que tengan respecto a las experiencias atravesadas en los itinerarios terapéuticos –dichas experiencias conjugarían al evento fáctico acaecido con la dimensión subjetiva; aluden a la situación atravesada y a lo elaborado subjetivamente a partir de aquél suceso (Benyakar, 2003; Benyakar y Lezica, 2005)– impactarán en las vivencias de las infancias y en su construcción de sentidos.

De ese modo, las preguntas que orientan esta investigación son:

Preguntas generales

¿Cómo se caracterizan los procesos de atención y cuidado en salud mental de las infancias en contextos de migración regional, a partir de la consideración de los discursos de dichas familias y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

¿De qué modos se construye la categoría de *problemas de salud mental* para aquellas afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por niños y niñas contextos de migración regional?

Preguntas específicas

¿Cómo se describen y analizan los itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante las problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres?

¿Cuáles son las valoraciones de madres o padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental al consultar por las problemáticas de sus hijos e hijas, así como sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención?

¿Cuáles son las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes regionales, así como sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en el sector público estatal?

¿Cómo son los abordajes utilizados en el campo de la salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias implementadas en la especificidad del encuentro intercultural?

¿Qué actores sociales e instituciones, por fuera del sistema sanitario de CABA, participan y de qué modos están involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional y en el intento de dar respuestas ante la misma?

2. Sobre la consideración de las infancias en contextos migratorios como analizador privilegiado

*"Que la importancia de una cosa no se mide
con cinta métrica, ni con balanzas, ni barómetros.
Que la importancia de una cosa ha de ser medida
por el encantamiento que la cosa produce en nosotros"*
Manoel de Barros, 2010: 54

Se optó por investigar acerca de los procesos de atención y cuidado en salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional debido a que se considera que dicha población puede constituir un analizador privilegiado: al presentificar la otredad –tanto en términos de nacionalidad, como podría ser de etnia, lengua, clase social–, permiten alumbrar con claridad aquellos mecanismos, lógicas y prácticas activadas en los encuentros interculturales. De ese modo, pese a la existente heterogeneidad cultural interior del país –que suele ser invisibilizada tras un imaginario instituido homogéneo, blanco y europeo (Caggiano, 2005) –, en la población seleccionada las diferencias resultan menos factibles de ser negadas por las personas nativas.

Las personas migrantes también pueden desafiar y conmover el estereotipo de “persona usuaria ideal de los servicios de salud” con la cual las y los profesionales compartirían un contexto de significaciones y prácticas comunes –dicha persona estaría alfabetizada en el paradigma de atención biomédico y cumpliría las indicaciones señaladas, sería homogénea en cuanto a su clase social y nivel de escolaridad alcanzado, sería hispano parlante y se elevaría a la categoría de norma– (Perdiguero, 2006; Finkelstein, 2017). Mediante dicha tensión con los ideales de los equipos de profesionales, se vislumbra que la diversidad no

solo se presenta en relación a las personas extranjeras sino también dentro de las connacionales de distintos orígenes, clases sociales, género y generaciones.

Por una parte, para la presente investigación se determinó incluir a niños y niñas que hubieran atravesado el desplazamiento territorial en sus propias biografías personales, así como a hijos e hijas de personas que hubieran migrado de países de la región a la Argentina. Si bien hay múltiples diferencias entre sus experiencias de vida, dicha decisión se fundamenta a partir de un emergente surgido en el trabajo de campo de mi Tesis de Maestría: la permanente confusión y fusión de la noción de “niño o niña migrante boliviano” con la de “hijo o hija, nieto nieta de migrantes de origen boliviano” por parte de profesionales del campo de la salud mental, tal como se expresa en la afirmación de una de las entrevistadas: *“Es que casi no hay no migrantes en el Hospital. Es primera generación, segunda o tercera. Yo no veo un argentino nacido acá que esté viniendo al hospital desde hace bastante”* (Hospital General, psicóloga, Helena).

Este fenómeno de denominar a descendientes de personas que provinieron de otros países como una segunda o tercera generación de migrantes –a pesar de haber nacido en suelo argentino–, podría estar asociada a una racialización de la nacionalidad, haciendo referencia a aquella idea de que la pertenencia a una nación depende de factores sanguíneos o genéticos (Karasik, 2005; Caggiano, 2005; Caggiano, 2011 en Pacceca y Courtis, 2011). En muchos casos, la extranjería pareciera apoyarse en rasgos fenotípicos que permitirían reconocer, desde lo visible de la portación de marcas en el cuerpo (incapaces de ser borradas), quién es perteneciente a una comunidad migrante y quién es “legítimamente” argentino o argentina.

Dada la eficacia de las representaciones sociales negativas en torno a las personas extranjeras y de la “contaminación del estigma” a través de las generaciones de migrantes, en la Tesis de Doctorado se ha optado por ampliar el espectro de estudio y abordar los fenómenos que atañen a las infancias en contexto migratorio –término empleado en plural para acentuar la heterogeneidad de experiencias infantiles y vislumbrar la necesidad de pensarlas de manera situada, y no como un ente abstracto determinado a partir de la cronologización del curso de su vida–. Las mismas incluyen los diversos modos mediante los cuales aquél grupo participa y se ve afectado por las migraciones, tal como se conceptualizará en los Fundamentos Teóricos (véase *Parte II*).

De ese modo, pese a las diferencias existentes entre quienes han cambiado de país de residencia y aquellos que no lo han hecho (pero sí sus progenitores o progenitoras), a los fines de esta investigación se decide aunarlos bajo una misma categoría (infancias en contextos migratorios) porque se considera que aquella es la lógica mediante la cual los actores sociales estudiados operan.

Por otra parte, la decisión de que se trataran de infancias en contextos migratorios que hubieran arribado (ellas mismas o sus madres/padres) desde países de la región, se fundamenta en que la migración proveniente del Mercosur posee un peso específico insoslayable en la población que reside en Argentina: el 83,9% de las personas migrantes proviene de países miembros y asociados del Mercosur (ENMA, 2020). Se trata tanto de países limítrofes –que, históricamente, aportaron migrantes de manera sostenida, destacándose Bolivia y Paraguay–, como de otros no limítrofes –como Perú, con presencia de larga data en Argentina, Venezuela y Colombia–.

3. Relevancia de la investigación

La relevancia cognitiva de esta investigación radica, por un lado, en la creciente presencia que la temática de las infancias en contextos migratorios ha cobrado en las últimas décadas en el ámbito académico internacional (Martínez, 2014). Sin embargo, pese al incremento de los flujos migratorios de niños y niñas que atraviesan las fronteras, aún persiste una carencia de análisis exhaustivos en relación a la temática.

Por otro lado, pese a que han comenzado a desarrollarse trabajos que proponen estudiar los efectos de las migraciones en la salud mental de las personas, los mismos suelen estar orientados a personas adultas y a estar planteados desde miradas disciplinares psicológicas o psiquiátricas que no incluyen las perspectivas de las personas en situación de movilidad. En ese sentido, la relevancia teórica está dada por el intento de alojar en su seno a diversos saberes, incluyendo tanto a los expertos como aquellos que fueron históricamente sometidos (Foucault, 1978) o considerados como profanos (Correa-Urquiza, 2012).

La relevancia social que reviste la investigación está asociada a la posibilidad de generar una descripción que problematice la realidad actual y que aporte un marco de referencia tanto para la formación de recursos humanos como para la planificación de políticas públicas integrales de promoción, prevención y atención en salud mental para infancias que, también, pueden ser migrantes. A su vez, la falta de perspectiva de migración en las políticas de niñez y la falta de perspectiva de niñez en las políticas migratorias (Ceriani Cernadas, García y Gómez, 2014) torna necesaria la concreción de miradas capaces de contemplar a las infancias migrantes en su complejidad y de proponer acompañamientos, desde un punto de vista intercultural, tendientes a la protección de sus derechos al encontrarse en una situación de especial vulnerabilidad.

Asimismo, el estudio de las intervenciones del sector salud destinadas a algunos grupos específicos, como el de las personas migrantes, podría implicar beneficios directos o indirectos para toda la población (Chung y Griffiths, 2018; Thomas, 2016; Wild y Dawson, 2018 en OIM, 2020). Más aún, las prácticas que contemplan la diversidad cultural desde un prisma de igualdad son capaces de producir progresividad en el derecho a la salud, lo que también es valioso para aquellas agencias del Estado y servicios de salud

responsables de gestionar aquél derecho humano (Gottero, 2021). La posibilidad de avizorar prácticas instituyentes deviene central para la reflexión crítica en cuanto a los modelos de atención existentes y sus posibilidades de transformación.

Recuperando la perspectiva desarrollada por Martín-Baró (1986), es apremiante cuestionar el aporte teórico y práctico de la disciplina psicológica al desarrollo de los países latinoamericanos y replantear su potencialidad para dar respuesta a las vidas, sufrimientos y luchas del propio pueblo, sin permanecer en una posición de marginalidad respecto al mismo. También se cree fundamental colaborar en el reencuentro entre la acción y el pensamiento, así como recuperar la función de la imaginación creativa para esbozar nuevas realidades posibles (Bleichmar, 2007).

Para finalizar, la relevancia de la investigación reside no únicamente en considerar aquellos saberes no disciplinados de las personas que han atravesado desplazamientos territoriales sino también en la localización de su interfaz, que incluye a las infancias, y el prisma para su comprensión, desde una perspectiva de salud mental comunitaria y el enfoque de derechos.

4. Contextualización

Con el fin de llevar adelante una investigación situada, deviene necesario concebir al contexto no sólo como un telón de fondo en donde acontecen los fenómenos de interés sino como aquél entorno que incide en los mismos y, más aún, participa en su producción.

A continuación, se presentan algunos indicadores socio-demográficos que permiten vislumbrar los mecanismos de segregación y exclusión que priman en la ciudad. Posteriormente se explicitan los modos en los que se organiza la provisión de cuidados en salud tanto en el país como en la CABA, enfatizando en las normativas, dispositivos de cuidados en salud mental y prácticas que conforman la red sanitaria pública estatal en la CABA. Luego, se caracteriza la situación de las personas migrantes en la ciudad, también introduciendo algunos de los efectos que la pandemia por COVID-19 produjo en dicha población.

a. Escenario de estudio: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se considera relevante la caracterización del escenario de estudio dado que la descripción de las respuestas profesionales e institucionales brindadas por los diferentes equipos en cada uno de los establecimientos relevados se encuentra vinculada con las particularidades del contexto local.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la capital de la República Argentina desde 1880. Está ubicada al oeste del Río de la Plata, cuenta con una población total de 2.890.151 personas y una densidad poblacional que asciende a los 15.057 hab/km² (Anuario Estadístico, 2020). Con la Reforma de la

Constitución Argentina de 1994 (artículo 129), se definió que dicha ciudad sería poseedora de un régimen de gobierno autónomo. Por ello, asumió facultades de legislación y jurisdicción propias, así como un Jefe de Gobierno electo por el pueblo. Además, a través de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires de 1996, se estableció un régimen republicano organizado en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, así como se estableció la división político-institucional en comunas. En 2005, mediante la sanción de la Ley Orgánica de Comunas N° 1.777, se estableció el principio de descentralización territorial y la concreción de la división de la Ciudad en comunas. Los barrios de la CABA se agrupan, entonces, en 15 comunas que son las unidades descentralizadas de gestión política y administrativa con competencia territorial que cuentan con un órgano colegiado local de siete miembros con competencias de rango constitucional.

A través de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153/99) se estableció el marco normativo para el sistema de salud de CABA, construyendo las regiones sanitarias como un modo de organizar territorialmente al subsector estatal de salud. Se planteó que las mismas tuvieran competencia concurrente en la organización de los servicios de atención y que sus objetivos fueran la programación, organización y evaluación de las acciones de sus efectores.

En 2008, mediante la Resolución N°31 del Ministerio de Salud del GCBA, se crearon las cuatro Regiones Sanitarias: I (Este, comprende geográficamente las comunas 1, 3 y 4), II (sur, comunas 7, 8 y 9), III (Oeste, comunas 5, 6, 10, 11 y 16) y IV (norte, comunas 2, 12, 13 y 14). Además, se planteó que las mismas contemplen aspectos geográficos, demográficos, sociales epidemiológicos, de cobertura, recursos de salud y accesibilidad al sistema.

A pesar de la división territorial, las políticas generales de salud no se han descentralizado cabalmente y la salud no es una competencia exclusiva de las comunas, dada la necesidad de generar un proyecto común y la posibilidad de que las desigualdades regionales sean compensadas (Bonazzola, 2010). Asimismo, la frontera de la ciudad es atravesada diariamente por numerosas personas que trabajan, estudian, realizan sus compras y acuden a servicios de salud de un lado y del otro de la misma. Esta porosidad se traduce en la necesidad de contemplar la íntima relación establecida con su conurbación sobre la provincia de Buenos Aires, conformando el Gran Buenos Aires –tercera aglomeración más poblada de América Latina, la que cuenta con más de 15 millones de personas–.

Si bien la ciudad cuenta con una superficie apenas superior a los 200 km², la CABA no se trata de un espacio integrado, sino que en su interior pueden ilustrarse mecanismos de segregación socioespacial y exclusión. Dicha segmentación no solo refleja las desigualdades imperantes –dando cuenta de los modos en los que los grupos se distribuyen en el territorio de acuerdo a su nivel socioeconómico– sino que también las reproduce, desalentando la interacción entre grupos heterogéneos y condicionando las perspectivas de movilidad social ascendente (Rodríguez, 2008). La segregación residencial y la segmentación en los

servicios reducen los encuentros en el ámbito público, debilitando la base que sustentaría la empatía y la emergencia de sentimientos de obligación moral de los sectores más aventajados (Kessler, 2010).

Muchas de estas desigualdades pueden verse reflejadas en indicadores heterogéneos entre la subdivisión de las comunas del norte (2, 13 y 14), centro (1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15) y sur (4, 8, 9 y 10). Según la EAH de la CABA (2021), en la zona sur habría un 12,7% de hogares en situación de hacinamiento, mientras que en la zona norte –donde se encuentra una estructura poblacional más envejecida– se trataría de un 2,9% y en el centro un 7,4%. Asimismo, es en zona sur en donde se registra una mayor incidencia de hogares en situación de hacinamiento crítico, se alcanzan una mayor fecundidad y porcentajes más altos de población menor de 15 años: mientras que en el norte representan el 13,5%, en el sur lo hacen en un 25,5%.

En materia de salud, mientras que el 18% de la población residente en CABA tiene solamente cobertura en el sistema público, en la zona sur dicho porcentaje asciende a 31,9% (EAH, 2021). Si bien no hay relación de causa directa entre poseer trabajo y tener una afiliación a un determinado sistema de atención en salud, estas sustanciales diferencias que se presentan en las distintas zonas de la ciudad pueden abrir el interrogante respecto de la relación existente entre el tipo de calificación de la ocupación (no calificada, operativa, técnica y profesional) y la modalidad de cobertura de salud. En ese sentido, entre aquellas personas que desarrollan tareas de menor calificación, el porcentaje de quienes acuden solamente al sistema público representaba el 35%, lo que duplica el valor del total de personas ocupadas (15,6%). Complementariamente el 96,7% de quienes desarrollaban su actividad como profesionales tenían algún otro tipo de cobertura (EAH, 2018).

En lo que atañe específicamente a aquellas personas menores de 20 años, mientras que el 23,3% del total utiliza solamente el sistema público de salud, en la zona sur la proporción se eleva al 41,5% y en el centro a 16,9%. (EAH, 2021). Con el aumento de la edad de las personas, y también a medida que el nivel de ingreso aumenta, se eleva el porcentaje de afiliación a prepagas y obras sociales –incluyendo PAMI–.

En lo relativo a la educación, mientras que el 56,7% de la población escolarizada (de 3 años y más) concurre a establecimientos educativos estatales, tanto en zona centro como en zona sur la mayoría de la población acude a dichos establecimientos. En zona sur el porcentaje asciende al 66%.

Al explorar la dimensión migratoria en la CABA, se identifica que hay una mayor presencia de los grupos de edad de población económicamente activa. A su vez, el 37,3% de su población no es nativa de dicha ciudad: el 24,3% ha nacido en otra provincia y el 13% en otro país: el 6,3% en uno limítrofe y el 6,7% en uno no limítrofe (ENH, 2021).

b. Indicadores sociodemográficos de personas migrantes en Argentina y CABA, con énfasis en niños, niñas y adolescentes

El Censo Nacional de Población del año 2010 arrojaba que había 1.804.957 personas de origen extranjero habitando el país, lo que representaba un 4,5% de la población total. De dicho total, 222.851 tenían hasta 19 años de edad y su distribución entre mujeres y varones resultaba homogénea (la información desagregada del censo se lleva a cabo por grupo de edad de a cinco años, lo que dificultan la posibilidad de hacer lecturas que tomen en consideración las edades comprendidas entre los 0 y 18 años de edad, teniendo en cuenta la definición propuesta por la CDN).

Dada la cantidad de tiempo transcurrido desde 2010 a la actualidad y que, al momento de la redacción final de esta tesis aún no se encuentran disponibles los datos del último censo realizado en el año 2022, es factible utilizar la información brindada por la EPH para caracterizar a la población migrante en Argentina. Si bien dicha Encuesta se aplica solamente en una muestra poblacional –urbana– y presenta su información en grupos poblacionales que tampoco habilita la formulación de lecturas cabales respecto a la situación de las infancias de 0 a 18 –dado que un grupo está conformado para personas de 0 a 14 años, y el siguiente es desde los 15 a 24 años–, permite aproximarse a los cambios acaecidos durante los últimos años (IJDH UNLa y UNICEF, 2022).

En ese sentido, en la EPH del 2020 se señalaba que el 5,1% de la población total de Argentina había nacido en otro país y que mientras que el 985.845 de las personas migrantes provenían de un país limítrofe, el 496.656 habían nacido en un país no limítrofe –aunque la mayoría de ellas tiene su origen en países de la región–. Su distribución varía notablemente en el país, destacando la CABA, GBA, La Plata y otros aglomerados urbanos del sur (como Comodoro Rivadavia, Neuquén y Ushuaia como aquellos lugares con mayor proporción de personas migrantes).

Mientras que los flujos migratorios europeos envejecen y disminuyen, hay una tendencia en aumento de la migración sudamericana en el país. De las radicaciones otorgadas entre 2012 y 2020, el 93% fueron para personas procedentes de América del Sur, principalmente provenientes de Venezuela, Paraguay, Bolivia, Perú y Colombia (Dirección Nacional de Población, 2021).

En CABA, no habría habido variaciones porcentuales significativas en relación a la población de niños y niñas de 0 a 17 años según su país de nacimiento, registrándose leves variaciones entre el 2015 y el 2020 (Observatorio SIPROID, Sistema de Indicadores de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en Asa et al., 2022).

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Hogares (2021), del total de la población extranjera, el 38,2% arribó a Argentina entre el año 2010 y el 2020. En la zona sur vive un mayor

porcentaje de las personas provenientes de Estados que limitan con Argentina (el 10,2%) mientras que en la zona norte predomina la población que ha nacido en otros países (9,3%).

Las personas menores de 14 años representaban menos del 1% y su proporción aumenta en las franjas etarias de personas económicamente activas.

Según la ECMI, el 46% de las personas migrantes refirió basar su atención principalmente en el sistema público de salud. Aquel porcentaje es ampliamente mayor que el de la población total del país (el 33,4% según INDEC, 2020), lo que podría estar vinculado por la irregularidad laboral y precarización que las personas migrantes atraviesan. El 31% tendría cobertura mediante una obra social y el 9% financiaría los planes de medicina prepaga de modo particular.

El tipo de cobertura de salud pareciera estar asociado a los años de residencia en Argentina: hay un mayor porcentaje de personas que únicamente cuentan con cobertura del sistema público de salud entre quienes arribaron al país en los últimos cinco años. Esto, a su vez, podría también asociarse a la situación documentaria que se resuelve en aquellas instancias y una mayor posibilidad de acceder a un trabajo formal. Por otra parte, existe una diversificación en los modos concretos en los que las personas migrantes resuelven su acceso a la atención sanitaria, dentro de los cuales también se encuentra la medicina tradicional (principalmente en figuras como machi, curandero, huesero), prácticas que se han transmitido generacionalmente a través de las familias y la automedicación. Según la ECMI, las personas con ascendencia asiática serían quienes más optan por este tipo de prácticas, siendo seguidas por aquellas que reconocen su filiación con pueblos originarios o amerindios.

En AMBA, el 59% de las personas encuestadas refirió nunca haber tenido dificultades en el acceso al sistema de salud, mientras que el 25% manifestó haberlas tenido alguna vez, el 8% que nunca se ha atendido, el 5% que frecuentemente y el 3% que siempre los tiene. En cuanto al tipo de dificultades percibidas o vividas, el 18% hizo referencia a dificultades en la obtención de turnos, el 10% a discriminación o malos tratos, siendo seguidos por exigencia del DNI para la atención, dificultades para llegar al establecimiento o por no vivir en proximidad al mismo o la exigencia de pago adicional.

De acuerdo a la información obtenida a través de la ENMA 2020, la mayor parte de la descendencia de las personas encuestadas había nacido en Argentina y solamente una minoría refirió que sus hijos o hijas habían nacido fuera del país (17% de las mujeres y 12% de los varones).

Si bien la mayor parte de la población migrante tiene un buen o excelente manejo de la lengua española, se identificó que las personas que tienen una ascendencia indígena, africana o asiática poseen mayores dificultades en el uso del idioma que aquellas personas que no tienen dichas ascendencias. Por una parte, aunque el 58% refirió que el castellano era su idioma principal, el 42% no lo considera como tal. Los

idiomas maternos más referidos fueron el guaraní (con el 20,3%), el italiano (5,6%), el quechua (5,5%), portugués (2,5%) y aymara (2,4%)

Por otra parte, hay una mayor presencia de la población migrante nacional e internacional en los grupos etarios de 20 a 49 años, los que se encuentran en una edad económicamente activa, y también hay una feminización de la migración (Encuesta Anual de Hogares 2019, 2020).

En el contexto de la pandemia producida por el SARS-CoV-2 en Argentina, pese a que las políticas sociales se tornaron incluso más necesarias que antes para NNyA migrantes y sus familias –dadas la marcada incidencia de la pobreza en los primeros años de llegada a Argentina en relación a la población nativa o naturalizada, las acentuadas dificultades en la obtención de ingresos ante las restricciones de circulación, y la situación habitacional adversa que pudo complejizar el cumplimiento de las medidas de distanciamiento social e higiene–, se identificó el aumento de las inequidades en el acceso a derechos y programas sociales, en términos monetarios. Un ejemplo de ello fue la exclusión del Ingreso Familiar de Emergencia, por Decreto 310/2020, de quienes no tuvieran una residencia legal en el país mayor a 2 años. En ese sentido, los intentos estatales de paliar los efectos negativos de la emergencia sanitaria profundizaron las desigualdades en el acceso a los derechos de NNyA en función de su condición migratoria. En lo referente a NNyA solicitantes de refugio, dados los tiempos aletargados que demoraron los trámites ante la Comisión Nacional de Refugiados y la persistencia de su Certificado de Residencia Precaria como documentación, su desprotección se vio acrecentada (Ahualli, 2021).

c. Provisión de cuidados en salud / salud mental en Argentina y CABA

Para comprender la organización del sistema de salud en la CABA, es necesario contextualizarla dentro de las lógicas e historia del país. En Argentina, el sistema de salud estuvo signado por un origen ligado a la caridad –la que aún continúa generando efectos en cuanto a la apropiación de la salud en tanto derecho–: al momento de la creación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Dr. Ramón Carrillo había propuesto un modelo de estado prestador, nacionalizando los hospitales patrocinados por las Sociedades de Beneficencia e integrándolos al aparato estatal (Arce, 1993). De este modo, las instituciones de caridad pasaron a depender del Estado y, a su vez, las actuales obras sociales sindicales surgieron como producto de los lazos de solidaridad y mutualismo que existían entre los grupos obreros y las comunidades de migrantes. A estas dos modalidades de prestación, se sumó una tercera: la privada.

Desde una mirada funcionalista, es posible identificar la existencia de tres subsectores que constituyen el área de salud en Argentina: el público (que debiera asegurar la provisión de atención en salud a todas las personas que habitan del país y ofrecer prestaciones universales, siendo conformado por efectores de distinta complejidad), el de seguridad social (que cobró una mayor relevancia con el desarrollo de las

organizaciones obreras a partir del primer gobierno peronista de 1946 a 1952) y el privado (motivado por el lucro). Así, el sistema de salud argentino está constituido por tres subsectores que responden a modelos diferentes de atención a la salud y tienen distintas modalidades de financiamiento, prestaciones y accesibilidad.

El tipo de cobertura que implica solamente al sistema público hace referencia a que la persona usuaria no está cubierta por otros sistemas de atención (como obra social o medicina privada), accediendo únicamente a establecimientos públicos. En CABA esto incluiría también a quienes se atienden a través de Programas como Cobertura Porteña o Plan Médicos de Cabecera, por ejemplo. En cambio, la cobertura de medicina prepaga alude a las personas que se adhieren voluntariamente, mediante un pago periódico, a dicha prepaga; en algunos casos, dicha afiliación puede realizarse a través de los aportes de una obra social. La cobertura por obra social es aquella que obtienen las trabajadoras y los trabajadores a través de sus aportes (monotributistas o autónomos) o por el descuento en sus salarios, también incluyendo a quienes tienen PAMI. Por último, también existe la modalidad de quienes solamente tienen mutual o/y sistemas de emergencias médicas (EAH, 2018).

A pesar de que la provisión de un servicio público de salud implique cierto proceso *desmercantilizador* (dado que la salud sería concebida como un derecho y no como pura mercancía a ser adquirida) y de que la Argentina cuente con una oferta asistencial extensa y una capacidad técnica elevada, es necesario reconocer la segmentación, heterogeneidad y poca equitatividad del sector salud (Anlló y Cetrángolo, 2007), careciendo de una integración entre los subsistemas que lo conforman. En ese sentido, es posible ubicar que la *matriz trabajo-céntrica* que ha caracterizado las políticas sociales en el país –en las cuales la estructuración del bienestar apareció ligada a los derechos de los trabajadores asalariados registrados– generó un efecto de universalidad ficticia: dependiendo de la ubicación en el mercado de trabajo, los sujetos accederían a diferente calidad de atención, replicando la fragmentación propia del mercado, ya que las personas sin trabajo –condición que suele asociarse a mayor vulnerabilidad social– quedarían excluidas de la seguridad social. Así, si bien se trata de un bien público esencial que debe ser asegurado por el Estado a la totalidad de habitantes del país, la salud se encuentra inscripta en un debate que pendula entre ser tratada como mercancía o como derecho fundamental (Castro, 2006).

En cuanto a la CABA, la regionalización territorial sanitaria se efectivizó en 1988 con la creación de las áreas programáticas, las que se delimitaron considerando las zonas de urgencia de la ciudad. Cada Hospital General de Agudos contó con su propia Área Programática, en la que se desarrollaron experiencias ligadas a la estrategia de Atención Primaria de Salud (Bonazzola, 2010). La actual organización del sistema público de salud se organiza en tres niveles de atención: el primero está conformado por CeSAC, Centros Médicos

Barriales y Centros Médicos de Especialidades de Referencia; el segundo por Hospitales Generales de Agudos y el tercero por Hospitales Especializados.

En CABA funcionan, al momento, 45 CeSACs emplazados en las distintas comunas. Su objetivo es la promoción de la salud, así como la prevención y cuidado de aquellas enfermedades prevalentes, tomando en consideración tanto a la persona como a su entorno. Se entienden como la puerta a entrada al sistema sanitario y se estima que en ellos podrían resolverse el 85% de los problemas de salud por los cuales la población consulta. Asimismo, cada equipo tiene un área de responsabilidad territorial y cada persona que reside allí –y termina el proceso de nominalización en función de su domicilio– tendría un equipo de salud asignado. En dichos centros funcionan turnos programados (solicitados presencialmente o por vía telefónica) y espontáneos. También se desarrollan talleres con diversas temáticas, se entregan métodos anticonceptivos, medicamentos gratuitos, leche y se procede a la aplicación de vacunas. En los CeSACS se desempeñan profesionales de distintas disciplinas (no solamente aquellas tradicionalmente emparentadas con aquello que se entendía como “salud”, sino que se incluye a la antropología, sociología, ciencias de la educación, comunicación y educación física) y pueden ofrecerse diversas especialidades (tales como enfermería, medicina general o familiar, pediatría, ginecología, nutrición, obstetricia, psicología, psiquiatría, psicopedagogía, fonoaudiología, trabajo social, odontología, kinesiología, geriatría, diabetología, cardiología, ecografía, hebiatría) que variarán según su disponibilidad de profesionales en cada uno de ellos.

También se cuenta con 14 Hospitales Generales de Agudos que brindan asistencia a la salud en consultas programadas, guardias, internaciones y realización de estudios complementarios:

- Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (comuna 7)
- Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (comuna 4)
- Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (comuna 6)
- Hospital General de Agudos C. Grierson (comuna 8)
- Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández (comuna 14)
- Hospital General de Agudos J.A. Penna (comuna 4)
- Hospital General de Agudos P. Piñero (comuna 7)
- Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano (comuna 12)
- Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía (comuna 3)
- Hospital General de Agudos B. Rivadavia (comuna 2)
- Hospital General de Agudos F. Santojanni (comuna 9)
- Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú (comuna 15)
- Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield (comuna 10)
- Hospital General de Agudos A. Zubizarreta (comuna 11)

El Hospital General de Niños P. de Elizalde (comuna 1) y el Hospital General de Niños R. Gutiérrez (comuna 2) brindan atención ambulatoria, internación, diagnóstico, tratamiento y guardia para población menor de 18 años en múltiples especialidades. El Hospital de Pediatría Juan. P. Garrahan (comuna 7) es una institución de alta complejidad descentralizada, financiada tanto por el Gobierno Nacional como por el GCABA.

También se brinda atención en los Hospitales Especializados, los que se caracterizan por brindar cuidados en salud en determinada especialidad, tales como salud mental, maternidad, infectología, gastroenterología, odontología, oncología, oftalmología, quemados, rehabilitación y zoonosis.

En lo relativo a aquellos hospitales especializados en salud mental, los que dependen de la Dirección General de Salud Mental, se encuentran:

- Hospital Infante Juvenil C. Tobar García (comuna 4)
- Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (comuna 15)
- Hospital de Salud Mental J. T. Borda (comuna 4)
- Hospital de Salud Mental B. Moyano (comuna 4)

Hay, a su vez, talleres de rehabilitación en salud mental (comuna 4) y dos Centros Especializados de Salud Mental: C.S.M.N. 1 (comuna 13) y C.S.M.N. 3 (comuna 3).

Tal como desarrollan Barcala et al. (2020), es necesario reconocer que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, N°26.657 del año 2010, junto a la Ley de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente N° 26.061 sancionada en el año 2005, han consolidado una transformación paradigmática: por un lado, hubo un desplazamiento del paradigma biomédico por un abordaje interdisciplinario basado en la salud comunitaria y, por otro, se reemplazó la perspectiva tutelar del cuidado a NNyA por un enfoque basado en derechos. Sin embargo, a pesar de que aquellos marcos normativos promueven una adecuación a los estándares internacionales de derechos humanos, los mismos no han logrado asegurar su correcta implementación: para que las transformaciones puedan llevarse a cabo, se necesitan tanto de los consensos en torno a las normas como de las rupturas de procedimientos y dinámicas que, a través de la historia, se han institucionalizado y naturalizado.

Si bien en el país se ha iniciado un proceso de adecuación de los servicios y prácticas en salud mental a los marcos normativos garantes de Derechos Humanos, se evidencia un déficit en la implementación tanto de directrices como de políticas nacionales que guíen los cambios necesarios. También se identifican marcadas desigualdades en la provisión de cuidados entre los diferentes distritos o provincias y se detecta un escaso avance en materia de interdisciplinariedad, caracterizado por los insuficientes recursos (materiales y

humanos) que permitan responder a la complejidad de problemáticas de salud mental infantil emergidas en contextos de vulnerabilidad creciente.

En lo referido a las políticas en salud mental en la niñez en CABA, es importante destacar que –tal como lo desarrolla Barcala (2015) – se pesquisó, entre otras cuestiones, la insuficiencia de recursos dirigidos para el tratamiento con infancias y juventudes, la falta de dispositivos asistenciales-preventivos, la fragmentación entre hospitales y CeSAC. Pese a ello, primó la escasez de propuestas y la concreción de iniciativas de cambio, lo que redundó en obstáculos en la accesibilidad y cobertura para brindar respuestas a las demandas existentes. Asimismo, ha habido políticas que tendieron hacia la institucionalización psiquiátrica, las lógicas mercantilizadoras y la hegemonía de la psiquiatría positivista en detrimento del pensamiento crítico en el campo de la salud mental comunitaria. La inversión de recursos se dirigió hacia hospitales psiquiátricos, lo que aumentó el espacio de exclusión de las infancias con sufrimiento psíquico, así como se dio un traspaso de partidas presupuestarias desde el subsector público hacia el privado.

Parte II. Antecedentes y fundamentos teóricos

*“Ahí donde advertimos un hueco en nuestra biblioteca,
la falta de cierto libro en particular,
se justifica que tomemos la pluma para,
de la manera más decorosa posible, escribirlo nosotros.
Escribir, pues, como un correctivo. Escribir para seguir leyendo”*
Fabio Morábito, 2014: 16

Antecedentes vinculados con las temáticas de estudio y área de vacancia

El escritor Fabio Morábito plantea que, así como existen árboles cruciales a partir de los cuales se apoya el bosque, un fenómeno similar sucede con los libros: es sobre algunos de ellos que nuestra biblioteca se sostiene. Dichos libros no necesariamente son los más antiguos ni los preferidos, pero sí son aquellos que determinan la dirección del conjunto y le otorgan un carácter singular. Ante la percepción de un agujero allí en la biblioteca –lo que puede traducirse al léxico investigativo como “vacancia” –, el autor incita a tomar la pluma para pronunciarse e intentar suplir esa carencia (Morábito, 2014). Es con ese ímpetu que, en este capítulo, se esbozan aquellas lecturas que han integrado la biblioteca en la que se sostiene esta tesis y, a la vez, que iluminaron el espacio de vacancia que motoriza su escritura.

Si bien se han encontrado diversas producciones científicas que tratan los ejes centrales de la presente investigación (infancias en contextos de migración internacional y salud mental), son escasos los trabajos que desarrollan una articulación de la interfaz específica propuesta en el contexto argentino actual. A continuación, se hace referencia a las investigaciones consultadas que, a pesar de no aludir de modo integral al problema planteado en esta tesis, resultan relevantes por brindar herramientas conceptuales y antecedentes fundamentales para aproximarse a los fenómenos de estudio.

Antecedentes

Infancias en contextos de migración internacional

Por un lado, el interés por estudiar las infancias en contexto de migración emergió en los últimos veinte años, siendo foco de diversas producciones tanto a nivel internacional como en el país. La instalación de la temática de las infancias, junto con la de mujeres, como una “cuestión” para la agenda latinoamericana de migraciones estuvo acompañada por la visibilización de su magnitud numérica en procesos donde antes se había omitido su presencia (Martínez, 2014).

OIM (2017, 2020, 2022), UNICEF (2011, 2013, 2017, 2019) y UNICEF – HIAS (2021) emitieron numerosas publicaciones en las que se destaca que la niñez y adolescencia migrante están más expuestas a la violación de sus derechos que otros segmentos poblacionales; también realizaron una serie de recomendaciones para su protección y brindaron estadísticas para dar cuenta de su dimensión.

Hace ya unos años, Gaitán et al. (2008) propusieron conocer las experiencias de NNyA de origen ecuatoriano cuya madre y/o padre hubiera migrado a España. De ese modo, se intentó dar lugar al discurso de dicha población en su contexto de vida y a su propia reconstrucción del proceso migratorio. Como uno de los hallazgos principales, se subrayó la actoría de los niños y las niñas. Aquella perspectiva, que explora la categoría de las infancias migratorias en su rol agencial, devino un modo de abordaje príncips de otras investigaciones y teorizaciones en el campo de estudio (Moscoso, 2013; Pavez Soto, 2017, Pavez Soto y Galaz Valderrama, 2018; Sánchez- García et al., 2022; Zúñiga González, 2017).

También CLACSO (2020) realizó una investigación exploratoria en la cual se analizaron los modos en los cuales las experiencias migratorias transformaron las necesidades y dimensiones de vida de NNyA, destacando su actoría social competente. A través de entrevistas semi estructuradas, talleres y grupos focales a personas de 6 a 18 años de origen venezolano que se instalaron en Colombia, Ecuador, Perú o Brasil se buscó comprender las consecuencias que produce el éxodo de población venezolana en la vida y futuro de NNyA en la región.

Asimismo, en México (Valenzuela Arce et al., 2019) se desarrolló un estudio cualitativo a través del cual se exploraron los imaginarios de realidades y expectativas de alrededor de 900 niños y niñas entre 6 y 12 años que habían arribado a Tijuana, junto con la caravana migrante del 2018, y habitaban en albergues de dicha ciudad. Les solicitaron que dibujaran y, luego relataran, tres escenas de su travesía desde el sitio de partida hasta el lugar de destino. Aquel estudio consideraba que los símbolos que aparecieran en los dibujos permitirían representar tanto aquellas realidades imaginarias como las físicas, a partir de lo vivenciado. Entre las conclusiones, se planteó que en niños y niñas hay vivencias distintas, así como sentidos establecidos a partir de sus relaciones y diferentes contextos. Destacaron que es menester que sus experiencias fueran visibilizadas para propiciar su posicionamiento en tanto seres capaces de construir una singular concepción del mundo.

Otras investigaciones recientes (Sánchez- García et al., 2022) también recuperaron las voces de niños y niñas migrantes para identificar sus experiencias y repercusiones emocionales, disputando miradas adultocéntricas, así como desarrollando herramientas metodológicas de la investigación participativa –como los mapas parlantes– que pudieran habilitar modos de expresividad de niños y niñas como protagonistas de sus experiencias (Suárez-Cabrera, 2015).

Además, algunos estudios han abordado la articulación entre experiencias escolares e infancias migrantes en el continente (Aquino Ayala, 2018; Beniscelli, Riedemann, y Stang, 2019; Franco, 2014; Granda Alviarez y Loaiza de la Pava, 2021; Hevia, 2009; Jensen et al., 2017; Jiménez et al., 2017; Oliveira, 2020; Poblete, 2019; Román González y Valdéz Gardea, 2022; Sánchez y Nidia, 2013; Tijoux, 2013; Zúñiga y Hamann, 2020) mientras otras investigaciones se han dedicado a estudiar el impacto de la pandemia por Covid 19 en las infancias en la región y en Argentina (Ahualli, 2021; Voltarelli, Pavez Soto y Derby, 2021). Otros países

que usualmente son receptores de migración internacional, como Estados Unidos y más estados de Europa, también han abordado las experiencias de las infancias y juventudes migrantes en el sistema escolar del país de destino planteando barreras en la inclusión educativa que reproducen la estratificación social (Carrasco y Gibson, 2010; Carrasco, Pamies y Ponferrada, 2011), estudiando distintas actitudes ante el aprendizaje de la nueva lengua (Brittain, 2005), analizando las dificultades a las que deben confrontarse las infancias migrantes “indocumentadas” (Green, 2003) y evaluando sus habilidades escolares a partir de los datos provistos por informes del Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (Level y Drovers, 2008).

Resulta interesante advertir los posibles efectos de la colonialidad del saber dentro de los estudios de fenómenos migratorios, en los cuales habría una profusa literatura acerca de las *inmigraciones* que contrasta con una escasa producción sobre las *emigraciones*, lo que refleja relaciones de dominación entre diferentes países (Sayad, 2010). A su vez, esto daría cuenta que difícilmente se ha tornado a la emigración en un objeto de ciencia, tanto por motivos prácticos como por otros políticos: mientras la inmigración implica “presencia” –la que se gestiona, regula–, la emigración es traducida como “ausencia” –la que se colma, se niega–. Además, el discurso científico se ha destinado a dar respuesta a la presencia de las personas inmigrantes en tanto cuerpos extraños a la Nación, lo que requeriría una exigencia de su acoplamiento a las instituciones en el país de destino.

En el contexto argentino, en 2009 la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) produjo un informe que reunió trabajos de investigación llevados a cabo sobre niñez, migración y derechos humanos en el país. En aquel entonces, a cinco años de la aprobación de la Ley de Migraciones N° 25.871, se consideró necesario estudiar el impacto de dicha legislación en el ámbito de los derechos de las infancias y adolescencias migrantes. A través de un diagnóstico de situación y de recomendaciones dirigidas a organismos gubernamentales, devino en un elemento de gran incidencia. En 2013 dicho trabajo fue integrado a nuevos aportes (en los que, entre otras cuestiones, se extendieron las regiones del país estudiadas) y se acompañó de la iniciativa de conformación de diversos tipos de intervenciones, tales como la creación de Mesas Interinstitucionales en niñez y migración.

Ceriani Cernadas, García y Salas (2014), desde el *Programa Migración y Asilo del Centro de Derechos Humanos* de la UNLa, presentaron artículos sobre los avances y desafíos en materia de derechos humanos de infancias y adolescencias en el contexto de la migración en los países de América Latina y el Caribe, tomando como casos puntuales a Argentina y México. Describieron principios generales derivados de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) que podrían ser utilizados como estándares concretos para el abordaje de dicha población y plantearon la importancia de que los mismos primaran por sobre toda política migratoria.

Desde un abordaje antropológico, Martínez (2014) aportó sus conceptualizaciones respecto de los discursos de derechos de la niñez migrante y exploró las discusiones, demandas y problemas principales en el contexto argentino y regional. También exploró la diversidad lingüística existente en los contextos de migración y cómo aquello se articula con el derecho a la educación de infancias migrantes (Martínez, 2017). Asimismo, a partir de una mirada enfocada en la educación, se encontraron estudios dedicados a explorar las experiencias de los niños, niñas y jóvenes de familias migrantes en el contexto escolar (Arévalo Wierna, 2021; Beech y Princz, 2012; Beheran, 2012; Cerrutti y Binstock, 2012; Domenech, 2007, 2014; Groisman y Hendel, 2017; Hendel y Novaro, 2019; Jimenes- Vargas et al., 2020; Novaro, 2009, 2012, 2018; Novaro y Diez, 2011; Sinisi, 1999, Pozzo y Segura, 2013; Zenklusen, 2020). Muchos de dichos desarrollos no solo apuntaron a la descripción de las representaciones y prácticas en el contexto educativo, sino que también aportaron a la problematización de la estigmatización allí presente y a la comprensión de la diversidad lingüística en la escuela.

Desde el ámbito de la fonoaudiología, a través de un estudio cualitativo de carácter descriptivo-exploratorio, Fuks (2012) visibilizó la alta proporción de contacto de lenguas en el alumnado migrante o descendiente de migrantes provenientes de países limítrofes. Señaló la patologización e invisibilización del bilingüismo, así como la naturalización racial de las dificultades de aprendizaje identificadas por trabajadores y trabajadoras que se desempeñan en el sector de educación y salud. También Giamatteo y Mamone (2019) exploraron los desencuentros lingüísticos existentes en las prácticas clínicas psicológicas con niños y niñas cuyas familias eran migrantes bolivianas descendientes de aymaras en un hospital de zona sur de CABA.

Salud mental y migración internacional

En lo relativo a la exploración de las interfaces salud mental y migración internacional, se hallaron investigaciones de diversas orientaciones. Algunas se habían dedicado a estudiar el vínculo entre la migración y enfermedades mentales o sintomatología psiquiátrica, tales como esquizofrenia, depresiones o suicidios (Bhugra, 2003; Cochrane y Bal, 1987; Cochrane y Stopes-Roe, 1981; Harrison et al., 1988; Hutchinson y Haasen, 2004; Nazrroo, 1997; Odegards, 1932; Ritsner y Ponizovsky, 1996; Sashidharan, 1993; Selten y Sijben, 1994; Still, 1998). Sin embargo, en las últimas décadas han aumentado las producciones académicas destinadas al estudio de disparidades étnicas/ raciales y de población migrante, destacándose múltiples diferencias en la demanda de atención (Scheffler y Miller, 1989; Sussman et al., 1987), brechas en los patrones de uso (Bui, Takeuchi, 1992; Chow et al., 2003; Hu et al. 1991) y desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y, específicamente, a la salud mental (Hough et al., 1987; Sussman y Robins, 1987). También se han explorado las disparidades raciales presentes en el uso de la medicación psiquiátrica (Han y Liu, 2005; Lloyd y Moodley, 1992) y se indagaron las diferencias existentes al recibir cuidados en salud mental (Alda, Campayo y Sobradie, 2010; Klimidis, et al., 2000). En ese

sentido, se destaca la existencia de barreras legales-administrativas y culturales que se erigen para una atención sanitaria de calidad en el campo de la salud mental al tratarse de población migrante. Las diferencias culturales mediante las cuales el padecimiento es expresado, afectarían el arribo hacia un diagnóstico y tratamiento adecuado (Alvarado, 2008).

Si bien la mayoría de los estudios se enfocan a poblaciones adultas, McCabe et al. (1999) analizaron los patrones de representación de cuatro grupos raciales/ étnicos en cinco efectores públicos de salud de Estados Unidos destinados para personas jóvenes, arribando a la conclusión de que, efectivamente, la raza/etnia afecta los patrones de uso de dichos servicios de salud y que debiera contemplarse la situación socioeconómica en dicho análisis. A su vez, otra investigación (Bui y Takeuchi, 1992) buscó examinar las tasas de utilización, duración y abandono de tratamientos de salud mental para adolescentes provenientes de minorías, hallando diferencias en sus patrones de representación en las instituciones públicas de salud mental y en la duración de los tratamientos que llevan a cabo, pero no así en las tasas de deserción.

Chow, Jaffe y Snowden (2003) destacaron la escasez de investigaciones en torno a las características del acceso de niños y niñas provenientes de minorías a los servicios de salud mental y plantearon la necesidad de desarrollar más estudios en torno al rol de la raza y la etnia en el acceso al cuidado y la calidad del tratamiento recibido por la población infantil.

También se realizaron investigaciones que se abocaron a estudiar las respuestas ofrecidas por profesionales de la salud mental ante población proveniente de otros países. De ese modo, se buscó obtener conocimientos a partir de la perspectiva de quienes brindan atención profesional a aquellas personas. En España, Ibáñez Allera et al. (2018) propusieron visibilizar y describir cuáles eran las dificultades detectadas por profesionales de salud mental del sistema público de Andalucía al brindar atención a la población migrante. Obtuvieron como resultado que la mayor parte de los equipos reconocían la existencia de aquellas dificultades, indicando que les resultaba más complejo atender a personas migrantes que a las autóctonas. Dichas dificultades podrían organizarse en tres categorías diferenciales: a) un déficit en la formación vinculada a la psiquiatría transcultural y vinculado a la falta de conocimiento de los programas de la Consejería de Salud para la atención en salud mental a personas migrantes; b) barreras en la comunicación verbal y presentaciones psicopatológicas que no encontraban en las descripciones del CIE 10; c) problemas en la posibilidad de vincular las medicinas tradicionales con la biomedicina. A su vez, identificaron que hay una carencia de trabajos enfocados en el abordaje de la atención en el campo de la salud mental con personas migrantes.

En dicho país también se realizó un estudio (Alda, Campayo y Sobradíel, 2010) que se proponía determinar si había diferencias en cuanto al manejo diagnóstico y terapéutico entre aquellos pacientes psiquiátricos migrantes y nacionales que se encontraban en tratamiento en un hospital general en Zaragoza. Se utilizó un estudio de cohortes con una muestra de 102 personas españolas y 102 migrantes, siendo apareadas tanto por

diagnóstico como por edad y sexo. Como resultados relevantes, hallaron que había un mayor uso de la sujeción mecánica y de las medidas de seguridad en pacientes migrantes; a las personas provenientes de otros países se les solicitaba más pruebas de tóxicos en orina, se les pedía la realización de menos pruebas complementarias complejas y recibían más neurolépticos de acción prolongada. Se concluyó la presencia de sesgos raciales discriminativos de los equipos de trabajo de los servicios de salud, lo que también podría entreverse –entre otras cuestiones– en una menor derivación a otros dispositivos para hacer seguimientos ambulatorios y en la significativa menor estancia de pacientes migrantes en el hospital, a diferencia de nacionales. Esto último podría vincularse con otros estudios realizados con población de piel negra en Gran Bretaña y Estados Unidos (García Campayo y Alda, 2005) en los cuales se concluyó que los motivos contratransferenciales serían cruciales para explicar el acortamiento de las estancias hospitalarias y que tanto las barreras idiomáticas como las dificultades para comprender la psicopatología de las y los consultantes podrían explicarlo.

En Chile, Zampetti (2018) se propuso estudiar de manera exploratoria cuál era el rol que, desde la perspectiva de psicoterapeutas nacionales, tiene la interculturalidad en la salud mental. Realizó entrevistas semi-estructuradas a ocho psicoterapeutas que atendieran en el ámbito público y privado. Como conclusiones, planteó que en la experiencia migratoria hay tres agentes participativos esenciales: el gobierno nacional, la sociedad de acogida y las o los profesionales. Estos últimos pueden ocupar un rol de ayuda extensa para las personas migrantes no solo en relación estricta al encuentro clínico mantenido con ellas sino también en la conexión con redes de apoyo social y al explicar el funcionamiento de distintos procesos en el país.

En el mismo país, a partir de la experiencia en la atención en salud mental a población migrante, Becerra y Altimir (2013) alumbraron la existencia de ciertos fenómenos emergentes en la atención clínica a migrantes. Subrayan la importancia del *encuentro intersubjetivo de negociación intercultural*, el que evidencia las diferencias culturales presentes entre profesionales y consultantes, tornándose necesaria la negociación recíproca de diversos contenidos. A su vez, Carreno et al. (2020) analizaron en Chile las necesidades de atención en salud mental de personas refugiadas y solicitantes de asilo provenientes de otros países de Latinoamérica. Utilizaron un estudio cualitativo descriptivo e identificaron barreras de acceso a la salud mental y capacidades insuficientemente instaladas en los equipos de atención en salud mental que dan respuestas a las consecuencias factores de estrés postmigratorios.

En el último período, la cuestión de la salud mental de personas migrantes también se ha puesto en agenda de los organismos internacionales que financiaron la elaboración de producciones académicas en torno a la temática (CEPAL, 2019; OIM, 2020, 2021). Entre ellos, se destaca que en 2021 se hubiera llevado a cabo el “Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la

República Argentina” con el propósito de promover el acceso al derecho a la salud mental de dichas personas y de robustecer las capacidades de los actores involucrados.

Hasta hace algunos años, en la Argentina primaba el interés por indagar acerca de los aspectos demográficos, culturales y sociales de las migraciones por sobre el estudio de las problemáticas de salud de dichas poblaciones; por ello, fueron escasos los diagnósticos que pudieran precisar las diferencias en términos de salud, acceso y atención entre las personas migrantes y las nativas (Cerrutti en Jelin y Grimson, 2006). Sin embargo, la sanción de la Ley de Migraciones N° 25.871 y el enfoque de integración y derechos que la misma promovió, motivó la realización de investigaciones locales que exploraran el nexo entre migración y salud. Entre ellas, se destacan los trabajos de Abel y Caggiano (2006), Aizenberg et al. (2015), Baeza y Aizenberg (2021), Baeza et al. (2019, 2021), Cerrutti (2009, 2010), Goldberg (2008, 2009), Jelin y Grimson, (2006), Jelin (2007), Laub et al. (2006); Mombello (2006); UNICEF - UNLa (2010, 2013). Los mismos permitieron visibilizar las desigualdades en cuanto a la efectivización del derecho a la salud de las personas migrantes y la circulación de procesos de inferiorización, valoraciones racializadas, así como dificultades presentes tanto en la comunicación como en el vínculo interpersonal entre trabajadores y trabajadoras de los efectores de salud con personas usuarias provenientes de otros países.

Jelin (2007) abordó los encuentros establecidos entre el sistema de salud, sus profesionales y usuarios o usuarias migrantes de países limítrofes con el acento ubicado en las perspectivas de los equipos profesionales que allí se desempeñaban, identificando las dificultades en la accesibilidad y la presencia de estigmatización. Goldberg (2008) también analizó el vínculo entre el sistema de salud y la población migrante boliviana en CABA, a partir de los aportes de la antropología médica. En su investigación, consideró aquellos factores estructurales que afectan los procesos de salud/enfermedad/atención de estas personas, incluyendo los modos de vida/trabajo, las condiciones desiguales en el acceso a medicamentos y servicios sanitarios, el duelo migratorio y la situación de marginalidad por su condición de migrantes.

Finkelstein (2017) también ha abordado los modos en los cuales se han construido miradas estereotipadas desde quienes trabajan en el sector salud hacia las personas migrantes, concibiéndolas en tanto aprovechadoras de servicios, como personas portadoras de enfermedades –que incluso podrían constituir un peligro sanitario-, como personas en condición de vulnerabilidad y como usuarias que podrían plantear desafíos o dificultades para su abordaje.

Si bien la mayoría de las investigaciones locales han estado orientadas al abordaje del vínculo entre las personas migrantes y el sector salud sin enfocarse particularmente en la salud mental, se han encontrado algunos, aunque escasos, desarrollos más específicos en torno a ello.

Un equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la UBA ha estudiado, a partir de técnicas de psicodiagnóstico, los efectos de la migración en el aparato psíquico en distintas franjas etarias, identificando que en la niñez migrante la función más perjudicada sería la adaptación a la realidad, en la adolescencia el juicio de realidad y en la adultez la prueba de realidad. Posteriormente estudiaron el factor transgeneracional en las migraciones y buscaron explorar el efecto del proceso migratorio en la primera y segunda generación de descendientes de personas migradas en CABA y AMBA. A partir de sus indagaciones, concluyeron que existen huellas de duelos no elaborados en las generaciones siguientes, particularmente en la primera, estando alterado el potencial autodestructivo y el funcionamiento yoico (Passalacqua et al., 2013; Sambucetti et al., 2015; Vega et al., 2015).

Korman y Garay (2004) exploraron los conocimientos de residentes de psicología clínica y psiquiátrica de hospitales públicos de AMBA respecto de la categoría “síndromes dependientes de la cultura” o del DSM IV. Plantearon que aquella herramienta que permitiría considerar a la cultura como una variable en la atención de la salud sería subutilizada y que a pesar de que ofrece un panorama relativamente limitado para diagnosticar al otro cultural –no agota los taxa vernáculos de todos los países-, al menos incluye la variable cultural y acepta diversas perspectivas sobre qué experiencias podrían describirse como normales, despatologizando fenómenos culturales que antes eran concebidos como enfermedades mentales. Los autores sostienen que también los y las psicoterapeutas carecen de entrenamiento en el análisis cultural, el que resulta fundamental para arribar a un diagnóstico adecuado de las personas tratadas.

Complementariamente, desde un análisis de las políticas de salud mental en Argentina, Orzuza (2014) destacó la presencia de dificultades en la construcción de programas atravesados por la perspectiva intercultural. También indicó que pese a que la Ley Nacional 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, 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 atentan contra la disminución de la inequidad en el derecho a la salud.

Lago (2016) desarrolló una investigación en la que analizó las problemáticas compartidas por personas migrantes regionales y aquellas nativas afectadas por trastornos psíquicos severos participantes de un programa de rehabilitación psicosocial emplazado en CABA. Como conclusiones, destacó la imposibilidad de analizar el impacto de la migración en la salud mental sin previamente considerar las diferencias existentes entre la accesibilidad a los servicios de salud en el país de origen y en el receptor. Además, reforzó la importancia de pensar a la salud mental como un proceso vinculado con el proceso de atención, siendo que algunas personas entrevistadas han referido que los cambios en su salud han estado determinados por una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

Aguirre (2019) abordó la variedad de estrategias de autoatención del sufrimiento mental en mujeres migrantes en la provincia de Santa Fe, proponiendo que las mismas se constituirían en el primer nivel de atención real. El autor refirió que algunas de ellas radicarían en combinación entre silencio y aceptación de la violencia, aislamientos, reacciones violentas como modo de enfrentar la agresión recibida, modalidades de realización personal, participación en actividades sociales e, incluso, la enfermedad y los intentos de suicidio.

Quercetti (2020, 2021) orientó su aproximación a la salud mental de personas refugiadas en el país a partir del análisis de un dispositivo de cuidado para personas refugiadas sirias y de la situación que atravesaron dichos grupos poblacionales en tiempos de Covid-19.

Área de vacancia

Tal como fue explicitado, se han hallado artículos empíricos y teóricos en torno a:

a. Infancias en contextos de migración internacional.

Pese a ello, se destacaría la invisibilización de la perspectiva de NNyA migrantes regionales en Argentina, habiendo predominado un mayor foco en el estudio de adultos varones migrantes o de la migración comprendida como estrategia familiar (Maggi, 2022). Además, primaría un déficit en el conocimiento de la situación de NNyA en el país (Cerrutti y Binstock, 2012), lo que podría vincularse con las dificultades emergidas en la producción de datos desglosados.

Más allá del creciente interés que ha cobrado la temática de las infancias en contextos migratorios, aún resultan escasas las investigaciones orientadas al estudio de su interface con la salud mental.

b. Salud mental y migraciones internacionales.

Hay una literatura profusa acerca de la articulación migración/salud, pero un menor y más reciente desarrollo en lo específicamente vinculado a la migración/salud mental. Esto último también fue destacado por otros trabajos (Ibáñez Allera et al., 2018), lo que daría cuenta de que hay algunos cruces temáticos que han sido más explorados en las producciones académicas que otros.

La tendencia al abordaje de los fenómenos migratorios en sus aspectos macro y meso sociales –acompañado por el soslayamiento de aquellas dimensiones microsociales– (Jensen, 2008) conduce a una escasa prioridad de los estudios sobre salud mental de quienes se desplazan territorialmente. Asimismo, son aún más exiguos aquellos trabajos que logran incorporar las tres interfaces (infancias, migración y salud mental), tal como es señalado por Brown y Hernández (2014) y Chow, Jaffe y Snowden (2003). La escasa investigación y publicación de esta temática cada vez más presente en la realidad, deja desprovista a la psicología de referencias para el abordaje de estas cuestiones (Brown y Hernández, 2014).

Complementariamente, considerando la geografía de producción de conocimientos y la importancia de que los mismos sean situados, autores y autoras –como Cerrutti (2007) y Goldberg (2008)– señalan que existe un déficit respecto a la realización de investigaciones que profundicen sobre la temática de salud y migraciones en Argentina. Además, tampoco se han hallado estudios que aborden la articulación entre niñez, migración y salud mental en CABA tomando en consideración las perspectivas no solamente de los equipos profesionales intervinientes sino también de las familias consultantes y curadores o curadoras tradicionales.

Por lo tanto, este estudio recoge la necesidad de generar información específica respecto de las necesidades de dicha población y de los desafíos que aún se presentan como pendientes para el acceso al derecho a la salud /salud mental.

Fundamentos teóricos

Este capítulo está compuesto por dos secciones que organizan el desarrollo de los fundamentos teóricos que enmarcan esta investigación: cada una representa los ejes principales que se articulan en la tesis (migraciones y salud mental), siendo que la noción de infancias es trabajada de manera transversal en ambos².

1. Migraciones

Este eje está constituido, a su vez, por sub-ejes que plasman distintas aristas contempladas para el abordaje conceptual de las temáticas a desplegar. Los mismos son: migración como práctica de cruce; participación de las infancias en las migraciones y “generaciones de migrantes”: ¿pertenencias impertinentes?: problematización de las migraciones como problema; políticas y legislaciones de los procesos migratorios internacionales en Argentina.

a. Migración como práctica de cruce

*“Ni ciudadano ni extranjero,
ni totalmente del lado de lo Mismo,
ni totalmente del lado de lo Otro,
el ‘inmigrante’ se sitúa en ese lugar ‘bastardo’
del que Platón también habla,
en la frontera entre el ser y no ser social”.*
Pierre Bourdieu, 1998: 11

² Algunos fragmentos de este capítulo han sido inicialmente desarrollado para la Tesis de Maestría de la doctoranda pero, para la presente investigación, se re trabajan y profundizan incorporando informaciones actualizadas y nuevas conceptualizaciones.

Preciado (2019) plantea a la migración y al cambio de sexo como prácticas de cruce, capaces de colocar al cuerpo no solamente en las fronteras de la ciudadanía sino también de aquello que se considera, o no, como humano.

Mediante aquellos viajes que implican desplazamientos geográficos, lingüísticos o en la propia carne, se producen cambios que transforman no solo a quienes los efectúan sino también a la comunidad circundante; así, los cruces habilitan nuevos dibujos de mapas sociales, con modos de producción y reproducción novedosos.

(In)definiciones que definen

La *migración* ha estado presente durante la historia de la humanidad en tanto desplazamiento territorial de personas y grupos, en el que se produce un cambio en la sociedad en la que se vive (Jelin, 2006). Sin embargo, los procesos migratorios han aumentado exponencialmente a escala planetaria. El proceso de globalización y las migraciones resultan indisociables; ante la fase expansiva del capitalismo moderno, la rotación de mano de obra barata es esencial, movilizándose dependiendo de las asimetrías entre regiones. Asimismo, recién en las últimas dos décadas han devenido en una cuestión principal dentro de la agenda mundial y en un objeto privilegiado para el estudio de diferentes disciplinas, desarrollándose múltiples producciones en torno a la misma (Gavazzo, 2012).

En el contexto de un sistema mundial organizado en unidades estatales cuyos criterios de inclusión y exclusión están montados sobre las fronteras geográficas (Jelin, 2006), la migración puede entenderse como *“un movimiento que atraviesa una frontera significativa que es definida y mantenida por cierto régimen político (...) de tal manera que cruzarla afecta la identidad del individuo”* (Kearney y Bernadete, 2002: 4).

La migración sería una de las formas posibles de movimiento de personas, siendo la noción de “movilidad humana” un término genérico más amplio que implica el cruce de fronteras internacionales, pero podría incluir, por ejemplo, a turistas (OIM, 2019).

Si bien no hay definiciones unívocas para el término *migrante* y, de hecho, no se encuentra bien definido en el derecho internacional como una categoría jurídica, usualmente se lo emplea como un vocablo genérico para denominar a aquellas personas que se trasladan fuera del espacio donde residen habitualmente. Las migraciones pueden ser internas o a través del cruce de fronteras internacionales, pueden realizarse por distintos motivos y pueden ser temporales o permanentes. También pueden ser regulares –en las que el movimiento entre los distintos países ha respetado las legislaciones que imperan en el país de origen, el viaje por los países de tránsito y el ingreso al lugar de destino– o irregulares –en las que dicho movimiento se produce al margen de los procedimientos planteados por alguno/s de los gobiernos implicados– (OIM, 2019).

En esa misma línea, las Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales de Naciones Unidas (1998) y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas definen como *migrantes internacionales* a aquellos que cambiaron su país de residencia habitual –donde se ubica la vivienda en la que se pasan los períodos diarios de descanso–, excluyendo los viajes temporales con fines de vacaciones, negocios, ocio, tratamiento médico o peregrinación religiosa. También diferencian entre migrantes de largo y corto plazo: mientras los primeros se trasladan a un país distinto de aquél en el que residían habitualmente por un período de, al menos, doce meses –por lo que el lugar de destino se transforma en el espacio de residencia habitual–, los segundos lo hacen por un período no superior a un año. Asimismo, la Relatora Especial de Naciones Unidas para los Migrantes enunció en el Informe de 2005 (E/CN.4/2005/85) que el término “migrantes” se refiere tanto a emigrantes como inmigrantes y se trata de personas que abandonan su Estado para instalarse en otro. Mediante esta definición de “migrantes”, solamente se haría referencia a los internacionales y se excluiría a los internos (estos últimos serían quienes se establecen en una nueva residencia, temporal o permanente, dentro del mismo país) (OIM, 2015).

Aludiendo a una de las varias formas de movilidad territorial humana, las migraciones internacionales se constituyen en los movimientos espaciales de personas que atraviesan límites geográficos –productos de divisiones políticas y administrativas–, modificando la residencia desde un lugar de origen hacia un nuevo lugar de destino. Domenach y Picouet (1996) consideran que el desplazamiento se trata de una verdadera migración cuando disminuye la probabilidad del retorno y cambia la implantación de la residencia.

Según Drachman (1992) el proceso migratorio internacional podría dividirse en tres etapas diferenciadas: la pre-migración desde el país de origen, el tránsito o la trayectoria y el asentamiento o la integración en la sociedad de destino. A aquellas tres fases podría agregarse una más, que aludiría a un posible retorno al lugar de origen y que reiniciaría la migración en un sentido inverso (Durand, 2004).

La noción de *migración* insinúa, entonces, la dualidad propia de un doble movimiento: no se reduce meramente a la inmigración –mirada que enfatizaría la presencia de un *no nacional* presente en el orden nacional– ni a la emigración –referida a la ausencia fuera del orden nacional de los *nacionales*– (Sayad, 2008). Al apelar a aquella categoría, se intenta evitar una mirada parcial y considerar que “*inmigración aquí y emigración allá son las dos caras indisociables de una misma realidad, que no pueden explicarse la una sin la otra*” (Sayad, 2010: 19). A su vez, la noción de migración también involucraría una doble ausencia (tanto respecto de quien se fue de su lugar de origen como quien arribó al lugar de destino, pero no es considerado como ciudadano); esto implicaría una frontera entre el ser y no ser social. Al ingresar a un nuevo territorio, la persona no solo entra en un nuevo escenario con su propio sistema de valores, costumbres, reglas, sino que ella misma es atravesada por nuevas clasificaciones: deja de ser ciudadana para devenir en no-nacional. Esto revela la significación política de las migraciones: a su vez, el término

migrante designaría una condición social que trasciende un estatus estrictamente jurídico político susceptible de cambiar (Sayad, 2008).

Del mismo modo, Chambers (1994) plantea que en dicho proceso los lugares de partida y de llegada no son inmutables ni seguros, lo que exige vivir en historias, lenguas e identidades sometidas a mutaciones constantes. Plantea que vivir en otro lugar implica la inmersión en una conversación donde distintas identidades se intercambian, pero no se desvanecen,

La persona migrante (emigrante e inmigrante) deja su lugar de origen y se traslada a uno nuevo, aunque su búsqueda y encuentro permanecen siempre en estado presente. Así, la migración implica una dimensión de continuidad –y no solo de ruptura– en la que la falta de prefijo (*e/in* migración) pone en suspenso los puntos de referencia dentro del planisferio y del propio lugar de enunciación (Dean, 2008).

Principalmente, predomina la diversidad existente en las experiencias migratorias, que contribuyen en que cada una de ellas se inscriba diferencialmente en la historia de cada quien y su familia. Dicha diversidad está dada por los distintos motivos que dan a luz a dicho movimiento, las distintas modalidades en las que se desarrolla, las condiciones en las que se lo hace, la participación o no en la decisión de migrar, los vínculos disímiles con el tiempo de la misma y con las constituciones e historias previas de cada persona (Grinberg y Grinberg, 1984).

A pesar de las definiciones antes esbozadas, es menester reconocer la inexistencia de una definición unívoca de los términos arriba explicitados. Los modos de construir significados acerca de los procesos migratorios se corresponden con disputas libradas en diferentes contextos por la hegemonía de ciertas interpretaciones sobre otras.

Movilidad humana como megatendencia y efectos de la migración en la organización del cuidado

Tal como lo refiere OIM (2022), la cantidad de personas migrantes internacionales ha crecido en los últimos 50 años y su proporción en la población mundial también aumentó, aunque ligeramente. En 2020 el 3,6% de la población mundial estaba compuesta por migrantes internacionales, lo que alcanzaba a 281 millones de personas. De ellas, el 14,6% se trataba de niños y niñas, lo que implicaría al 1,6% de todas las infancias del mundo.

A su vez, el número de personas refugiadas es de 26,4 millones –de las cuales el 38% se trata de menores de 18 años– y de desplazadas internas de 55 millones, superando ampliamente lo consignado por estimaciones realizadas por la OIM en el año 2000. También hay 4,1 millón de personas en condición de solicitantes de asilo.

Con el advenimiento de la epidemia por Covid-19, el cierre de fronteras y restricciones en los viajes hubo una importante repercusión en la reducción de la movilidad en el mundo, lo que se provocó una

disminución en las cifras de dimensionan la presencia de dicha población. Paralelamente, las vulnerabilidades de las situaciones que ya atravesaban pre-pandemia se vieron en aumento. Pese a ello, episodios de desplazamiento y otros movimientos migratorios continuaron produciéndose, en algunos casos como efectos de desastres naturales, situaciones de inestabilidad política o económica y otros conflictos. A finales del año 2020, se calculaba que había 48 millones de personas desplazadas internamente.

Puede pensarse que las subregiones americanas se constituyen en corredores migratorios que se caracterizan por su intensidad y complejidad al incluir flujos migratorios intrarregionales (sur-sur, sur-norte, norte-norte o norte-sur) y los extrarregionales. Además, los movimientos territoriales en el continente están conformados por grupos en distintas etapas del ciclo migratorio (pre-partida, tránsito, en destino o en retorno) lo que se constituye en un reto para que los gobiernos puedan atender a las necesidades específicas de cada una de ellas (Carpio, 2019). En América Latina y el Caribe, mientras 11 millones de migrantes provienen de países de la propia región, 3 millones proceden de otras regiones: 1,4 son originarias de Europa –número que va disminuyendo con el tiempo-, y 1,3 de América del Norte. Si bien la migración hacia América del norte sigue siendo una tendencia, la migración intrarregional en América del Sur ha ido en aumento llegando hasta casi el 80% de las personas migrantes que allí residen. Esto puede vincularse con múltiples factores, como el endurecimiento de políticas migratorias en países del extranjero, el descenso de la inmigración europea y las políticas migratorias regionales. Argentina se constituyó, en el año 2020, en el país de la región que contaba con mayor población de personas que hubieran nacido en el extranjero, siendo seguido por Colombia y luego Chile (OIM, 2022).

La centralidad de los fenómenos migratorios en la región también impulsaron a debates en torno a si los mismos necesariamente conducen a proceso de quiebre o desestructuración familiar o si, en realidad, se estaría conformado otro tipo de familias –las transnacionales – que mantendrían lazos materiales y afectivos entre sus miembros, así como mecanismos de toma de decisiones conjuntas sobre el futuro de las familias (Bryceson y Vuorela, 2002; Herrera y Carrillo, 2009, Herrera, 2012: 42). Esto implicaría, además, transformaciones en los cuidados, entendiendo a los mismos como aquellas prácticas necesarias para la supervivencia de las personas –que incluyen tanto al autocuidado como al cuidado directo de otras personas la gestión del cuidado y la provisión de aquellas precondiciones en las que el mismo se realiza (Rodríguez Enríquez, 2015) –.

El concepto de “cuidados” permite la representación del trabajo de reproducción y señala la imbricación de aquellas partes afectivas, relacionales, emocionales que coexisten con las materiales y económicas (Batthyány, 2021). Dado que los mismos devienen una dimensión nuclear del bienestar social, existe una gran heterogeneidad en el universo de su provisión: en algunos casos están basados en los lazos familiares o

en los comunitarios, puede mercantilizarse (y así, adquirirse) y también pueden ser provistos por el sector público. En la distribución del cuidado se conjugan actores sociales e instituciones diversas que buscan proporcionar bienestar, desarrollo y protección, aunque históricamente dicha carga ha sido familiarizada y ha recaído en las mujeres, u otras identidades feminizadas, de las familias. De esa manera, el derecho al cuidado – entendido en la dimensión que implicaría la posibilidad de elegir, o no, de cuidar de manera no remunerada en el seno familiar (Pautassi, 2010) – no siempre estaría garantizado.

Como desarrolla Borrego (2023), las familias transnacionales desarrollarían un *habitus transnacional* que colaboraría en la capacidad de aprovechar recursos simbólicos y materiales disponibles, pudiendo operar una máxima flexibilización en la posibilidad de conciliar la vida familiar con la laboral. A su vez, tendrían tres rasgos en común: a) la separación en la dimensión espacial entre sus integrantes, pero, pese a la lejanía, mantendrían un sentimiento de unidad y fuertes vínculos afectivos; b) la dispersión entre dos polos geográficos (o más) determinaría las actividades realizadas para la reproducción familiar, como la crianza y obtención del sustento. En algunas situaciones podría haber una dispersión espacial –como el envío de remesas de un país en el que se trabaja a otro en el que se consumirá– y, en otras, temporal –como cuando las tareas de cuidado de personas dependientes se distribuye en un ciclo de tiempo–; c) es más difusa la frontera entre el núcleo familiar y la red de parentesco en relación a otras familias con una estructura territorial, temporal y personal más claras (García Borrego, 2023). Pese a ello, cuando la distancia entre los países es demasiado extensa y dificulta la frecuencia de encuentros entre los polos, los lazos pueden debilitarse.

b. Participación de las infancias en las migraciones y “generaciones de migrantes”: ¿pertenencias impertinentes?

*“El otro es anterior a todo reconocimiento.
El otro ya es, antes de mí (...)
No, no es ‘descubrir al otro’.
No se juega a las escondidas así no más.
No es ‘nombrar al otro’.
Es ser llamado por él”
Carlos Skliar, 2017: 165*

Distintas formas de participación de las infancias en contextos migratorios

Así como desde los inicios de la humanidad existieron los niños y las niñas, pero no siempre se los consideró de manera separada de las personas adultas, algo similar aconteció dentro del campo de los fenómenos migratorios: recién en los principios del nuevo milenio, se comenzó a visibilizar a la niñez migrante como un grupo merecedor de particular atención, dejando de ocupar un espacio marginal respecto

de otros actores (Martínez, 2014). La hegemonía adultocéntrica había permeado a los estudios migratorios, aunque aquello comenzó a transformarse en los últimos tiempos lo que habilitó a que las infancias en / de la migración entraran en escena.

Anteriormente habían primado dos modos de adultocentrismo que colaboraban con que las infancias continuaran en situación de estar “empacadas”: por un lado, la consideración de niños y niñas como objetos de migrantes adultos, a los que se llevaba y traía tal como si se trataran de pertenencias de viaje; la segunda, contemplaba a las infancias como desprovistas de agencia y como víctimas que requerían de la protección de personas adultas o de tutela estatal (Zúñiga González, 2017).

De ese modo, la matriz adultocéntrica había colaborado en la omisión de las experiencias migratorias vivenciadas por niñas y niños, dada su edad –que denotaría como seres incompletos e inmaduros– y su dependencia económica –que los ubica en un estatus inferior en la sociedad capitalista–. Así, resultaron usualmente excluidos de la toma de decisiones respecto de la migración y se tendió a prescindir de su punto de vista, objetalizándose (Pavez Soto, 2011). En tensión con dicha tendencia, comenzó a instalarse una mirada que se propuso alumbrar a la niñez migrante en tanto actora de los fenómenos de movilidad y ya no como mera espectadora pasiva de los movimientos de su familia y de las políticas de Estado (Gaitán et al., 2008).

Asimismo, diversos documentos comenzaron a dar cuenta de la importancia numérica cada vez mayor de niños y niñas migrantes a nivel global y regional, aumentando sus valores absolutos con constancia (Cerrutti y Binstock, 2012; OIM, 2020; UNLa y UNICEF, 2010; UNFPA, 2006). Se calcula que hay 3,9 millones de NNyA migrantes en América Latina y el Caribe (UNICEF, 2020). En relación a las niñas y adolescentes, las mismas constituyen el 20% del flujo de la movilidad humana femenina en la región (PNUD, 2020 en HIAS – UNICEF, 2023). Dichas cifras crecerían si se tomara en consideración los diversos modos en los que pueden participar en contextos de migración y verse afectadas o afectados por ella. Existe una diversidad de autores y autoras (Ceriani Cernadas, García y Gómez Salas, 2014; Cerrutti y Binstock, 2012; UNICEF, 2011) que visibilizan la existencia de modos diferentes de participación de NNyA en las migraciones:

- NNyA que se desplazan a través de fronteras internacionales junto a su madre, padre o quien tuviera su tutoría legal. A pesar de desplazarse junto con personas adultas que pueden ofrecer cuidados, abandonan los vínculos significativos en su país de origen y afrontan el desafío de iniciar una nueva vida en un contexto que, a veces, aporta su propia resistencia a quienes recién arriban. Se enfrentan a dificultades asociadas a la posibilidad de inserción laboral de las personas adultas cuidadoras, el acceso a vivienda y las políticas públicas que permitan su acceso a servicios (como salud y educación). En relación a su inserción educativa, pueden surgir rupturas de sus itinerarios escolares y complicaciones para comprender la lengua del país de destino.

Además, en los países de destino se suele recibir con una gran ambivalencia a la población recién llegada, sobre la cual impacta una *proyección social negativa* que condiciona sus experiencias vitales (Suárez Orozco y Suárez Orozco, 2003).

- NNyA no acompañados o migrantes autónomos. Emprenden una migración sin su madre, padres o familiar, quedando sin el cuidado de personas adultas. Pueden haberse trasladado mediante engaños, amenazas, estando más vulnerables a la violencia, explotación, reclutamiento en fuerzas armadas, trabajo infantil y privación de la libertad. En otros casos, se han desplazado voluntariamente con el apoyo de sus familias de origen, aunque esto no les brinda necesariamente una protección en el país de destino. Según UNICEF (2011), pueden agruparse en tres los motivos para migrar: autoprotección, generar ingresos para el consumo y acumular activos/capital humano para mejorar las posibilidades de su futuro.

- NNyA que han nacido en el país de destino de su madre / padre o durante el desplazamiento. Dependiendo del criterio de *ius sanguinis* o *ius soli* del país receptor, se les otorgará la nacionalidad de dicho lugar o tendrán la nacionalidad de sus familias de origen, pudiendo existir obstáculos en el registro de su nacimiento.

Dada la condición migrante de sus progenitores, pueden ser víctimas de discriminación y dificultarse su acceso a servicios básicos, como educación, salud y protección social.

- NNyA cuyos familiares directos trasladaron su residencia a otro país y ellos o ellas permanecen viviendo en su lugar de origen. A pesar de no haberse desplazado territorialmente, se distanciaron de sus padres o madres y quedan al cuidado de otras personas, lo que conlleva un alto costo psíquico vinculado con sentimientos de incertidumbre, confusión, ambivalencia y pérdida. En ocasiones, mantienen vínculos (tanto materiales, como el envío de remesas, e inmateriales) con sus progenitores o progenitoras a la distancia, aunque los mismos no suelen compensar la posible percepción de su migración en tanto abandono. Además, en ocasiones corren riesgo de no recibir adecuados cuidados en salud, alimentación y protección por los nuevos cuidadores o cuidadoras.

- NNyA que nacieron en el país de destino de sus padres / madres o que migraron desde su país de origen a aquel país en el que residen sus progenitores y que regresan a su país de origen o el de sus padres / madres, ya sea de manera voluntaria o como un procedimiento de repatriación o deportación.

Además de verse afectadas por diversos modos por las migraciones, las infancias también pueden migrar por una multiplicidad de motivos que se superponen y modifican entre sí: para escapar de conflictos armados, violencias o persecuciones, para evitar desastres naturales, por pobreza e inequidades, para perseguir la aspiración a una mejor calidad de vida, para reunificarse con su familia. Sin embargo, en algunos casos la migración infantil internacional puede devenir insegura e irregular, lo que implica serios peligros para la vida, vulneración de derechos, exposición a violencia sexual y/ o física (OIM, 2020). La

misma puede desarrollarse tanto en condiciones regulares como irregulares, de manera autónoma, con “guías” –o coyotes–, con sus familias nucleares o alguna persona cuidadora conocida, en grandes grupos o, incluso, en redes de tráfico (Álvarez Velasco y Glockner Fagetti, 2018).

La vulnerabilidad de dicha población se asociaría no solamente con la pobreza y la desprotección, sino también con la invisibilidad de datos, las deficitarias respuestas institucionales y en la agenda pública y por los efectos de la ecuación “*migrante + indocumentado + edad + sexo (...) (Cruz, 2005)*” (Acuña González, 2010: 29). Desde esa perspectiva, NNyA se encontrarían en una situación de doble vulnerabilidad, no solo por su condición de niños y niñas sino también por su condición de migrantes. En ese sentido, si ya las personas migrantes son consideradas como un grupo en situación de vulnerabilidad (tanto por situaciones de jure como de facto –las primeras aluden a las desigualdades en las leyes entre personas extranjeras y las nacionales, las segundas refieren a aquellas desigualdades estructurales– (Ahualli, 2021), NNyA ven ampliada su condición de vulnerabilidad por su edad (IPPDH, OIM, 2016). Ante dicha situación de especial vulnerabilidad, requieren una protección integral mediante numerosos instrumentos y avances normativos a nivel internacional, interamericano, en espacios subregionales y a nivel nacional.

La noción de vulnerabilidad, especialmente acuñada por organismos internacionales asociados a la gestión de la cuestión migratoria, se encuentra debatida en tanto categoría analítica y política. Entre alguna de sus críticas, se señala que se la emplea como condición de determinados grupos (como infancias, juventudes y mujeres) y no como una categoría relacional que tendiera a asegurar una mayor protección frente a situaciones que afectan desigualmente a colectivos diversos (Mallimaci y Pedone, 2023). También Clavijo (2018), Dias (2014), Fonseca y Carcarello (2000) plantean sus perspectivas en torno a los usos de dicho concepto y a los efectos de aquél lenguaje que estratifica y emplea estrategias de control migratorio diferenciado.

Generaciones de migrantes y la “condición fronteriza”

Dentro del campo de estudios migratorios en América Latina, las discusiones enfocadas al cruce entre la condición migratoria y los grupos generacionales han sido más recientes, trascendiendo aquellos abordajes desarrollados previamente que tendían a conceptualizar las relaciones entre la condición migrante y la nacionalidad, la clase o la raza/etnia. Así como la perspectiva de género había descentrado la atención de los adultos varones y había echado luz sobre las implicaciones diferenciadas para cada integrante de la familia, la mirada generacional en contextos migratorios ha complejizado el estudio de los procesos de movilidad humana (Maggi, 2019).

A su vez, la noción de familias transnacionales –planteada desde una perspectiva de género– permitió identificar la migración como una práctica social que involucra múltiples actores que no eran considerados en las reflexiones convencionales; así, dio lugar a vislumbrar las experiencias diversas que pueden atravesar

sus integrantes, entre los cuales se encuentran los hijos y las hijas de migrantes. Además, dicha perspectiva planteó a la familia como un locus de soporte –tanto social como emocional– que opera también como un campo de conflicto atravesado por jerarquías y desigualdades de género y generacionales (Herrera, 2012). Si bien diversos teóricos y teóricas constituyeron antecedentes insoslayables en el estudio en clave generacional –a nivel internacional, Levitt (2010), Mannheim y de la Yncera (1993), Portes y Rumbaut (2011), Sayad (2010) y Zúñiga (2018); a nivel local, Diez (2019), Gavazzo (2019), Neufeld y Thisted (1999), Novaro (2019), Novaro y Diez (2021) y Pedone (2010)–, a continuación se reponen principalmente las descripciones de las diferentes generaciones de migrantes (Faixa, 2008; Zúñiga, 2018) y los aportes críticos de García Borrego (2003).

Desde un enfoque intergeneracional que aborda el vínculo entre los procesos migratorios y las juventudes, los modos de participación son conceptualizados en términos de distintos tipos de generaciones: la 1.25 (referida a quienes llegan al país de destino durante su adolescencia, realizando su socialización secundaria allí), la 1.5 (quienes nacieron en la sociedad de origen pero se socializaron en la de acogida); la 1.75 (llegaron al país de destino durante su infancia, luego de la socialización primaria), la segunda generación (nacieron en el lugar de destino de su madre o padre) y la tercera (nietas o nietos de migrantes). Las infancias o juventudes de edad escasa pero que llegaron en función de un proyecto propio serían consideradas como migrantes de primera generación (Faixa, 2008). Incluso se desarrolló la noción de generación 0.5 para aludir a aquella infancia migrante que, nacida y criada en Estados Unidos, migra hacia el país de origen de su familia (México), siendo migrante en el sentido estricto de la palabra y, a la vez, también percibiéndose como ligados a dicho país de destino (Zúñiga, 2018)

Por su parte, García Borrego (2003) propone a la expresión “segunda generación” de inmigrantes como un síntoma que permite alumbrar los modos en los que la sociedad española representa a los hijos y las hijas de quienes han llevado a cabo un desplazamiento territorial a través de las fronteras nacionales. Mediante dicha clasificación, las personas extranjeras y sus descendientes se equiparan e incluyen en un mismo colectivo que se opondría taxativamente a la figura de la autoctonía. Pese a que en la actualidad la filiación ya no suele determinar destinos o resonancias identitarias con la misma intensidad que en el pasado, a las y los descendientes de inmigrantes pareciera plantearseles otro escenario en el que su identidad sigue marcada fuertemente por su origen filiatorio. Esta tendencia de identificar a un grupo a partir de su filiación estaría asociada a una biologización, ya que habría una transmisión intergeneracional de la condición de migrantes, así como de sus rasgos sociales (un novedoso racismo culturalista) y naturales (un antiguo racismo de índole biologicista). Asimismo, el autor plantea que la alteridad étnica se proyecta sobre la descendencia de los y las inmigrantes con mayor fuerza que en su progenitura, dada su “condición fronteriza” y a medio

camino entre la extranjería y ser nativos: si bien no son inmigrantes que provienen de afuera, tampoco son autóctonos (pese a que puedan serlo legalmente). Entonces, si bien las y los inmigrantes de primera generación podrían percibirse como un riesgo para la cohesión social, no cuestionan visceralmente la diferenciación entre las personas extranjeras y nativas, por lo que no suponen verdaderas amenazas ya que su residencia podría ser reversible. En cambio, la presencia de sus hijos e hijas encarnaría un verdadero problema y una anomalía en la óptica del etnicismo político. Según Sayad (1994), ellos y ellas serían un subproducto endógeno de la inmigración. También refería que en Francia se destacaban las investigaciones sobre la segunda generación y no tanto sobre la primera, ya que esta última estaba sometida a la presión de sentirse invitada en un país ajeno y por la amenaza de la repatriación, pero, en cambio, su descendencia sí implicaba la necesidad de una mayor atención porque representan la amenaza de “*elementos extraños al cuerpo social (pero internos a él)*” (García Borrego, 2003: 37).

A su vez, García Borrego (2003) propone dos explicaciones ante la consideración de que hijos e hijas de migrantes fueran un objeto preferencial de la biopolítica: por un lado, dada su condición fronteriza en el Estado-nación; por el otro, por el hecho de que esa edad fuera percibida como el futuro de la sociedad, deviniendo como caja de resonancia de fantasmas, temores y expectativas de la sociedad sobre su futuro (si hoy son infancias cuyo porvenir debe definirse, en el futuro devendrán adolescencias, juventudes, personas adultas y luego ancianas).

Para finalizar, Grimson (1999) introdujo que, en la Argentina, la categoría de persona *boliviana* se había utilizado tanto para quienes nacieron en el país vecino como para su descendencia. Planteaba que aquella población era legalmente argentina pero socialmente boliviana y que resultaba interpelada en función de las identificaciones estigmatizadas de sus madres o padres. También Gavazzo (2014) planteó que la naturalización de la herencia cultural de una generación a otra y la biologización de la relación entre progenitores y su descendencia dificulta que, en la sociedad de acogida argentina, se considere como “culturalmente nativos o “puramente autóctonos” a hijos e hijas o nietos y nietas de personas migrantes. Las denominaciones que equiparan las diferentes generaciones de migrantes implicarían un proceso de marcación étnica. Asimismo, esto no solamente podría tener efectos en la conformación identitaria de esas infancias sino también en la efectivización de sus derechos, los que muchas veces son obstaculizados por prácticas de discriminación.

El doble déficit: falta de perspectiva de migración en las políticas de niñez y falta de perspectiva de niñez en las políticas migratorias

“(…) existe una situación de invisibilidad por la negativa, por aquello que no ha llegado a constituirse como problema para la sociedad. Esto plantea en un primer momento la necesidad de analizar

qué es lo que hace que una cuestión y no otra se constituya como problema para la sociedad”
Barbena, 1999 en Alfredo Juan Manuel Carballada, 2013: 86.

Junto con el *descubrimiento* de las infancias en contexto de la migración, estudios regionales comenzaron a vislumbrar que también a nivel normativo había imperado una invisibilización de dicho grupo al no considerar sus circunstancias específicas y carecer de un enfoque que pudiera atenderlas. Así, el manto de sombra que había recaído sobre las infancias migrantes también se plasmó en las leyes, políticas públicas y prácticas que regulaban los diversos aspectos de la migración de aquél segmento.

Más allá de las importantes modificaciones en materia legislativa en Argentina, se había generado un doble déficit: una falta de perspectiva de migración en las políticas de niñez y una falta de perspectiva de niñez en las políticas migratorias (UNICEF 2012; UNLa-UNICEF, 2013). Dichas omisiones generaron una primacía de los objetivos perseguidos por las políticas migratorias sobre aquellos propios de la protección a las infancias, una limitada inclusión de sus necesidades dentro de las políticas del campo de la niñez, la falta de información respecto del impacto de la migración de NNYA y una escasa aplicación de estándares sobre los derechos de aquél grupo en la legislación y política migratoria. Asimismo, dicha doble ausencia fue señalada como un rasgo no privativo de la Argentina sino también compartido con otros países de la región. A pesar de ello, América Latina y el Caribe es considerada como una región que, encontrándose en un proceso de transición, tiende a incorporar un enfoque de derechos humanos en las políticas migratorias, abandonado – aunque parcialmente en ciertos casos– a la visión securitaria como lo central dentro de dichas políticas (Ceriani Cernadas, et al., 2014).

Si la política estatal no se trata de una respuesta aislada sino del conjunto de iniciativas que se podrían inferir del Estado ante una cuestión que afecta a sectores significativos de la población (Oszlak y O'Donnell, 1981), puede pensarse que la invisibilización que había imperado en relación a las problemáticas de los NNYA migrantes podría vincularse con la postergación que han sufrido las infancias y adolescencias en el país, así como de la falta de políticas definidas en torno a dicha población. Otro factor que pudo haber demorado la entrada de aquél tema en la agenda puede vincularse con que la problemática de la migración de NNYA afectaría a individuos con cierto acceso restringido a la ciudadanía: por un lado, no tiene capacidad de autorrepresentarse políticamente en pos de la defensa de sus derechos –sino que lo hacen a través de los adultos y de lo que los mismos consideran como su “mejor interés” (Bustelo, 2007)–; por el otro, es necesario contemplar que se añade una dimensión extra a la cuestión etaria: se trata de sujetos con una ciudadanía de segunda (si es que acaso no son extranjeros) y, a partir de dicha condición, en muchos casos se les niega y bloquea su producción de sentido.

A pesar de que desde Latinoamérica hubiera un marcado reconocimiento de aquellos problemas que enfrentan las personas migrantes –tal como se expresa en las iniciativas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en la adhesión de 12 países a la Convención Internacional sobre la Protección de Todos

los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, así como en la labor realizada en relación a la migración por los foros intergubernamentales de consulta en los que se buscó identificar prioridades y diseñar procedimientos en la administración de dichos flujos–, la aplicación de los principios de la CDN no recibió particular atención en el caso de las infancias y adolescencias migrantes (Acuña González, 2010; UNICEF, 2012). Sin embargo, la situación de dicho grupo no solamente suele estar supeditada a su condición migratoria o nacionalidad a nivel normativo sino también en los programas y dispositivos previstos para la niñez, como si el paradigma de la CDN y el enfoque de protección integral de la infancia no hicieran referencia a ellos ni los alcanzara. En ese sentido, de ser contemplada la condición migratoria de un niño o niña, debería ser para revertir situaciones posibles de discriminación y no para justificar tratos desiguales (Ceriani Cernadas et al., 2014).

En el *Amicus Curiae* sobre Niñez Migrante en América Latina y el Caribe (2012) se propuso que el marco jurídico relacionado con la promoción y protección de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes debería ser priorizado por sobre las jurisdicciones en torno a los marcos regulatorios respecto de las situaciones migratorias, siguiendo con el principio del interés superior del niño –que debiera guiar transversalmente las normativas, programas, políticas y práctica– y el principio pro homine. A su vez, el principio de no discriminación de la CDN prohíbe discriminar en el reconocimiento y en el ejercicio de los derechos, por lo que la nacionalidad o condición migratoria no sería una razón para que se afectaran sus derechos. En ese sentido, al tratarse de una persona menor de 18 años debería reconocerse que se trata de un niño o una niña con derechos reconocidos por la CDN y las leyes que incorporan dicho tratado al régimen jurídico de cada país, siendo fundamental que sus derechos no resulten vulnerados por encontrarse en una situación de migración. Además, más allá de que la normativa migratoria sea examinada a la luz de un enfoque de protección integral de la infancia, resulta menester que las adecuaciones también alcancen a las normativas administrativas, puesto que muchos de los obstáculos que dificultan la efectivización de los derechos de las infancias y adolescencias migrantes (como de la población extranjera en general) depende de decretos administrativos de menor jerarquía y resoluciones.

Por último, a continuación se enumeran algunos de los instrumentos internacionales centrales en materia de protección de los derechos de la niñez en el contexto de la migración, los que establecen principios jurídicos que deben ser contemplados son:

- a. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1951)
- b. Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados (entrada en vigor en 1967)
- c. Convención sobre los Derechos del Niño (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989): principio de interés superior del niño, de no discriminación, derecho a la participación, derecho a la

vida, supervivencia y desarrollo; principio de unidad familiar; derecho a la protección contra la violencia; principio de no devolución; garantía del debido proceso.

d. Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 2000)

e. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1990). Al ampliar la noción de “trabajador migrante” a aquellas personas que aún no han dejado su país, pero se preparan para ello, sería dable interpretar que podría incorporar a NNyA cuyos madres y padres dejaron el país y que tendrían intenciones de reunirse en el futuro (IPPDH, OIM, 2016).

f. Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1994)

g. Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (entrada en vigor en 2003)

h. Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire (entrada en vigor en 2003).

También se destacan dos instrumentos adicionales: la observación General Nro. 6 (2005) sobre el Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen y la Opinión Consultiva 21/2014 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre los derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional.

c. Problematicación de las migraciones como *problema*

*“Autos, jets, aviones, barcos
se está yendo todo el mundo.
¿Ves cómo la Cruz del Sur
está cambiando de rumbo?”
Serú Girán, 1978*

Ficciones, mitos y estereotipos

A pesar de los intentos de instaurar un nuevo concepto de ciudadanía desterritorializada en la cual la legitimidad de sus principios se base en la persona en tanto humana más que en su pertenencia nacional (Soysal, 1994 en Jelin, 2006), las fronteras entre países aún marcan destinos y consideraciones respecto de sus derechos y obligaciones. La migración suele ser concebida en tanto un problema para la gobernabilidad, lo que conduce a que los Estados elaboren políticas para regular y controlar las vidas de dicha población.

La ciudadanía, como frontera entre la inclusión y exclusión de la vida pública, es una barrera que institucionaliza la exclusión de quienes han migrado. Tomando los aportes de Fernet-Betancourt (2013), la ciudadanía excluyente, en tanto mecanismo de control y selectividad de los migrantes, propondría su integración bajo las condiciones de que no hicieran peligrar el orden establecido (Gavazzo, s.f.).

Complementariamente, tal como lo desarrolla Bauman (2012), si bien suele aludirse a la “plenitud” del planeta, dicho enunciado no se desprende de un dato objetivo respecto del estado de la tierra, sino que alude –más bien– a una ficción. El proceso de modernización produjo *seres humanos residuales*, una masa de poblaciones superfluas compuestas por personas migrantes, refugiadas y otras parias no deseadas que resultaron víctimas colaterales del progreso económico. Anteriormente, los *residuos humanos* eran exportados a vertederos ubicados en las regiones “subdesarrolladas” que aún no habían sido alcanzadas por la modernización y su excedente de superpoblación. Según el autor, dichas zonas “premodernas” funcionaban como destino para absorber a los seres humanos supernumerarios, carentes de uso, innecesarios. Así, la desigualdad en el desarrollo de los países posibilitó que se encontraran soluciones *globales* a aquellos problemas de seres superfluos, producidos *localmente* en la parte moderna del planeta.

La era moderna se caracterizó por la exportación de problemas sociales domésticos hacia territorios considerados vacíos (o vaciables) sobre los cuales se produjo una colonización masiva. Sin embargo, con la propagación de la vida moderna compulsiva, todos los puntos del globo se vieron enfrentados a las consecuencias acarreadas por la misma. De ese modo, ya no se encontraban disponibles salidas globales para los excesos locales, sino que comenzó la búsqueda de las soluciones locales a problemas que se habían producido globalmente. Las sociedades contemporáneas sufrirían, entonces, una crisis de la industria de eliminación de residuos humanos en la que escasearía el instrumental y los vertederos para su reciclaje. De allí, cobraría importancia la vigilancia de los márgenes de la modernidad y la construcción de fronteras que separen lo valioso de lo excedente. Frente a la autoridad debilitada de los Estados contemporáneos y la inestabilidad de las posiciones sociales, las personas inmigrantes devinieron en una válvula de escape para la descarga de ansiedades. Migrantes, desplazados, solicitantes de asilo –residuos de la globalización– se constituyen en “extraños cercanos” que presentifican la amenaza y despiertan la angustia. En ese punto, el autor plantea que muchos gobiernos los asumirían en tanto figura ideal de un “otro desviado”.

La migración como problema social no debiera pensarse, entonces, en términos objetivos; al hacerlo, se comprueba su carácter no natural ni evidente. Existe un mercado de problemas sociales en el cual, dados los principios de selección de cada contexto, ciertos potenciales problemas finalizarán convirtiéndose en tales (Frigerio, 1997).

En lo que atañe al contexto argentino, es recurrente que los medios masivos de comunicación se refieran a la migración limítrofe como un “problema”, haciendo uso de tres tipos de formulaciones: 1) la migración

como problema en sí misma; 2) la migración como generadora de problemas; 3) las personas migrantes como víctimas de problemas. En dichas formulaciones, la atribución de responsabilidades respecto de los conflictos siempre recaería sobre dicha población (Caggiano, 2011). Esto implicaría su culpabilización y el surgimiento de un imperativo paradójico a que encontraran soluciones frente a contradicciones y problemas estructurales.

Sin embargo, estas representaciones negativas no son novedosas en la historia del país: ya desde el siglo XIX se asoció de un modo estigmatizante a la población migrante con la criminalidad, la predisposición mental patológica y la internación manicomial. Las personas extranjeras se constituyeron en el blanco de calificaciones ligadas a la inferioridad sociomoral, siendo personajes recurrentes dentro de la literatura de los naturalistas porteños y de la producción clínica psiquiátrica, así como objetos de represión policial e internación en hospicios (Vezzetti, 1983)³.

A pesar de la creencia extendida de que en los últimos años hubo un aumento significativo de personas procedentes de otros países que se asentaban en Argentina, los datos arrojados por los censos y encuestas lo desmienten, indicando que recién en el 2001 se alcanzaron valores comparables a los de la corriente migratoria europea hace 100 años y que actualmente representan el 5,1% (EPH, 2020) de la población total, mientras que en 1914 representaban al 29,9%. Asimismo, el aumento en la proporción de extranjeros o extranjeras provenientes de países limítrofes y del Perú no se explicaría por la explosión de sus arribos sino por el fallecimiento e interrupción de los flujos migratorios europeos (OIM, 2012).

Complementariamente, es interesante destacar que la lectura que cristaliza a la antigua migración ultramarina europea como paradigma del desarrollo y civilización contrasta fuertemente con la mirada estigmatizante que recae sobre la migración latinoamericana. Dichas percepciones hegemónicas no resultaron inocuas, sino que fueron acompañadas por una normativa acorde: la migración europea tuvo acceso a múltiples derechos mientras que la regional sufrió de la precarización de las condiciones de trabajo y residencia, así como de la obstaculización en el acceso a sus derechos (Pacceca y Courtis, 2008). En esa línea, aquél relato épico contiene un aspecto mudo, vinculado a la naturalización de los derechos otorgados por la Argentina a migrantes de Europa. Esto condujo a la sobrevaluación de su componente étnico racial y

³ A medida que la curva demográfica aumentaba por la llegada de nuevas oleadas migratorias al país a fines del siglo XIX, la población de personas internadas en hospicios también crecía correlativamente. De ese modo, los manicomios tenían un alto porcentaje de migrantes: dos terceras partes de los varones internados eran extranjeros y la mitad en el caso de las mujeres. La psiquiatría en la Argentina planteaba que la población inmigrante enloquecía con mayor facilidad. Se construyó un perfil de la patología inmigrante en la cual “el culto inmoderado del dinero” se imponía como una condición esencial: *“Por querer más dinero del que corresponde a su condición –la pobreza– el inmigrante encuentra en la alienación su justa sanción y pierde la razón, o sea, todo. Así surgen algunos clisés perdurables: para la masa nativa, la mala disposición para el trabajo; para los inmigrantes, el excesivo afán de lucro. Finalmente, miseria y locura se superponen y se explican recíproca y directamente, por el recurso a una psicología o a una etnología –igualmente ‘salvajes’– que reducen la fenomenología social conflictiva a los componentes mentales de las masas. Pero, ¿cuáles son esas causas morales que resultan las predominantes en la descripción genérica de la locura? El repertorio es de tal amplitud que prácticamente cualquier circunstancia acusada en la existencia puede ser considerada como tal”* (Vezzetti, 1983: 83).

la desestimación de los efectos inclusivos y legitimadores que el marco de derechos sostuvo para su integración social y económica (Pacceca, 2007). Es menester reconocer que la irregularidad migratoria que ha atravesado la población migrante limítrofe favoreció las prácticas microdespóticas que debió atravesar y la vulneración de sus derechos en el país de destino.

Grimson (1999) propone la multideterminación en la construcción de un relato xenófobo que comenzó a extenderse durante la década de los 90 y que planteaba la existencia de una invasión de migrantes limítrofes. Por un lado, destaca la búsqueda de un chivo expiatorio que explicara la creciente crisis que comenzó en el año 1994. Es decir, en vez de pensar que las políticas neoliberales engendraban desocupación y exclusión, el conflicto fue concebido como algo externo al Estado: las personas excluidas eran extranjerizadas, concibiéndolas como provenientes de países limítrofes y desnacionalizando los efectos de las decisiones económicas del gobierno. Se generó un pasaje de una situación de invisibilización de la diversidad a un aumento de la hipervisibilización de las diferencias, tendiendo a una valoración negativa de sus identidades. Este fenómeno debe enmarcarse, a nivel local, en el contexto de una Argentina en la que se había instituido la idea de ser un “enclave europeo sin negros ni indios” (por ello, a migrantes de Bolivia y Paraguay se les había categorizado como formando parte del grupo de “cabecitas negras”, marcándolos racialmente e identificándolos en clave de clase o política más que por origen nacional).

La nueva visibilidad que habría cobrado la inmigración limítrofe estaba asociada tanto con su desplazamiento hacia los centros urbanos (lo que la tornaba visible para el poder político, las clases medias y los medios de comunicación) y los cambios demográficos (disminución de migrantes provenientes de Europa) como con la interpelación genérica de los *negros* y pobres como *bolivianos*.

La alterización de la precariedad y la precarización de la alteridad estarían vinculadas, entonces, con una particular traducción de la división internacional del trabajo en la que las personas inmigrantes encarnarían la figura del racismo poscolonial (Bentouhami-Molino, 2016).

Por último, resulta importante pensar que las evidencias empíricas permiten desmitificar algunas de las construcciones o ficciones de la migración en tanto “problema”: mientras que en muchos casos se asocia a las personas extranjeras con el robo de fuentes de trabajo a los locales, estudios de la OIM (2012) indicaron que no hay una incidencia negativa directa entre la tasa de desocupación y la migración: entre 1992 y 2003 Argentina regularizó la situación migratoria de 156.000 personas nacidas fuera del país y la tasa de desempleo del país en el tercer trimestre de 2003 ascendía a 16,3%; luego, entre 2003 y 2006 Argentina regularizó la situación de aproximadamente 400.000 hombres y mujeres migrantes y, en ese mismo periodo, la tasa de desempleo descendió al 6%. Además, ante la asociación directa entre el delito y las migraciones,

se ha estudiado que, a pesar de las continuas referencias a la inmensa cantidad de inmigrantes en las cárceles argentinas, no se cuenta con estadísticas oficiales que corroboren esta premisa.

Frente a la idea de que las y los migrantes son un peligro para la salud pública, diversos estudios refieren que al tratarse de personas que buscan emplearse en el país de destino, justamente gozan de buena salud, operando sobre ellos la selectividad (Cerrutti y Maguid, 2007). Circula también la creencia de la llegada de micros sanitarios que traerían pacientes desde los países limítrofes hacia los hospitales de la Argentina para atenderse. Si bien hay personas extranjeras que llegan al país para atender su salud en las instituciones públicas –porque en sus países de origen esto es muy costoso–, esto suele realizarse de manera individualizada, a través de redes cercanas (familiares y sociales) y no de “charters” previamente organizados.

Migrantes como “problema” para la salud pública

*“(…) todos escuchamos hablar de ellos y todos hablamos de ellos.
Pero quizás sea necesario preguntarse sobre lo que el objeto del que se habla,
el inmigrado, debe al hecho de que se hable de él,
sobre todo, a la manera en la que de él se habla.
No es por cultivar la paradoja que afirmaremos que el inmigrado,
aquél del que se habla,
no es en realidad más que el inmigrado tal como se lo ha constituido,
tal como se lo ha determinado o tal como se lo piensa y define”*
Abdelmalek Sayad, 2010: 253.

En Argentina, la circulación del supuesto de que las personas migrantes se constituyen en un verdadero problema en el ámbito de la salud está presente en los discursos cotidianos: a la demanda de dicha población se le atribuía la causa de la carencia de turnos disponibles en los hospitales (Mouratian, 2014). Sin embargo, pese a los numerosos estereotipos, es menester señalar que la migración no estaría asociada de manera automática con la afectación de problemas de salud: la misma podría tener efectos positivos o negativos en la salud. En ese sentido, OIM (2020) plantea que la migración en sí misma podría generar un aumento en la exposición riesgos para la salud o una mejora en la misma, dependiendo de las características de interacciones que tengan con aquellos determinantes sociales de la salud en todas las fases del viaje migratorio (tanto en la fase previa al desplazamiento, como durante el tránsito, la llegada al lugar de destino y, si existiera, el retorno). La posibilidad de acceder a viajes sin riesgos, las condiciones de trabajo y vivienda, la accesibilidad a la asistencia sanitaria son fundamentales para pensar en las consecuencias reales de la migración en la salud.

Existen factores que pueden generar vulnerabilidades vinculadas con la salud durante el ciclo migratorio y que han sido sistematizados en algunos estudios (Gushulak, Weekers y MacPherson, 2009; OIM 2008). Entre aquellos factores individuales, se destacan aquellos aspectos transversales vinculados con el bienestar

de las personas migrantes, así como la edad, sexo, la predisposición genética y la situación socioeconómica. También existen determinantes estructurales, factores que –mediados por la política– se vinculan con los modos en los que las comunidades reciben a los migrantes y sus marcos jurídicos.

En Argentina, los datos del Censo de 2010, EPH y EMBA dieron cuenta de que migrantes de países limítrofes tienden a utilizar los servicios del subsistema público en mayor proporción que las personas nativas. Esto podría asociarse, por una parte, con la matriz trabajo-céntrica que caracterizó las políticas sociales en el país: si la población proveniente de otros países se inserta en sectores informales de la economía, queda excluida de la seguridad social. Por otra parte, debido a las difíciles condiciones de vida que afrontan y a su ubicación en los estratos más bajos dentro de la estructura ocupacional, también se les torna más dificultoso pagar las prepagas, por lo que tienen como alternativa única acudir al subsistema público. Así, al acceder a la cobertura provista por el Estado –la que puede encontrarse saturada– los sectores más pobres terminan financiando servicios a los que no pueden acceder (ALAMES, 2005). En esa línea, pese a que la atención a la salud sea una prestación universal en el país, igualmente pueden generarse impactos desiguales: *“universalización de políticas sociales no es garantía de igual acceso a servicios que presta una estructura social desigual, en la que unos grupos pueden sacar mayor partido a determinadas prestaciones que otros”* (Adelantado, 1998). Tal como lo plantea dicho autor, las políticas sociales no solamente tienen el potencial de compensar los efectos negativos del mercado en los sistemas capitalistas, sino que, además, constituyen y modulan desigualdades sociales, naturalizando e institucionalizando inequidades de distinta índole.

La cuestión respecto de la accesibilidad de las personas migrantes a los servicios públicos de salud se inscribe en un debate respecto de la titularidad de sus derechos. Las normativas establecen que las personas migrantes deben ser atendidas en los servicios públicos de salud desde una perspectiva de equidad y respeto (Ley Básica de Salud, Ley N° 153/1999) y se plantea la posibilidad de recibir una atención que compense las desigualdades sociales, respetando la dignidad e identidad de las personas, así como se promueve *“la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religiosos, racial, de sexo, ideológico, político, [...] o de cualquier otro orden”*. También la Ley N° 664/2001, propone que *“el acceso a los servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social que brinda la Ciudad de Buenos Aires es de carácter irrestricto. Ninguna limitación a su ejercicio podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social”*).

Pese a ello, siguiendo con los desarrollos de Jelin, Grimson y Zamberlin (2005), puede pensarse en dos criterios básicos utilizados por profesionales y administrativos del sistema de salud para diferenciar a quiénes deberían acceder o no a los servicios sanitarios: por un lado, el tipo de prestación requerida y, por el

otro, el estatus migratorio. En lo referido al primer criterio, el mismo sería determinante de la dificultad o facilidad en el acceso. Se refiere que la atención en casos de emergencia o partos siempre es brindada; sin embargo, al tratarse de prestaciones que requieran complejidad como intervenciones programadas, tratamiento de enfermedades crónicas o entrega de medicamentos, la cuestión se complica más. En cuanto al segundo criterio, una pregunta que emerge en los profesionales –con más fuerza y desde las sombras– es si la demanda de atención de servicios médicos de las personas migrantes es legítima o no. La falta de recursos en el espacio de la salud pública conduce a la politización de la práctica clínica y a la creencia de dichos o dichas profesionales de tener que definir cómo deben destinarse los escasos recursos disponibles. Así, los profesionales suelen distinguir a dos tipos de inmigrantes: los residentes en Argentina (radicados o no) y los extranjeros que se instalan temporalmente en el país con el objetivo de atender gratuitamente sus problemas de salud en los servicios públicos. Mientras que a los primeros no se les cuestionaría tener los mismos derechos que los nativos a hacer uso de dichos servicios –dado que contribuyen, a través de sus impuestos, con el Estado–, a los segundos se los considera como personas que realizan un uso abusivo de las instituciones argentinas, sacando provecho de su gratuidad y de la falta de control migratorio, así como ocasionando la *fuga* de recursos nacionales escasos.

Esta confusión genera una sobre-representación de la presencia de las personas migrantes provenientes de países limítrofes en los servicios de salud, lo que conduce a la consideración de un mayor número de extranjeros, indocumentados y no residentes de los que efectivamente son. Se plantea, así, un paralelismo con los mecanismos que operan en la sociedad argentina, *inflacionando* la visibilidad de la migración, a pesar de que la misma no hubiera variado tan notablemente su demografía en los últimos años.

La migración presenta múltiples desafíos que exceden las cuestiones de trabajo, documentación y vivienda, sino que también atañen al campo de la salud. Tal como se planteó anteriormente, la mayoría acude a los servicios públicos para su atención: allí se encuentra con dificultades que impactan a todas aquellas personas que buscan atenderse, incluso la población nativa. A pesar de la existencia de problemas comunes, hay algunos que atañen específicamente a los migrantes y otorgan un plus diferencial respecto de otras personas con las que, tal vez, compartan una misma situación de clase. En este sentido, no siempre se efectiviza el Derecho a la Salud tal como lo ha operacionalizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 2000, estableciendo cuatro criterios para evaluar el respeto del derecho a la salud: disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes y programas), accesibilidad (vinculada a la no discriminación, la accesibilidad física, económica y el acceso a la información), aceptabilidad (referida al respeto de la cultura de las personas) y calidad (establecimientos, bienes y servicios apropiados desde el punto de vista científico y médico). Pese a que dicho derecho está plasmado en normativas internacionales y nacionales, numerosas prácticas obstaculizan su verdadero goce.

Tal como lo plantea Stolkiner et al., (2007), el concepto de accesibilidad inicialmente fue definido como la forma en la que los servicios de salud se acercarían a la población, circunscribiendo el foco de atención en los problemas de la *oferta* e invisibilizando que los sujetos también construyen accesibilidad. Desde la perspectiva tradicional, lo esencial sería eliminar las barreras que se interpusieran entre la población y los servicios: las geográficas (aluden a las dificultades para acercarse a los servicios, debido a accidentes geográficos o a las construidas por el hombre), las económicas (hace referencia a la capacidad financiera y a la imposibilidad de abonar, por ejemplo, el transporte, bono contribución o la compra de medicamentos), las administrativas (vinculadas a procesos burocráticos o a dificultades impuestas por la organización propia de los servicios, como los turnos u horarios de atención) y las culturales (centradas en las diferencias culturales entre la población y el personal de los servicios). A partir de una experiencia de trabajo de campo, se redefinió a la última como barrera simbólica, puesto que tanto el imaginario social como las representaciones podrían devenir en barreras.

En lo relativo a las dificultades que se erigen en la atención a migrantes en los servicios públicos de salud, algunas de ellas pueden vincularse con la distancia cultural y la falta de formación en atención en salud intercultural, lo que causa fallas en la comunicación y comprensión entre profesionales y migrantes (Jelin, 2007; Laub et al., 2006). En muchas ocasiones, dicha falla es significada como una deficiencia del manejo del lenguaje o de la capacidad intelectual de las personas extranjeras y no como producto de dificultades mutuas y del resultado de la aplicación de un modelo de atención etnocéntrico que jerarquiza la importancia de que la población comprenda las indicaciones impartidas por los equipos tratantes, en vez de que estos últimos comprendan lo que le acontece a quienes los consultan (Jelin, 2007). También se ponen en juego las representaciones sociales de miembros del personal del sistema público de salud, quienes someten a los migrantes de países limítrofes a un triple proceso de estigmatización: éste alcanza a sus rasgos físicos, al menosprecio de su cultura y a su caracterización como subalternos dentro de la sociedad (Goldberg, 2008). Trabajos previos que indagaron el vínculo entre los migrantes y servicios públicos de salud, hallaron que profesionales de los hospitales llevan a cabo distinciones entre sus pacientes, dependiendo de su país de procedencia. Mientras que las mujeres peruanas y paraguayas son percibidas como adaptándose fácilmente a la cultura argentina y a la medicina utilizada en este país, las pacientes bolivianas fueron descritas como teniendo más dificultades para comunicarse con los equipos tratantes, interpretarlos y seguir sus indicaciones, pese a ser caracterizadas como sumisas y con más resistencia al dolor (Jelin, 2007: 35). Esta situación permite reflexionar acerca del capital simbólico específico requerido para poder acceder a la atención dentro de la burocracia estatal, entrando en juego tanto el capital escolar, como el social y cultural (Chaves, 2011).

Las representaciones sociales no son simplemente conocimiento de sentido común, sino que se constituyen en un saber práctico y son orientadoras de prácticas, generando efectos en la vida cotidiana de las personas (Jodelet, 2002). En ese sentido, no sólo representan la realidad, sino que tienen potencia creadora y pueden establecerse como matrices de las prácticas del mundo social. Tanto las clasificaciones como las divisiones del mundo social se constituyen en categorías de apreciación y percepción: *“se trata de esquemas intelectuales incorporados, que engendran las figuras gracias a las cuales el presente puede tomar sentido, el otro ser inteligible, el espacio recibir su desciframiento* (Chartier, 1990: 44).

No obstante, resulta importante evitar la simplificación que implicaría solo tomar en consideración las representaciones sociales de los trabajadores y las trabajadoras de la salud, sin reconocer que las representaciones que la población migrante tienen en relación a los servicios públicos y su carácter de gratuidad también pueden generar efectos en su accesibilidad a la atención en salud. Desde una perspectiva relacional, la accesibilidad es entendida como el vínculo establecido entre los servicios de salud y las personas, producto de la combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y de las condiciones y representaciones de los sujetos, manifestándose en una modalidad particular de la utilización de los servicios (Stolkiner et al., 2000). De este modo, la accesibilidad es el resultado de la posibilidad o imposibilidad de encuentro entre ambos, por lo que debe incluirse las prácticas de vida y salud de la población para lograr una mejora en la misma.

d. Políticas y legislaciones de los procesos migratorios internacionales en Argentina

*“La categoría inmigrante no es una consecuencia de los hechos,
sino una decisión clasificatoria”*
Gil Araujo, 2009:17.

El término *migrante* no es neutro sino que es una figura ambigua que, incluso jurídicamente, ha variado a lo largo de la historia del país, así como las imágenes o autoimágenes asociadas al mismo (García, 2011). En ese sentido, las leyes migratorias imperantes además de reflejar las necesidades y preocupaciones de la época, también contribuyeron a crear realidades en torno a las concepciones sobre las personas migrantes. A su vez, dado que las políticas estatales alumbran la posibilidad de ver al Estado descongelado y desagregado (Oszlak y O Donell, 1981), a través del análisis de las políticas asociadas a la cuestión migratoria se podrá echar luz respecto del posicionamiento y accionar estatal.

Con la Declaración de la Independencia en 1810, comenzó a delinearse una política favorecedora de la inmigración, con el objetivo de poblar los territorios que habían quedado deshabitados después de las expediciones militares y luego de la aniquilación de los pueblos indígenas que allí habitaban. La histórica

frase de Alberdi: “*en América gobernar es poblar*” aludiría a la necesidad auto-percibida de realizar un trasplante poblacional que reemplazara la población nativa por la europea, supuestamente más civilizada.

Paradójicamente, la construcción de la nación argentina se basó en soñarse como un país de personas extranjeras, a la vez que borraba deliberadamente una historia, lengua y cultura previa (Villavicencio y Penchaszadeh, 2003). Las elites aspiraban a que la inmigración proviniera de Europa y colaborara en el desarrollo social y económico de la nueva república democrática. Se esperaba que dichos flujos, por un lado, trajeran consigo los hábitos de disciplina y trabajo para influenciar civilizatoriamente al resto de la sociedad y, por el otro, ayudaran a incrementar la producción agrícola-ganadera con los saberes que habrían incorporado por la industrialización capitalista europea.

Con ese espíritu, en 1853 se sancionó la Constitución Nacional y en 1876, la primera norma migratoria: la Ley N° 817 de Inmigración y Colonización. Ambas sentaron las bases de un marco regulatorio amplio, capaz de amparar inmensos flujos de personas provenientes de ultramar. Particularmente, la Ley N° 817 facilitó tanto el ingreso como la permanencia e inclusión de las personas extranjeras que tuvieran la documentación exigida, reconociéndolas como residentes de Argentina y como poseedoras de los mismos derechos civiles que las nacionales. En aquél momento, el marco legal fomentó su integración y la posibilidad de que pudieran trabajar sin restricciones (Courtis y Pacceca, 2008).

En dicho contexto, finales de siglo XIX e inicios del XX, Europa atravesaba una crisis por exceso de mano de obra, inestabilidad política y desabastecimiento. Argentina, en su intento de insertarse en el mundo capitalista y cumplir con aquellos requisitos que requería para cumplir su rol en la división internacional del trabajo –producir materias primas agropecuarias en gran escala y a bajo precio para venderle a Europa– se presentó como un receptor de la población sobrante del antiguo continente (Pacceca y Courtis, 2008). Asimismo, mientras la oligarquía creía que era posible alcanzar la grandeza nacional –como si la misma fuera posible en condiciones de alienación y dependencia– se comenzaba a importar mano de obra, con un ingreso masivo de personas extranjeras (Del Olmo, 1992). Tal como lo plantea el historiador Hobsbawm (1998), dicho éxodo funcionó al modo de una válvula de seguridad que permitió mantener los niveles de conflicto y presión social bajo límites tolerables en Europa. De hecho, en los Censos Nacionales de Poblaciones puede observarse que la cantidad de personas extranjeras se multiplicó ampliamente (desde 1869 a 1914 se incrementó de 210.000 a 2.300.000 personas)

A pesar de las aspiraciones de las elites, al país llegaron mayoritariamente quienes provenían de España e Italia sin instrucción; pertenecían a sectores obreros que no habían sido integrados al proceso de industrialización europeo y que se ubicaban en la franja de vulnerabilidad de sus países de origen, cuestionando el orden dominante y compartiendo ideas socialistas (Daroqui y Guemureman, 1999). Mientras Sarmiento y Alberdi se habían interesado por la posibilidad de que trabajadores provenientes de Europa poblaran el país y lo modernizaran, se encontraron con un escenario que los impulsó a crear un

proyecto civilizador tanto para dichos inmigrantes como para la población criolla. Así, consideraron imperiosa la necesidad de construcción de ciudadanía, de una identidad uniforme y adhesión a figuras patrióticas y valores, buscando generar un pueblo que legitimara el nuevo sistema político imperante.

Los rasgos xenófobos que aparecieron en torno a la extranjería se reencauzaron a través de un relato en el cual la inmigración resultaba una parte esencial en la conformación del Estado y, a través de una política de integración estatalista, se buscó *argentinar* a quienes habitaban en el país a través de la escuela pública y el ejército (Grimson, 1999).

En los inicios del siglo XX en Argentina se generaron instrumentos para identificar, controlar y disciplinar a los sectores que constituían la “cuestión social” de la época. El pensamiento positivista no solamente aportó una interpretación determinada respecto de la realidad, sino que, también, brindó herramientas para la elaboración de políticas de control. Con la idea de defensa social como trasfondo, se intentó gobernar a dicha población, a través de la Ley de Residencia (Nº 4114 en 1902) y la Ley de Defensa Social (Nº 7029 en 1910), siendo las primeras regulaciones que habilitaban el accionar discrecional del Poder Ejecutivo en materia migratoria. A su vez, la Ley de Patronato de Menores (Nº 10.903 de 1919) utilizó una lógica del utilitarismo penal y confeccionó un cuerpo normativo que resultaba anti-garantista en el campo de lo jurídico y violaba los derechos humanos, más aún la de las infancias por su vulnerabilidad. Así, entre otros actores, se *minorizó* a la descendencia de migrantes socialistas y anarquistas de la Europa pobre (Daroqui y Guemureman, 1999).

En el año 1914 se arribó al pico más alto de población nacida en el extranjero, alcanzando casi un 30% del total. Luego de la crisis política y económica de 1930, el esquema agroexportador argentino comenzó a resquebrajarse y se inauguró un nuevo modelo de acumulación basado en la sustitución de importaciones manufacturadas por productos que se fabricaran en suelo nacional. Asimismo, a partir de 1930 se establecieron decretos del poder ejecutivo que comenzaban a limitar el ingreso de personas que no tuvieran acreditadas las condiciones para asegurar su subsistencia; sin embargo, la vigilancia solía concentrarse en las vías marítimas y no en las terrestres, a través de las cuales ingresaban quienes provenían de países limítrofes (Pacceca y Courtis, 2008).

Dada la política de industrialización, aún era necesaria la mano de obra, por lo que entre 1940 y 1950 hubo una migración interna que se desplazó desde las zonas rurales hacia las urbanas, configurando el llamado “aluvión zoológico”. Puesto que el modelo de desarrollo había generado un incremento de la mano de obra industrial concentrada en las grandes ciudades, lo que generó un despoblamiento rural, personas de países limítrofes migraron hacia las provincias fronterizas para equilibrar dichos cambios en la composición social y espacial. De ese modo, el modelo de industrialización por sustitución de importaciones generó una fuerte

migración interna que se desplazó desde el ámbito rural hacia el urbano y, en menor medida, una migración de países limítrofes hacia las provincias de frontera; esta última funcionaría como una estrategia ante la falta de fuerza de trabajo en el sector primario de la economía (Buccafusca, 2009). Así, a partir de mediados del siglo XX, el país dejó de ser un destino tan elegido por la migración europea; sin embargo, continuó siendo relevante para quienes migraban de manera intracontinental.

En la década de 1960 acontecieron dos procesos solidarios: por un lado, se restringió más fuertemente la normativa relativa a las movilidades migratorias, hubo un aumento de la expulsión de inmigrantes y un mayor recelo en las entradas de las personas extranjeras; por el otro, se consolidó el flujo migratorio proveniente de países limítrofes, tras la detención de la llegada de migrantes europeos. A su vez, quienes procedían de naciones vecinas comenzaron a orientarse hacia la zona metropolitana de Buenos Aires, atraídos por los cordones industriales y por la posibilidad de incursionar en actividades como la manufactura, construcción y servicios. Dado que muchas personas podían ingresar al país como turistas, y luego permanecían en él, se generó una gran cantidad de personas extranjeras que no podían regularizarse y que debían atravesar situaciones precarias a nivel sanitario, educacional, habitacional y laboral.

Entre 1949 y 1992, cada diez años aproximadamente, se impulsaron decretos de amnistía para simplificar los trámites y requisitos documentarios para regularizar a la población extranjera; dicho corpus asistemático y fragmentario traslució la ausencia de una política estatal que abordara integralmente los procesos migratorios (Pacceca y Courtis, 2008).

Desde 1970, las crisis políticas y económicas fueron desgarrando el tejido social en Argentina, incidiendo en la desaceleración de la inmigración y constituyendo al país como uno emisor de migrantes: la primera etapa de la emigración de argentinos fue desde 1960-1975, como efecto de los constantes gobiernos militares y la inestabilidad política, luego fue seguida por la de 1976-1983 en la que los egresos eran de personas exiliadas que escapaban de la represión de la última dictadura militar y se identifican otras dos etapas sucesivas: de 1892-1992 y de 1998 a la fecha. Sin embargo, la inmigración a la Argentina se mantuvo porque, pese al escaso crecimiento del país, el diferencial socioeconómico entre los lugares de origen y de destino continuaba siendo propicio para que las personas de países limítrofes percibieran a la Argentina como un mercado de trabajo relativamente rápido y fácil (Pacceca y Courtis, 2008).

En el marco de la última dictadura cívico militar, con el decreto Ley Videla (Nº 22.439 en 1981), se privaron los derechos fundamentales de la población migrante, restringiendo sus derechos a la salud – artículo 103–, educación –artículo 102– y trabajo –artículo 31–, así como habilitando su detención y expulsión sin control legal o judicial. Si bien dicha Ley no les prohibía la atención en salud, sí funcionaba como un obstáculo para dicho acceso, puesto que obligaba a los trabajadores y las trabajadoras del subsector público a denunciar a quienes estaban en una situación de irregularidad (CELS, 2011). Esta ley de facto concebía a la inmigración como un peligro para la seguridad nacional, habilitando mecanismos de

control al margen del derecho (Ceriani Cernadas y Morales, 2004) y deviniendo en un “*dispositivo generador de ilegalidad que colocó a gran parte de la población migrante en situación de especial vulnerabilidad*” (Courtis y Pacceca, 2008: 42).

Durante la década de los 90, la política argentina cambiaria resultó atractiva para quienes emprendían un proyecto migratorio en los países limítrofes y del Perú. El Plan de Convertibilidad del Austral, que estableció una relación cambiaria fija entre la moneda nacional y la estadounidense, sumado con los procesos expulsivos en estados vecinos (por ejemplo, en Bolivia se acentuó la crisis del sistema productivo y en Paraguay hubo una detención en el crecimiento de la economía) fueron el caldo de cultivo para que el Censo de 1991 fuera el primero en el que la proporción de población proveniente de países limítrofes superaba a aquella originaria de otros lugares. Simultáneamente, la política migratoria fue endurecida a partir de diversos decretos y hubo múltiples testimonios de altos funcionarios que culpaban a las personas extranjeras por la inseguridad urbana y planteaban la necesidad de *defender* el trabajo argentino. Grimson (1999) refiere que, contrastando con los relatos de las etapas anteriores en torno a la migración –en los cuales se planteaba la necesidad de nuevos trabajadores de acuerdo al proyecto de país–, el relato neoliberal le quitó un significado nacional a la migración, constituyéndola como un sinsentido productor de tensión y de problemas sociales, económicos y sanitarios que habría atravesado el país. Así, se construyó un relato xenófobo que estigmatizó y culpabilizó a la inmigración por la insuficiencia de los servicios públicos, la inseguridad y desocupación.

A pesar de la vuelta de la democracia, la Ley Videla tardó veinte años en ser modificada, acentuándose el carácter regresivo de la política migratoria del país. Además, durante ese período, se expulsaron personas de países de la región, como Bolivia y Perú, a pesar de los convenios internacionales firmados que intentaban regularizar la situación de dichos migrantes (CELS, 2012). En 1994 se derogó un decreto reglamentario (1023/94) que dificultaba el cambio de categoría de residente transitorio a permanente e introducía la categoría de “trabajador contratado”. Cuatro años más tarde, con el decreto 1117/98, se prohibió el cambio de categoría una vez que la persona migrante hubiera llegado a la Argentina, así como se reguló que el trámite de su contratación debiera realizarse en el país de origen por pedido de una institución o empresa argentina.

En diciembre del 2003, el Congreso Nacional derogó la antigua Ley Videla y aprobó una nueva Ley de Migraciones, la que demoró siete años para su reglamentación. Durante aquél período, la falta de reglamentación fue significada, por diferentes autoridades, como una posibilidad para continuar rigiéndose por la Ley Videla (Jelin, 2007).

La ley N° 25.871, desde un enfoque regional y una perspectiva de derechos humanos, estableció que es tarea del Estado garantizar “*el acceso igualitario de los inmigrantes a la protección y los derechos de los que gozan los nacidos en la Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de*

educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social”. Además de concebir a la migración como un derecho inalienable e incorporar el derecho a la reunificación familiar, aludió a las acciones que el Estado debe desarrollar para favorecer la integración de la población migrante. En vez de que los empleados y empleadas del sector público tuvieran la obligación de denunciar a las personas en situaciones irregulares, estableció que deben brindarles orientación respecto de los trámites a realizar para subsanar las irregularidades migratorias. Mediante la incorporación del derecho al debido proceso en situaciones de detención y expulsión, promovió la actuación de la Justicia ante dichas situaciones. También estableció que la participación de las personas extranjeras en las decisiones de la vida pública y la administración de las comunidades locales en las que ellos residen debía ser facilitada. Dicha ley fue reglamentada en mayo de 2010, a través de la firma del Decreto 616/2010; su texto fue producto de la elaboración de una comisión asesorada que se conformó por el Poder Ejecutivo con organizaciones de derechos humanos, religiosas y de Naciones Unidas (como la OIM y ACNUR).

A través de la Disposición N° 53.253 (12/12/2005) se implementó el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria para extranjeros nativos de los Estados parte y asociados del MERCOSUR (“Patria Grande”). Con el mismo, se flexibilizaron los requisitos para que, quienes se desplazan dentro de las fronteras de la región, pudieran comenzar con los trámites migratorios. Sin embargo, para las personas que provienen de países no pertenecientes al Mercosur, se presentan importantes dificultades para la regulación de su situación migratoria (como Senegal y República Dominicana).

Además, en 2006 se sancionó la Ley N° 26.165 (Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado); en el año 2007, Argentina ratificó la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, lo que dio cuenta del posicionamiento del país en tanto “*receptor*”.

Mediante el Decreto Nacional de Necesidad y Urgencia 70/17, en enero de 2017 se buscó modificar sustancialmente la Ley de Política Migratoria Argentina N° 25.871 y la Ley de Ciudadanía N° 346, amparándose en la existencia de “*recientes hechos de criminalidad organizada de público y notorio conocimiento*” (sin precisar cifras ni fuentes). Algunos de los cambios impuestos mediante dicho decreto habían sido la modificación de los plazos y las características del procedimiento administrativo, así como la revisión judicial al tratarse de personas migrantes. Se introdujo un procedimiento sumarísimo para la expulsión de dichos sujetos y se obstaculizó su acceso a la asistencia jurídica gratuita, lo que implicó un fuerte retroceso en el reconocimiento de los derechos humanos. Tal como lo enunció la Defensoría del Pueblo (2017), dicho decreto expuso el nuevo (pero atávico) posicionamiento del estado Nacional en torno a la migración, el que reinstalaba el paradigma imperante hasta el 2003 que asociaba a las personas extranjeras con la amenaza al orden público, la seguridad nacional y el peligro. En esa línea, el mismo

tendió a favorecer prácticas de violencia y xenofobia contra la población migrante, así como restringió severamente los derechos de NNA, principalmente a la protección de la familia y la vida familiar. En ese período hubo numerosas expulsiones de personas migrantes que implicaron la separación de niñas y niños respecto de su madre o padre.

Luego de numerosos pronunciamientos, reclamos de colectivos migrantes y de la sociedad civil, acciones de amparo colectivo y observaciones de organismos internacionales (como el Comité de los Derechos del Niño, Comité contra la tortura, Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares), en marzo de 2021 se procedió a la declaración de la nulidad de dicho decreto.

Más allá de los notables avances previstos por las leyes mencionadas, persistieron las dificultades en la aplicación de algunas de dichas normativas. Uno de los aspectos más obstaculizados estaba vinculado con la igualdad al acceso a derechos sociales, tanto entre nacionales como extranjeros. Algunos de ellos atañen a las pensiones por discapacidad (se exige mínimo de veinte años de residencia continuada en el país), pensiones a la vejez (mínimo de cuarenta años), pensiones para madres de siete o más hijos (exigen quince años) y acceso a la Asignación Universal por Hijo (si bien se trata de una política de carácter universal basada en el interés superior del niño, cuenta con una limitación: excluye a aquellos NNA que no poseen una residencia de, como mínimo, 3 años en el país, así como de aquellos NNA que tienen progenitores extranjeros sin esa misma cantidad de años de residencia) (CELS, 2012; Ahualli, 2021). En lo referido a la garantía del derecho a la salud independientemente del estatus migratorio, algunas resoluciones dificultan dicho acceso: por ejemplo, INCUCAI realizó resoluciones restrictivas para la lista de espera de trasplantes y estableció requisitos de residencias que se contraponen al espíritu de la Ley de Migraciones (Martínez, 2014).

Tal como lo describe Ahualli (2021), si bien Argentina posee un marco normativo garantista de los derechos humanos y que se ha convertido en un modelo incluso para otros países del mundo, persiste un contexto que tiende a ser restrictivo y desigual para el acceso a derechos de NNA migrantes o hijos e hijas de migrantes. De ese modo, se genera una paradoja entre aquella política que intenta asegurar una cobertura mínima de aquellos grupos en situación de exclusión y, a la vez, una política que justamente suspende la inclusión social de la población migrante, que en muchos casos atravesó y atraviesa vulnerabilidades tanto en su país de origen como en el de destino (Ceriani et al., 2011).

Asimismo, durante la pandemia producida por el SARS-CoV-2, las personas extranjeras se enfrentaron a múltiples dificultades que se vieron aumentadas incluso en mayor medida cuando se trató de una migración reciente. Entre las mismas, se destacan las dificultades habitacionales que pudieron complejizar el cumplimiento de las medidas de distanciamiento social e higiene, informalidad y precariedad laboral,

realización de trabajos que implicaran una mayor exposición al contagio, falta de documentación y escasez de redes de apoyo. Pese a que las familias migrantes tienen nivel de pobreza infantil que resultan superiores al promedio, las políticas orientadas a enfrentar las consecuencias negativas del aislamiento social (como la Asignación Universal por Hijo y el bono extraordinario para sus titulares, Asignación Universal por Embarazo y el Ingreso Familiar de Emergencia –el IFE, implementado por el Decreto 310/2020, se trató de una prestación monetaria excepcional y no contributiva–) no lograron revertir los obstáculos ante la universalidad de las políticas de protección destinadas a la infancia. Cuando la asignación de dichos recursos depende de una cantidad estipulada de años de residencia legal, se excluyen a personas migrantes y también a NNyA que pudieron haber nacido en Argentina, pero tener progenitores o progenitoras de origen extranjero. En ese sentido, los intentos estatales de paliar los efectos negativos de la emergencia sanitaria profundizaron las desigualdades en el acceso a los derechos de NNyA en función de su condición migratoria (Ahualli, 2021).

Si bien la Ley de Migraciones otorgaría un marco jurídico que sería protector de las infancias migrantes, durante los últimos años se llevaron a cabo sentencias judiciales y decisiones administrativas que no ponderaron el principio de interés superior del niño, el derecho a ser oído y a participar, y su derecho a la vida familiar. La omisión de la consideración de los derechos de las infancias en contextos de movilidad humana al tomar medidas que afectaban a NNyA fue acompañada de interpretaciones restrictivas respecto del alcance de los derechos de la niñez, dando cuenta de los efectos del ya mencionado *dobles déficit* (IJDH UNLa – UNICEF, 2023).

2. Salud mental

Este eje también se conforma por sub-ejes, en los que se desarrollan dimensiones inherentes al mismo. Para facilitar la comprensión de la estructura del capítulo, a continuación se anticipa los subtítulos que lo componen: salud mental y sufrimiento psíquico como categoría; acerca de la interculturalidad en salud y la construcción sociocultural de los padecimientos; duelos migratorios, traumatismos y... otros dolores en la movilidad humana; infancias en contextos migratorios. Sufrimiento psíquico, agenciamientos y necesidades.

a. Salud mental y sufrimiento psíquico como categoría

*“El médico me preguntó / en qué parte sentía el malestar.
‘De aquí, del lado de la vida’ / le dije,
y no señalé ningún lugar”.*
Cristina Peri Rossi, 1996

Monopolio de saberes y construcción de conocimiento racional sobre el padecimiento mental

La historia no remite únicamente al pasado. Entre otras posibilidades, permite reubicar fenómenos y cuestionar las teorías socialmente construidas, cristalizadas y reificadas. En la actualidad, la convicción de que el sufrimiento psíquico forma parte del patrimonio de las y los *especialistas psi* se presenta como una verdad evidente dado que dichos actores poseen conocimientos y técnicas específicas para tratarlo. Ahora bien, como plantea Galende (2015), si nos servimos de la historia de cómo fue tratada la locura, es factible reconocer que la vida psíquica y el padecimiento mental no siempre fueron objeto de una disciplina específica que dominara su abordaje teóricamente o desde la praxis. Los avatares de la existencia humana y los desvíos de la razón fueron de interés de diversos actores, tales como los provenientes de la filosofía, literatura, poesía, religión, exégesis y el común de la gente, antes de ser patrimonio del saber de la psiquiatría.

Con la ilusión de la objetividad del conocimiento y de ubicarse dentro del terreno de la medicina, la psiquiatría no fenomenológica consideró que era factible aproximarse al sufrimiento psíquico como si se tratara de un fenómeno de la naturaleza, nominando al malestar mental como una enfermedad natural y concibiéndolo como una realidad objetiva preexistente. De ese modo, los problemas humanos fueron “confiscados” (Ingleby, 1982 en Galende, 2008) por los o las especialistas y definidos como enfermedades; los sujetos que los padecían fueron despojados del poder y saber sobre su enfermedad. Esto, sin dudas, afectó la relación entre profesionales y sufrientes obstruyendo la posibilidad de construcción de conocimientos racionales acerca de la complejidad de los sentires y pensares humanos. Mediante la forclusión en el campo simbólico de la experiencia singular de las personas con padecimiento mental y los modos en los que sus familias conviven con ella, los y las profesionales no tomaban en consideración que, para acceder al sufrimiento psíquico, era necesario hacerlo vía la vivencia singular del sujeto que lo expresa. Concomitantemente, con la aplicación de un conocimiento objetivista, se patologizó a los comportamientos humanos y se los trató de manera similar a la cual la medicina trata al cuerpo (Galende, 1989).

El positivismo de Comte impregnó a la naciente medicina mental del siglo XIX; estableció al individuo y la sociedad como objetos del conocimiento científico, también señaló la importancia de la observación, la objetividad y la explicación causal. Pese a ello, la psiquiatría no fue capaz de precisar la etiopatogenia de los trastornos mentales, los métodos de tratamiento no guardaban coherencia con los enunciados sostenidos por dicha disciplina y tampoco existió una sistematicidad de conocimientos ni un cuerpo conceptual coherente (sino, una sumatoria de nosografías y definiciones disímiles en torno a los trastornos mentales). La figura del psiquiatra en tanto especialista de lo mental se vistió con los ropajes de una autoridad legitimada por el Estado y reconocida socialmente, pudiendo establecer un diagnóstico con carácter performativo y prescribir un tratamiento, a partir de su saber de autoridad (Galende, 2015).

El objetivismo permitió, así, prescindir de la reflexión acerca del lugar que se ocupa en la construcción del conocimiento, siendo que el sujeto construye la realidad objetiva por la eficacia de aquello que la representación representa y se encuentra implicado en el resultado del conocimiento: al describir, interpretar y valorar está presente la condición subjetiva de quien lleva a cabo dichas operaciones (Galende 2008, 2015). También se dificultó la reflexión respecto de las propias posiciones de los y las especialistas en la vida en común con otras personas y de sus responsabilidades en el proceso de producción de sufrimiento, no solo en los aspectos técnicos sino también como integrantes del campo social. Se produjo, entonces, un doble reduccionismo: por un lado, se soslayó la importancia del o la psiquiatra como sujeto implicado en la relación con quien padece; por el otro, se sometió al sujeto sufriente al sitio de un objeto natural –despreciando la importancia de su historia, afectos, experiencias vitales, valores, dignidad y hasta sus derechos humanos–, dispensándole “terapéuticas” de encierro y tortura dirigidas al disciplinamiento de lo anormal y el control social.

La fenomenología y el psicoanálisis resultaron aportes fundamentales desde el comienzo del siglo XX para la construcción de un conocimiento racional en el que no solamente las personas con padecimiento mental tuvieran una participación activa en la construcción de la verdad respecto de lo que les acontecía, sino también en cuanto al reconocimiento de los desconocimientos de los y las profesionales tratantes. Ambas propusieron intervenciones basadas en la consideración de la subjetividad –a la que revalorizaron– y la palabra fue elevada como instrumento terapéutico racional. Además, sostuvieron clínicas optimistas, en contraste con el pesimismo de la psiquiatría asilar que consideraba a los trastornos mentales severos como crónicos, y se interesan por el sentido de los síntomas, el psicoanálisis trabajando a partir de la interpretación y en la fenomenología a través de la comprensión (Galende, 1989, 2008). Tanto la empatía como la transferencia, cada una desde su lugar, han demarcado el protagonismo de la persona sufriente y su palabra en el proceso de atención, así como la importancia de resguardar el valor de la alteridad en las relaciones con fines terapéuticos. Asimismo, es en esa relación en la cual se construye un conocimiento verdadero y se busca aliviar el malestar: para que una relación sea terapéutica no debe estar basada en el ejercicio de poder disciplinario de uno por sobre otro, el cual desaparece en tanto semejante siendo reducido a un objeto para teorizar o tratar, un “caso”.

El psicoanálisis se constituyó de manera antagónica a la psiquiatría positivista y transformó tanto la ética que sustenta la experiencia analítica, como las bases de la relación terapéutica al pretender que el sujeto que lo ha iniciado logre recuperar una conciencia racional sobre su malestar, la que le habilitaría a actuar sobre aquellas condiciones en las cuales el malestar es producido. También espera que acepte el sentido que se expresa en sus síntomas y que pueda articularlos tanto con su historia como con su existencia (Galende, 2015). Con sus aportes en torno a la vida psíquica cuestionó las ideas basadas en la unidad de la conciencia, barrando también al profesional que brinda atención y proponiéndole una posición a sostener en relación a

su propio no-saber. Así, subvirtió la relación delineada por la psiquiatría y localizó al saber del lado del o la sufriente.

Por su parte, la Salud Mental Comunitaria ha tomado como objeto de conocimiento al sujeto en su existencia real –situado en su cultura, sociedad y tiempo–, deconstruyendo las teorías y prácticas producidas por la medicina mental. Esto implica que el conocimiento racional sobre el sufrimiento psíquico no sea construido desde una única disciplina o corriente intelectual, lo que conlleva al abordaje transdisciplinario y a sostener una perspectiva guiada por el pensamiento complejo. Más aún, plantea reforzar los lazos sociales del sujeto sufriente e integrarlo a la vida en común, así como fundar nuevas relaciones con las personas padecientes, nuevos enunciados para comprenderlo, prácticas e instituciones para su tratamiento (Galende, 2015). Aquella población que antes había sido privada de su libertad en los manicomios, fue concebida como una población discriminada que tenía derechos que debían ser garantizados.

En síntesis, es divisable el pasaje desde la búsqueda de explicaciones causales a una lógica de la comprensión transformadora, en la que es crucial que se modifique el sufrimiento y la percepción del mismo. Esto implica reconocerse como sujetos de esa experiencia, comprender las razones de los demás, visibilizar los temores frente a aquello que cuestiona el propio saber y permitir interrogarse sobre sí (Galende, 2008).

Tal como lo conceptualiza Amarante (2015), la reforma psiquiátrica se trata de un proceso social complejo que no solamente implica como participantes a los profesionales de la salud y de las ciencias humanas o sociales sino también a otros actores como usuarios y sus familiares, juristas, artistas y a la sociedad en su conjunto. En ese sentido, la reforma trasciende la mera reestructuración de servicios y las transformaciones asistenciales. Se trata, además, de generar un nuevo lugar social para aquellas personas con sufrimiento mental. En aquél proceso social complejo en el campo de la salud mental y la atención psicosocial se entrecruzan de manera simultánea diferentes dimensiones que coexisten, por momentos, con consenso, pulsaciones, tensiones, paradojas y contradicciones. Según Amarante (2015), las mismas son la dimensión epistémica o teórico conceptual, la técnica asistencial, la política jurídica y la sociocultural (esta última, asociada al lugar social de locura y a la necesidad de transformar los imaginarios).

La salud (y la salud mental) como campo

La salud es un proceso dialéctico construido colectivamente, resultante de determinantes sociales, culturales, biológicos, ecológicos y económicos, atravesados por la historia (UNESCO, 2010). Asimismo, se constituye en un derecho inalienable de toda persona e indivisible del ejercicio de otros derechos, por lo que no debe ser tratada como una mercancía que dependa de la capacidad de pago o del privilegio de poseer un trabajo en el sector formal para acceder a su atención.

Su cuidado, entonces, no puede reducirse al tratamiento del cuerpo enfermo, sino que requiere trabajar sobre aquellas causas que, estando por fuera del mismo, la afectan: la salud no se concibe únicamente desde aquella normatividad biológica que resulta común para toda la especie humana, sino también desde la normatividad cultural y la individual, efecto de la particularidad de la personalidad, historia y acoplamiento al medio ambiente de cada sujeto (Granda, 2003).

Si bien la definición establecida por la OMS en 1946 propuso que *"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*, la noción de "estado" ha sido ampliamente discutida. Desde numerosas concepciones, se decidió reemplazarla por la idea de "proceso", aludiendo que la enfermedad no se trata solo de la consecuencia de una agresión patógena sino que es una respuesta en la cual el organismo es un agente activo del proceso de enfermar (Vasco Uribe, 1987). Los aportes provenientes de la salud colectiva y el pensamiento latinoamericano de la medicina social resultaron esenciales para ubicar a dicho proceso en el marco de la producción -reproducción social y para colaborar en el desvanecimiento de las divisiones entre lo social e individual, la dicotomía entre mente y cuerpo.

Pese a las críticas dirigidas a la definición de la OMS, la misma resultó vital en el contexto de posguerra para señalar, por un lado, la función que tanto el Estado como la sociedad tienen en el cuidado de la salud y, por el otro, para dejar de concebir a la salud como la mera ausencia de enfermedad y plantearla solidariamente a la presencia de aquellas condiciones que son necesarias para vivir con bienestar (Stolkiner, 2003). La satisfacción de necesidades básicas –como vivienda digna, alimentación adecuada, educación, trabajo decente, un medio ambiente saludable, acceso a agua potable y servicios sanitarios– y, complementariamente, el derecho a la no medicalización (Stolkiner, 2012) son indispensables para asegurar el derecho a la salud.

Por ello, es importante considerar la inscripción social e histórica del sujeto, esclareciendo los efectos de la posibilidad de disponer o no de recursos materiales para satisfacer necesidades, demandas y deseos. En ese sentido, el campo de la salud mental no debiera concebirse en oposición a la salud "orgánica" ni a las respuestas sociales frente al proceso de salud/enfermedad: el campo de la salud mental se trata de un subcampo dentro de la salud en general que se ha distinguido por transparentar aquella imbricación entre los mandatos sociales de orden y las propuestas curativas (Stolkiner, 2012). Esa línea, pensar a la Salud Mental como campo se constituye en una invitación a ampliar la mirada más allá de las imantadas categorías psicopatológicas e incluir las acciones de los agentes que participan en él, las que no siempre son homogéneas ni armónicas.

Tal como lo desarrolla Galende (2015), la idea de campo hace referencia a un conjunto social que supera una mirada disciplinar; en él pueden identificarse tres actores sociales que componen la Salud Mental: el Estado y su orden jurídico, las y los profesionales y la sociedad civil. El surgimiento –en el marco de una

Asamblea de la OMS en 1953– de esta novedosa formación discursiva que discutió con los objetos de la psiquiatría, sus estrategias de atención, conceptos y enunciados también se propuso alterar las relaciones de fuerza entre los actores del campo de la salud y enfermedad mental.

La Ley Nacional N° 26.657 propone que la salud mental puede entenderse 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 (...)”*. En efecto, resulta ilusorio concebir una dicotomía entre lo individual y lo social, dadas las porosidades entre las aparentes fronteras a las que aludiría dicha separación: en la vida anímica individual, plantea Freud (1921), la figura de “el otro” siempre se encuentra integrada; además, la insuficiencia de los métodos para regular las relaciones en la familia, sociedad y Estado se constituiría en una poderosa fuente de dolor humano (Freud, 1930).

Desarrollos actuales y locales (Augsburger, 2002, 2004; Braunstein, 2013) discuten la clasificación hegemónica de los problemas de salud mental, la que atribuye una centralidad a los “trastornos mentales”. En concordancia, la Ley N° 26.657 no se refiere a las nociones de *trastorno* o *enfermedad* mental, sino que alude a personas con *padecimiento mental*. Con la utilización de dicho concepto hace referencia a aquellas expresiones de sufrimiento que no se encuadran necesariamente como enfermedades objetivadas. Esto daría cuenta de que cada cultura define el ámbito de las perturbaciones funcionales y las desviaciones de una forma particular (Barcala, 2010).

La noción de sufrimiento psíquico permite, entonces, reconocer diversas situaciones de afectación a la salud mental –puesto que su surgimiento no necesariamente conduce a la enfermedad– y evita patologizar conflictos de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales (Augsburger, 2002). A la vez, retoma las significaciones heterogéneas con que se vivencian los problemas de salud mental, las que suelen ausentarse dentro de la nosografía clásica. Es fecundo recuperar la diferenciación que Susser (1973) realiza entre los términos ingleses *disease* e *illness*. Mientras el primero se utilizaría para aludir a aquellas conceptualizaciones de la enfermedad que se construyen desde la perspectiva médica, el segundo hace referencia a la vivencia de dicha enfermedad por parte de quien la padece. Sobre dicha diferenciación, la categoría de sufrimiento psíquico destacaría la dimensión subjetiva implicada en el proceso de enfermar y su reconocimiento (Augsburger, 2002).

A su vez, en el art. 1 del Decreto 603/2013 se define al padecimiento mental como *“todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculados a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades como proceso complejo determinado por múltiples componentes”*. Asimismo, se entiende al *padecimiento mental* o *sufrimiento psíquico* como conceptos más amplios que el de *trastorno* o *enfermedad*,

puesto que no se tratan de un estado inmodificable, sino que son parte de un proceso y se constituyen en una problemática que no debe permanecer al margen de los derechos de las personas.

De manera complementaria, tal como lo desarrolla Efron (2007), habría una indisociabilidad entre el campo de la salud mental y los derechos de las infancias: aunque poseen una configuración compleja, hay paralelismos entre ambos, los que se conformaron a partir de la crisis de paradigmas anteriores que aún perviven en una coexistencia tensa con los nuevos. El campo de la salud mental reaccionó ante abordajes individualistas, deshistorizantes y basados en concepciones psiquiátricas biologicistas que consideraban a las problemáticas humanas por fuera de su contexto y que subsumían a la subjetividad en categorías diagnósticas. En ese sentido, el paradigma del campo del saber psiquiátrico –con su epicentro en la patología mental– llevaba a cabo abordajes basados en el encierro manicomial (a través de la segregación y asilamiento del “loco”) y otros instrumentos biológicos, como el coma insulínico, el electroshock y el absceso de fijación. Aquella concepción patologizante mostró sus anomalías al verse impedida de brindar respuestas ante problemáticas novedosas que se presentaron y al contrastar con experiencias que comenzaron a desarrollarse en diferentes puntos del planisferio, siendo los antecedentes de lo que devendría como el nuevo paradigma de la salud mental. De ese modo, el sufrimiento mental emerge como un paradigma alternativo a las prácticas hegemónicas patologizantes. Esto, a su vez, introdujo otras transformaciones, tales como la necesidad de implementar abordajes interdisciplinarios, con la consecuente redefinición de posiciones de poder entre profesionales, disputando el lugar de la psiquiatría como propietaria del “sufrimiento mental” y la inclusión de las ciencias sociales. A su vez, los abordajes comunitarios también se consideraron fundamentales, no siendo los psicofármacos y el encierro las únicas herramientas necesarias o deseables para el tratamiento de estas problemáticas.

Por su parte, el campo de los Derechos de las Infancias y las Adolescencias se instaló con la aprobación de la Convención Internacional por los Derechos del Niño en 1989, luego de la crisis de un paradigma anterior y de la situación de gravedad que azotaba a dicho grupo poblacional. El paradigma del niño o niña como objeto se expresaba, en Argentina, en la Ley de Patronato; allí primaba la denominación “menor”, siendo la condición de “menos” la que designaba su identidad. Las nociones de abandono (la que cosificaba al niño o niña y culpabilizaba a la familia) y disposición (con el correlato de la discrecionalidad del juez en sus decisiones y la profunda indiscriminación entre las causas “asistenciales” y “penales”) también formaban parte de dicho paradigma, en el cual el encierro en regímenes institucionales era frecuente. Con el nuevo paradigma se cuestiona el poder discrecional del juez o jueza y se jerarquiza el trabajo en equipos interdisciplinarios, en los cuales aquellos profesionales provenientes de las ciencias sociales cobran un rol importante. Asimismo, las intervenciones comunitarias adquieren centralidad y las hegemonías reinantes comienzan a redefinirse.

Efron (2007) propone que hay intersecciones entre los nuevos campos constituidos. Por un lado, comparten el cuestionamiento a la idea de territorios que poseen una propiedad exclusiva y única, lo que conlleva a la elaboración de nuevas reflexiones teóricas y la valoración tanto de enfoques interdisciplinarios como de abordajes comunitarios, junto con la apelación a instituciones abiertas y la redefinición del poder entronizado en jueces y psiquiatras. La lucha antimanicomial del campo de la salud mental y la perspectiva desinstitucionalizadora del campo de los derechos de las infancias no implicaría únicamente el cierre de las instituciones de encierro sino también la necesidad de transformar los prejuicios que sostienen las prácticas de segregación y los muros teóricos que atentan contra la dignidad humana.

Dada la importancia de considerar indicadores de evaluación de servicios de salud mental que, mediante su aplicación, permitan evaluar el cumplimiento y progreso de la reforma en el campo de la salud mental de acuerdo al contenido normativo de la Ley N° 26657, se han planteado tres ejes principales (Barcala et al., 2017) que debieran garantizarse para dar cuenta de la adecuación necesaria de las prácticas de cuidados en salud mental y se vinculan con:

- La configuración de la red de servicios (debieran ser diversos –incluyendo a centros de atención primaria de la salud, atención ambulatoria en salud mental en efectores generales, internaciones en hospitales generales, centros de rehabilitación psicosociales diurnos y nocturnos, dispositivos habitacionales, sistemas de atención en la urgencia, programas de apoyo y contención, atención tanto domiciliaria como familiar y comunitaria, redes intersectoriales– y las instituciones de internación monovalentes debieran sustituirse por dispositivos alternativos)
- Las modalidades y características de la atención –que incluyen abordaje interdisciplinario (atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario realizado, preferentemente, fuera del ámbito de internación hospitalaria, en el marco de un abordaje también intersectorial), atención articulada (constante articulación de los distintos servicios, incluyendo al de APS), abordaje inclusivo e integral (implementar el tratamiento más conveniente promoviendo la integración familiar y comunitaria); accesibilidad farmacológica (disponibilidad de psicotrópicos suministrados en un tratamiento interdisciplinario), internación (entendida como recurso terapéutico excepcional, y sólo cuando mediara una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros en hospitales generales y no pudiendo ser indicada ni prolongada para resolver problemáticas sociales; la misma tiene carácter de involuntaria por lo que debe ser supervisadas por el órgano de revisión, siguiendo la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos, entre otros requerimientos), accesibilidad geográfica y territorialidad (cercanía de la atención al lugar donde residen NNyA), itinerario de la accesibilidad (garantía de continuidad de la atención en servicios adecuados), participación (tanto de NNyA, como de más usuarios y usuarios, familiares y otros recursos de la comunidad para tender hacia una integración social efectiva) y apoyo (promoción de atención

domiciliaria supervisada y el apoyo socio-sanitario, generación de servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia, hospitales de día, emprendimientos sociales, hogares, centros de capacitación para adolescentes).

- La conformación de los equipos –que debieran ser interdisciplinarios, integrados por profesionales en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de gestión y conducción y que debieran recibir una capacitación permanente en el que hubiera énfasis en el conocimiento de las leyes y la protección de salud integral–.

b. Acerca de la interculturalidad en salud y la construcción sociocultural de los padecimientos

“(...) resulta asombroso que la increíble diversidad de formas y padecimientos humanos sea descripta y catalogada por una sola corporación –los psiquiatras– de un solo país del mundo –Estados Unidos de Norteamérica– y se la postule como herramienta prácticamente universal”
Alicia Stolkiner, 2013: 8.

Interculturalidad en salud: definiciones, apropiaciones, usos, limitaciones y potencias

Existen diversos usos, sentidos y aplicaciones de la noción de interculturalidad. En esta sección se profundizará en las perspectivas de pensadores y pensadoras fundamentales para comprender este concepto en la región –tales como Menéndez (1997, 2006), Mignolo (1995, 2003, 2007), Restrepo (2014) y Walsh (2005), – y, a su vez, se definirán algunos conceptos clave para la presente investigación, procedentes del campo de la antropología médica.

Siguiendo la conceptualización planteada por Menéndez (2006), puede plantearse que, en la noción de interculturalidad, a pesar de su aparente simpleza o de la tendencia a plantearla en términos idílicos, coexisten diversos usos que pueden ser complementarios o, incluso, contradictorios. Pese a que dicho concepto nació dentro del campo antropológico, la misma es practicada desde mucho tiempo antes de ser estudiada: los grupos han estado en relación con otros y conformaron diversos tipos de relaciones interculturales, las que pueden caracterizarse por la complementación, la cooperación, equidad y también por el enfrentamiento, competencia, asimetría. Según el autor, la idea de interculturalidad fue mutando de acuerdo a la historia y a los intereses con los que el trabajo antropológico dialogaba. En un principio, la disciplina antropológica respondió al dominio de escuelas evolucionistas y difusionistas en las que el etnocentrismo resultaba central. En dicho momento, la interculturalidad era pensada como el encuentro entre la antropología y una cultura diferente que se correspondía con un estadio inferior respecto de la propia. En ese sentido, la aproximación a los procesos de interculturalidad estuvo caracterizada no solo por una situación asimétrica en términos culturales sino también en los económicos, políticos y hasta

biológicos. Luego, entre las décadas del 20 y del 50, con los movimientos fascistas ocupando la escena mundial, el patrón de interculturalidad ya no fue caracterizado solamente por la asimetría sino por la diferencia biocultural que ameritaba la utilización de términos de *superioridad/inferioridad*. Posteriormente se estableció la noción de interculturalidad apoyada en las ideas del relativismo cultural, teniendo a la cuestión de la diferencia como núcleo. Sin embargo, la misma suele terminar quedando reducida a los aspectos culturales, excluyendo dimensiones fundamentales como las políticas, económicas o de explotación.

Restrepo (2014) plantea que la *interculturalidad* se ha instalado como una noción central en escenarios múltiples y por distintos actores, siendo usualmente considerada como perteneciente a términos inherentemente positivos. Pese a ello, es necesario evidenciar la existencia de diversos usos, alcances y limitaciones en torno a dicho concepto, al que Restrepo sugiere utilizar mediante la lógica, tomada de Hall, de “bajo tachadura”. Esto implica la necesidad de precisarla y no necesariamente deshacerse de la misma; resaltar un más allá del análisis definicional de la misma que se encuentre basado en un encuadre histórico y contextual que permita identificar cómo se ha nombrado, qué ha producido y qué ha imposibilitado en el mundo social.

La distingue del multiculturalismo –éste más asociado a la cooptación y banalización de las diferencias culturales por políticas vinculadas al neoliberalismo y gestionadas por las elites– por considerarlo como un proyecto movilizado desde aquellos sectores subalternizados y capaz de cuestionar las relaciones de poder. Restrepo invita a problematizar el concepto convencional de *cultura*– entendida como la forma de vida de un grupo humano– presente en los discursos y estrategias de la interculturalidad, ya que el mismo presentaría múltiples inconvenientes. Por un lado, genera un efecto paradójico al enfatizar las diferencias existentes entre distintas culturas, pero homogeneizar los matices al interior de cada una de ellas (Gupta y Ferguson, 2008). Complementariamente, aquel subrayado de lo distinto entre grupos humanos generó una monumentalización de la cultura, junto a su exotización y otrerización, pese a que diferentes grupos también comparten mucho en común. Esto se acompañó, en varios casos, de un presentismo etnográfico que describe lo estudiado en un continuo presente generalizado sin atender a los procesos históricos y transformaciones. A su vez, se tendió a confundir a la cultura desde una dimensión analítica, herramienta para comprender, a una ontológica, como si se tratara de una entidad en el mundo con voluntades, antropologizada (Gupta y Ferguson 2008). Por otra parte, el considerar a la cultura como un determinante de las conductas de un grupo conllevó a que se empleara ese concepto de un modo análogo a cómo se había empleado la noción de raza, por lo que se produjeron violencias y discriminaciones fundamentadas en nociones esencialistas de cultura, a lo que Hall (2000, 2010) denominó racismo cultural.

Restrepo también señala cuáles son, para él, los tres principales cerramientos del concepto de interculturalidad en la época actual y su posibilidad de operar mediante un empobrecimiento teórico y político. Por un lado, señala al culturalismo –y la reducción del complejo mundo social a aquello señalado como la cultura o lo cultural– como generador de embrujos que producen efectos en múltiples registros: la cultura como comodín narrativo que permite que se apele a la misma para categorizar a grupos de personas o actividades que resultan esencializadas o racializadas; la cultura como un recurso tanto económico como simbólico y la cultura como terreno de disputa u objeto de lucha. Propone que la interculturalidad debiera intentar desmarcarse de la reducción culturalista y tomar en su seno otras nociones que apuntalan también otros horizontes posibles, como la inter-historicidad, inter-colectividad e inter-experiencialidad.

Por otro lado, también considera que la otrerización de la diferencia puede constituirse en un cerramiento de la interculturalidad, implantando distinciones ontológicas entre el “nosotros” y los “ellos” que suelen vincularse con representaciones de indianidad. Contrariamente, habría que evitar que la diferencia se agote en el paradigma de la indianidad e intentar complejizarla y desnaturalizarla. Por último, otro cerramiento sería aquella moralización –o valoración en términos positivos o negativos, de manera dicotómica y autocomplaciente– que se introduce al debatir sobre la interculturalidad y que opera al generar un blindaje en torno la posibilidad de pensar e interrogar las certezas planteadas.

En cuanto a las potencialidades de la interculturalidad, el autor plantea que una de las principales es su posibilidad de provocar descentramientos y cuestionar la tendencia a considerar la matriz civilizacional euro-estadounidense como universal. Esto invita a desestabilizar las ilusiones de que existirían concepciones trascendentales y neutras culturalmente, así como a reconocer que se tratan de experiencias particulares histórico-culturales –lo que es solidario a la idea de “provincializar Europa” de Chakrabarty (2008) para habilitar otros horizontes de historia–. Otra potencialidad se asocia a subrayar el carácter heterogéneo de las formaciones sociales a renunciar a la idea de una homogeneización totalitarista. Así, plantea que “las potencialidades de la lucha por y desde la diferencia pasan por des-otrerizar, des-culturalizar y des-moralizar los discursos, tecnologías y estrategias que a menudo se han articulado como interculturalidad”.

Recuperando los desarrollos de Mignolo (1995, 2003, 2007), la matriz colonial de poder está fuertemente ligada a una geopolítica del conocimiento a través de la cual Europa devino como aquél locus privilegiado de enunciación racional y construcción de sentidos. Aquello implicaría la validez para la facultad de nombrar, clasificar y, a la vez, una condena a los otros saberes no hegemónicos de pueblos no-europeos. Aquella subalternización epistémica de configuraciones no occidentales se correlacionaría con un proceso de inferiorización y bestialización de aquellas poblaciones inventadas como “otras” a las que se configuró como subhumanas, y con una colonialidad epistémica, simbólica, discursiva y lingüística que se ha desplegado aún con efectos perdurables.

Walsh (2005) diferencia los conceptos de multi, pluri e interculturalidad, a los que se suele aludir como si se trataran de sinónimos. Plantea que la *multiculturalidad* se refiere a un plano descriptivo, alude a la multiplicidad de culturas en un determinado espacio sin especificar si existe una relación entre las mismas. El término *pluricultural*, en cambio, es fuertemente utilizado en la región de América Latina (en la cual los pueblos indígenas y los afrodescendientes conviven con personas blancas y mestizas) y alude a una convivencia en la que no prima la interrelación equitativa. A diferencia del concepto antes mencionado, la pluriculturalidad se refiere a la convivencia de diversas culturas que, conjuntamente, construyen una totalidad nacional. La *interculturalidad*, para la autora, alude a relaciones complejas, negociaciones e intercambios culturales. Se trata de una meta que se intenta alcanzar mediante prácticas sociales concretas y concientes, para reconocer al otro en tanto sujeto de identidad, diferencia y capacidad de acción. De ese modo, la interculturalidad no se refiere a la mera combinación entre diferentes elementos, sino que representa procesos dinámicos de creación y tensión, enraizados en brechas ligadas a asuntos de poder y a desigualdades políticas, sociales y económicas que dificultan las relaciones equitativas. Por ende, su desafío consistiría en no ocultar las contradicciones o conflictos sino intervenir en ellos.

Asimismo, Walsh (2005) plantea tres perspectivas diferentes de la interculturalidad: la perspectiva relacional, la funcional y la crítica. La primera aludiría al intercambio y contacto entre diversas prácticas, saberes, personas, valores y tradiciones culturales, muchas veces planteadas a nivel individual. Aquí habría una invisibilización o encubrimiento de las estructuras políticas, económicas, epistémicas y sociales de la sociedad, las que establecen las diferencias culturales en términos de superioridad o inferioridad. La segunda perspectiva de interculturalidad sería la que se propone el reconocimiento de la diversidad cultural con el objetivo de incluirla en el seno de la estructura social existente, lo que la torna funcional al modelo neoliberal actual. Sin cuestionar aquellas causas de la desigualdad y asimetría, el reconocimiento de la diferencia estaría reconvertido en tanto una estrategia de dominación tendiente al mantenimiento de la estabilidad social y el control de los conflictos étnicos. Por ello, autores y autoras la conciben como una lógica multicultural del capitalismo global, la que neutraliza y vacía la diferencia para hacerla funcional al orden. La perspectiva crítica cuestionaría la lógica (irracional) instrumental del capitalismo. Busca generar modelos societales con un ordenamiento diferente al de la racialización, deshumanización, inferiorización y subalternización de personas, saberes, modos y racionalidades. En ese sentido, no busca modificar las condiciones de ciertos pueblos y nacionalidades sino las de la totalidad del conjunto social. A su vez, problematiza no solo la diversidad étnico cultural sino las diferencias que han sido construidas como patrón de poder colonial.

Modelos de atención y construcción sociocultural de los padecimientos

El proceso de salud/enfermedad/atención se refiere tanto a la estructura social como a la de significado, por lo que en dicho proceso se expresa la sociedad y también la particularidad de los grupos que la conforman (Menéndez, 1997). Asimismo, es un universal que opera estructuralmente y en forma diferenciada en toda sociedad; afecta su vida cotidiana y las condiciones de su producción y reproducción (Menéndez, 1994).

En las sociedades latinoamericanas existen diversos modelos de atención de los padecimientos que no son considerados o lo son, pero de forma antagónica por el sector salud. Esos modelos de atención buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. Existen distintos modelos de atención en nuestro contexto: la biomedicina, popular, alternativa, derivada de otras tradiciones médicas y centrada en autoayuda:

- de tipo biomédico: incluye tanto a formas antiguas como algunas prácticas más marginales dentro de la biomedicina (como la homeopatía, quiropraxia). Menéndez incluye en este tipo a diferentes formas psicoterapia individual, grupal y comunitaria.
- de tipo "popular" o tradicional: son desarrolladas por curadores especializados (como chamanes, yerberos, hueseros).
- alternativas, o new age: son llevadas a cabo por sanadores bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.;
- devenidas de otras tradiciones médicas (como acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina)
- centradas en la autoayuda (como Alcohólicos Anónimos, Clubes de Diabéticos, familiares de niños o niñas con síndrome de Down): se encuentran organizadas y orientadas por personas que padecen o co/padecen alguna problemática específica.

Es interesante vislumbrar que, en la actualidad, dichas formas de atención ya han dejado de constituir en un patrimonio único de algún determinado sector étnico, social o económico; muchas de las actividades de las mismas han sido resignificadas, sus usos se han extendido a medios en los cuales no habían sido originadas. La noción de pluralismo asistencial hace referencia a la articulación de distintas instancias asistenciales y terapéuticas –estén oficialmente reconocidas o no– en una misma población para resolver sus problemas de salud. Se trata de un fenómeno estructural en la sociedad latinoamericana y en la mayoría de las sociedades, lo que permite el descentramiento del sistema sanitario formal y su contextualización en el marco de otras posibilidades para mejorar la salud o enfrentarse a la enfermedad (Perdiguerro, 2004, 2006).

A su vez, la complementariedad terapéutica implicaría la combinación de diversas estrategias terapéuticas frente a un mismo episodio de enfermedad (Fadlon, 2005; Idoyaga Molina, 1997, 2002 y 2007). Aquella complementariedad podría ser asumida tanto por la propia persona que presenta un padecimiento como por

su familia o entorno o un especialista, desarrollándose en sujetos de sectores sociales diversos con distintas pertenencias culturales y étnicas.

Idoyaga Molina (2002, 2010 [1997]) categoriza la existencia de distintos tipos de medicina: la biomedicina (referida a la medicina occidental o académica), medicina tradicional (designa a las prácticas ancestrales propias de cada región; en América Latina podría ser el curanderismo o chamanismo), medicina religiosa (terapias llevadas a cabo en el marco de cultos o sistemas de creencias religiosas específicas, como las umbanda, kamdomblé, evangélicas o carismáticas), 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 incluir diversas técnicas terapéuticas entre las que se pueden incluir tanto saberes enraizados de medicinas caseras como fármacos industriales). Por su parte, Kleinman (1978) distingue tres sectores de cuidado a la salud: el popular (referido a la cultura médica programa, organizada a nivel familiar, comunitaria o de las redes sociales), el folk (curadores populares) y el profesional (que practica la biomedicina).

A su vez, el itinerario terapéutico hace referencia a una secuencia de actividades llevadas a cabo por los propios actores sociales en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento; de ese modo, devienen en un indicador de los recursos que se emplearon (Kleinman y Psordas, 1996). El comienzo del proceso de búsqueda de la salud, y la configuración del itinerario, no coincide siempre con la emergencia de alguna sintomatología, sino que depende de la valoración que se realice en torno a ella y, posteriormente, de la decisión de actuar –o no hacerlo– (Perdiguero, 2006). Su construcción contribuye en la comprensión de creencias y prácticas puestas en juego situacionalmente: en las trayectorias se imbrican las dimensiones culturales, sociales y biológicas por lo que su configuración se liga a múltiples factores, tales como las dificultades o facilidades de acceso a determinados modelos de atención, las creencias culturales, expectativas, vivencias previas y disponibilidades de terapéuticas curativas. Los itinerarios llevan en su seno distintas interpretaciones del mundo e involucran a redes sociales de las personas, por lo que no se trata de un recorrido solitario sino de uno conformado por actores sociales que se vinculan entre sí a través de relaciones sociales que pueden afectar la salud de las personas de manera positiva o negativa (Leite y Vasconcellos, 2006; Lozares Colina, 1996; Rosas, 2000; Sluski, 2002; Bronfman 2001 en Pasarin, 2011).

Asimismo, en dichos itinerarios sería esperable que el primer nivel real de atención se constituyera en la autoatención: la misma es una de las actividades básicas que realizan las personas y grupos durante el proceso salud / enfermedad /atención/cuidado, ya sea de manera autónoma o utilizando referencias de otras formas de atención. Implica el diagnóstico, explicación, atención, control, alivio, curación o prevención de procesos (reales o imaginarios) que afectan la salud sin que intervengan directamente o intencionalmente curadores profesionales. Es decir, si bien curadores podrían haber servido como referencia para la

autoatención, en la misma habría una autoprescripción y un tratamiento autonomizado; usualmente es la primera actividad que un microgrupo implementa al detectar padeceres y, en función de la evolución de la situación y de otras condiciones sociales / culturales, dicho grupo definirá si acudir a la consulta de otras formas de atención.

Pese a la existencia de los distintos modelos de atención de los padecimientos, es usual que desde el sector salud se ignore y/o margine aquellas actividades que se corresponden con modelos distintos al biomédico y a los que numerosos segmentos poblacionales recurren (Menéndez, 2003). Desde finales del siglo XVIII, el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la *medicina científica* logró establecer como subalternos a los saberes hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales –aunque hubieran formaciones sociales *abigarradas* (Zavaleta Mercado, 2008), en las que se superponían distintos tipos de sociedades que se mezclaban, sin fundirse, entre sí– .

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

Siguiendo a Menéndez (2010), los saberes pueden definirse como aquella articulación entre representaciones y prácticas que están condicionadas por tensiones de hegemonía y subalternidad entre culturas y posiciones diferenciales en la estructura social. No son meras elucubraciones abstractas, sino que las mismas son eficaces y se traslucen en los abordajes e intervenciones en el acto de salud. En ese sentido, los saberes acerca de las enfermedades y sufrimiento no son solamente hechos cotidianos, sino que también resultan necesarios para asegurar la producción y reproducción en las sociedades.

Es posible advertir, entonces, la existencia de saberes expertos y de saberes de la experiencia –saberes herejes que profanan los conocimientos propios del pensamiento científico y que están asociados a determinadas condiciones de existencia (Correa-Urquiza, 2009) –.

La cultura habilita determinadas lecturas sobre el mundo, significando los acontecimientos dentro de una trama que arma sentido. Asimismo, se trata de un sistema que permanece abierto y en permanente interacción con los sujetos, siendo un conjunto de representaciones dinámicas (Moro, 2004). Pese a ello, en lo relativo a la salud mental, hubo una tendencia a la universalización de las clasificaciones psicopatológicas y tratamientos terapéuticos propuestos, invisibilizando que se tratan de construcciones

producto de una sociedad y época determinada. Es decir, también dentro del campo de la salud mental fue factible divisar los efectos de la imposición de ciertos modelos occidentales por sobre otros aún vigentes en diversos contextos, lo que permite pesquisar una mirada etnocéntrica que se considera como una norma de referencia válida para establecer qué conductas son normales y cuáles patológicas.

En lo que atañe al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, cada cultura posee sus teorías etiológicas –a través de las cuales se intenta explicar el sufrimiento, para así sobrevivir al dolor y al sin sentido– que se asocian a técnicas terapéuticas, formando una díada eficiente en la que no solamente se revelan las causas del mal sino también se impone un procedimiento para tratarlo. Ellas son puestas a disposición a través del grupo y se transmiten de diversos modos, a través del relato, ritos, técnicas del cuerpo y de los cuidados, la experiencia y enunciados (Nathan y Moro, 1989 en Moro, 2004).

Kirmayer et al. (2011) plantea que la cultura influye en cómo los individuos interpretan los signos y síntomas de la enfermedad –incluidos los trastornos psiquiátricos–, en reacciones ante ellos, los patrones de afrontamiento, la búsqueda de ayuda, adherencia al tratamiento, estilos comunicacionales, emocionales y expresivos, relaciones entre la persona que los padece, su familia y quien provee atención profesional. Los modelos explicativos no serían productos fijos de esquemas cognitivos sino estrategias cambiantes y dinámicas que permiten atribuirle un sentido a la aflicción, lidiar con la misma, comunicarse. Si bien esa noción estuvo muy ligada al enfoque de racionalidad que propuso Young (1982), es usual hallar que los modelos sean provisionales, que pueda apelarse a distintos modelos que resultan inconsistentes entre sí. A su vez, Kirmayer y Bhugra (2009) proponen que es necesario reconocer que los modelos explicativos se encuentran tanto en profesionales como en la población leiga, pese a que en los servicios de salud se tienda a considerar que los provenientes de la población usuaria son equívocos y se constituyen en barreras para la adherencia al tratamiento y la comunicación.

Por su parte, Idoyaga Molina (2000, 2002 en 2018) plantea que en América Latina habría teorías etiológicas de la enfermedad que la conciben como desequilibrio. El mismo podría ser orgánico (como el empacho, la gripe), emocional (se originaría en el ánimo o experiencias traumáticas, como el susto o los nervios en los taxa vernáculos tradicionales), social, ambiental o mítico-religioso-ritual.

Pensadores y pensadoras provenientes de diversas corrientes teóricas –tales como la antropología médica, sociología de la salud, psiquiatría transcultural, etnopsiquiatría y etnopsicoanálisis–, se enfocaron en el estudio de los modelos de atención a la salud/salud mental y en los padecimientos de la población migrante o indígena (Devereux, 1975; Fernández Juárez, et al., 2008; Kleinman, 1978; Menéndez, 2003, 2010; Moro, 2008; Hollweg, 2001). Muchos de ellos denunciaron la tendencia a un universalismo etnocéntrico y destacaron las discrepancias entre los modelos explicativos y terapéuticos de la población consultante y los propios de las o los profesionales intervinientes.

Existe una construcción sociocultural de los padecimientos que expresan la respuesta social ante los mismos y que da cuenta de los modos en los que los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado son comprendidos, experimentados y enfrentados por los conjuntos sociales. De esta manera, los saberes se producen y reproducen en determinados contextos, siendo operacionalizados, instrumentados y transformados en las situaciones concretas, así como vivenciados subjetivamente (Osorio Carranza, 2001). Sin embargo, a pesar de la reconocida existencia del pluralismo médico, investigaciones argentinas actuales refieren que profesionales de la biomedicina, sus asistentes y psicoterapeutas carecen de entrenamiento en el análisis cultural, el que resultaría fundamental para arribar a un diagnóstico adecuado de las personas tratadas. Asimismo, destacan que la atención de la salud no se enfoca en la cultura de la persona usuaria y que existen límites inherentes a los conocimientos que pueda portar quien practica la atención psicológica si desconoce el contexto de sus consultantes, lo que puede conllevar a una escasa calidad del servicio brindado (Korman y Garay, 2004). Otros estudios locales (Barcala, 2011) identificaron que el respeto por la cultura a la que pertenecen los niños y las niñas provenientes de países limítrofes u otras comunidades todavía aparece como una dificultad y constituye una barrera importante en lo relativo a la efectivización del derecho a la salud de esa población. A pesar de la tendencia hacia la universalización, se considera fundamental incorporar las lógicas de las familias consultantes en las conceptualizaciones clínicas y en los dispositivos de atención.

La pluralidad de análisis y perspectivas pareciera suspenderse en el sostenimiento de un pensamiento de tipo abismal caracterizado por la imposibilidad de la co-presencia en ambos lados de la línea: en ese trazado de la realidad social entre “este lado” y el “otro lado”, el segundo se produce en tanto no-existente de manera comprensible o relevante. Aquellos conocimientos que se integran en el “otro lado” –como los populares, indígenas– son considerados como meras suposiciones intuitivas, creencias que resultan desechadas. Pese a ello, es necesario sostener la copresencia radical, la concepción de que lo acontecido en ambos lados de la línea es igualmente contemporáneo (Sousa Santos, 2010).

Desde un enfoque etnopsiquiátrico transcultural y a partir del trabajo con investigaciones transculturales realizadas desde 1968 hasta el 2003 –sumadas a la experiencia clínica intercultural– el psiquiatra boliviano Hollweg (2003) sostiene que es necesario conocer las peculiaridades culturales de cada pueblo para comprenderlo, sin abordarlo desde las normas propias de los sistemas culturales europeos. Plantea que las cosmovisiones de mundo y el sistema de valores de cada cultura influyen en los comportamientos de las personas y en sus modos peculiares de reacción. En esa línea, propone que las culturas no pueden valorarse desde una referencia general a partir de la cual los comportamientos sean designados como normales o anormales. También refiere que en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales suelen sobreestimarse los aspectos universales de la biología del comportamiento y subestimarse los factores

culturales (principalmente, aquellos síndromes psiquiátricos culturales propios de áreas que no sean la anglosajona y europea).

Por otra parte, en 2004 la Asociación Psiquiátrica de América Latina, tras identificar que las clasificaciones de diagnósticos internacionales no resultaban suficientes para dar cuenta de las maneras idiosincrásicas en las que la población latinoamericana experimenta una enfermedad y sus necesidades clínicas peculiares, publicó una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). La misma fue creada considerando que la cultura influye en la forma de enfermar de las personas, así como las circunstancias socioeconómicas que atraviesan, por lo que se requiere que se enfoque de un modo particular los malestares que padecen las poblaciones que viven en América Latina. Plantean que las creencias etiológicas respecto de la enfermedad forman parte del sistema de creencias de cualquier cultura y que se proponen explicar quién (fuerzas espirituales o invisibles) o qué (desequilibrios de elementos fríos y calientes, gérmenes) genera dicho malestar.

De manera complementaria, también Iriart y Ríos (2012) plantean que los diagnósticos psiquiátricos suelen variar en función de climas históricos, sociales y culturales, lo que indica que su definición no es un fiel reflejo de verdaderas condiciones clínicas objetivas, sino que es efecto de procesos fuertemente influenciados por factores ideológicos, políticos, culturales y socioeconómicos.

c. Duelos migratorios, traumatismos y... otros dolores en la movilidad humana

*“Pocos caminos abiertos
todos los ojos en el aeropuerto
Unos años dorados,
un pueblo habituado a añorar...
Cómo me cuesta quererte
Me cuesta perderte
Me cuesta olvidar”
Jorge Drexler, 2008*

Perspectivas teóricas y abordajes clínicos: algunas coordenadas posibles

El campo migratorio puede abordarse desde distintas disciplinas y prismas que privilegian diversos lentes para la aproximación a su tema de estudio. Desde el psicoanálisis, Grinberg y Grinberg (1984) inauguran el campo de los estudios psicoanalíticos sobre la migración y el exilio. Fueron precursores de una corriente psicoanalítica abocada a comprender la subjetividad y aportar herramientas clínicas para el abordaje de las problemáticas asociadas al desplazamiento humano y su correlato en el psiquismo. Desde la psiquiatría española, Achotegui (2009) acuña la noción de “Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple” para aludir a los estresores y vulnerabilidades que podrían afectar a quienes migran, principalmente en condiciones extremas. También desde la etnopsiquiatría francesa se realizan importantes aportes no solamente en la conceptualización sino también en el abordaje clínico con consultantes provenientes de

otros países (Moro, 2019). En Canadá, los aportes de Kirmayer et al. (2011) clarifican las características principales de las fases que componen a la trayectoria migratoria. A continuación, se destacarán algunos aportes centrales de estas perspectivas, por considerarlos relevantes para el desarrollo de la tesis.

Grinberg y Grinberg (1984) se plantean construir una psicopatología de la migración: estudian los diversos tipos de ansiedades provocadas en el sujeto al desplazarse (algunas de tipo persecutorio frente al encuentro con lo desconocido; tipo depresivo que darán lugar a un duelo por los objetos y partes del self perdidas; confusionales en la indiscriminación entre aquello nuevo y viejo), mecanismos de defensa predominantes, síntomas y posibilidades de elaboración de las ansiedades, del desarraigo y pérdida).

Conceptualizan que la migración constituye una situación de crisis porque implica la pérdida masiva de objetos, ya sea personas significativas, una profesión, un medio económico o social, idioma, cultura u otros elementos. Esta situación pone en riesgo el sentimiento de identidad, de seguir sintiéndose sí mismo o misma, pese a los cambios. Esto representa una conmoción que sacude a la estructura psíquica, y en una mayor medida si ésta se encuentra menos consolidada. A su vez, se resquebraja el sentimiento de pertenencia a un grupo social establecido, lo que suele acompañarse de vivencias de soledad, aislamiento e inseguridad. La situación de crisis podría haber sido la que detonó la decisión de emprender la migración o/y puede ser su consecuencia.

Tizón et al. (1988, 1989) propone que el trasplante migratorio requiere de la realización de ajustes en los sujetos y que, si el desplazamiento aconteció sobre una base de una vulnerabilidad personal, familiar o social alta, aquello podría favorecer el desarrollo de expresiones psicopatológicas (entre ellas, destacaría la tríada sindrómica de la somatización-hipocondría, paranoia y depresión). Según dicho autor, las migraciones –y, principalmente, aquellas vinculadas a trasplantes de una mayor desprotección, desde una perspectiva psicosocial– podrían configurarse en un factor de riesgo psico(pato)lógico. A la vez, denuncia que los cuidados otorgados en el marco de la atención primaria tenderían a medicalizar y cronificar el dolor de la migración y no a elaborarlo.

En esa línea, también desde el activismo de Orgullo Loco, se planteó (Salazar, 2021) que las personas migrantes y/o racializadas no solo tienen una mayor vulnerabilidad ante problemas de salud mental sino también más posibilidades de ser psiquiatrizadas y víctimas de aquellas instituciones estatales coercitivas. Complementariamente, refieren que las dificultades propias de la cotidianidad de la vida en un país ajeno, la ausencia de redes de apoyo, el aislamiento y el atravesamiento por situaciones de violencias y opresiones podrían tender a mayores internaciones en instituciones psiquiátricas. Se establece una relación histórica entre psiquiatría y racismo, al recuperar los desarrollos de Fanon quien debatía con psiquiatras respecto de que aquellas características que se le atribuían a las personas argelinas –como la violencia e impulsividad–

no se debían a sus posibilidades limitadas producto de la biología o sistema nervioso, sino que eran efecto de la situación colonial.

Achotegui (2009) plantea que el duelo migratorio afecta la identidad, definida como *“el conjunto de las representaciones que permiten que el sujeto se sienta, por un lado, como semejante y perteneciente a determinadas comunidades que comparten ciertos valores o ideas y, por otro lado, diferente y no perteneciente a otras (Achotegui, 2002)”* (Achotegui, 2009: 165) e implica una regresión psicológica, así como una fuerte ambivalencia tanto por el país de origen como de acogida. Especifica las características del duelo migratorio: se trata de un duelo parcial (el país de origen no se encuentra totalmente perdido para el sujeto puesto que continúa existiendo y se lo puede contactar o, quizás, regresar a él), recurrente (ya que diferentes eventos reavivan los vínculos con la patria, manteniéndose activos durante toda la vida del sujeto, de modo más o menos conciente según el caso), vinculado a aspectos infantiles muy arraigados (porque en la infancia se construye la personalidad), múltiple (abarca muchas pérdidas) y transgeneracional (no se agota en la persona del migrante sino que también puede continuar en las generaciones siguientes si no logran ser ciudadanas de pleno derecho). A su vez, el autor desarrolla el concepto de *síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple* (o Síndrome de Ulises) para aludir a un cuadro reactivo de estrés ante situaciones que dificultan la elaboración de un duelo migratorio extremo. Plantea que el mismo no se trata de una enfermedad mental y describe la sintomatología del síndrome vinculada a aspectos depresivos –tristeza y llanto–, ansiosos –insomnio, irritabilidad, tensión, pensamientos intrusivos y recurrentes–, de somatización –cefaleas, migrañas, fatiga, molestias osteoarticulares– y confusionales. Sumado a ello, tanto el sistema sanitario como el asistencial no brindarían una adecuada atención a dicho síndrome –lo que puede funcionar como un nuevo estresor para los migrantes– al banalizar la problemática y/o al diagnosticarla erróneamente como cuadros depresivos, psicóticos, somáticos o de estrés postraumático.

Marie Rose Moro (2008, 2019) conceptualiza la epistemología y técnica de una clínica transcultural. Dicha clínica se basa en el postulado de la universalidad psíquica, la que otorga a todas las personas un mismo valor a sus producciones, sus modos de pensar, vivir y ser, brinda *“el mismo estatus ético y científico a todos los seres humanos”* (Moro, 2019: 23). También plantea algunos principios fundamentales en la clínica transcultural –o como también la denomina, plural o mestiza– como el de complementariedad y el descentramiento. La complementariedad señala la importancia de que se desplieguen diversas lecturas de cada historia, múltiples referencias e hipótesis etiológicas que conduzcan a clausurar la unicidad y los diagnósticos precoces, promoviendo el descentramiento del yo. Esto se materializa en un dispositivo de atención caracterizado como mestizo, orientado por la noción de alteridad y que, al adquirir una modalidad grupal, es compuesto por numerosos y numerosas co-terapeutas de distintas disciplinas (como psicología, medicina, enfermería y trabajo social), especializaciones, géneros, orígenes lingüísticos y culturales. Dicha

diversidad construye implícitamente el dispositivo y propone un abordaje colectivo de padecimientos cuya etiología no es considerada de manera individual. Así, desde una perspectiva interaccional, se incluye también a su familia o grupo en un marco complejo.

Otro pilar de este tipo de clínica es la importancia que se le otorga a brindar espacio para que se despliegue la lengua materna de los pacientes, por lo que incorpora la figura de traductores quienes conformarían una nueva tríada en la situación clínica transcultural: paciente- traductor o traductora- terapeuta. La posibilidad de realizar pasajes entre las lenguas implica no instaurar el forzamiento a hablar lenguas nativas ya fosilizadas ni el pedido de acomodación a la nueva lengua. Esto tiende a evitar replicar esa vivencia de separación entre sistemas de pensamiento que parecieran ser contrarios, aunque pueden coexistir.

En otro orden, se señala la importancia del análisis no solo de la contra-transferencia entendida de modo clásico sino aquella asociada a la dimensión cultural (Moro 2019, Moro, Nathan 1989). Esta se vincula con los implícitos, afectos, teorías y afectaciones experimentadas por los terapeutas respecto a la alteridad de su paciente, en relación con su ser cultural, sus modos de hacer y pensar en torno al padecimiento que atraviesa. *“La transferencia y contra-transferencia cultural están atravesados por la historia, la política, la geografía... tanto los pacientes como el terapeuta tienen su pertenencia, membresías, y están inscritos en las historias colectivas que impregnan sus reacciones y de las que deben ser concientes. Sin analizar esta transferencia contra-cultural, tenemos el riesgo de pasar al acto agresivo, emocional, racista...”* (Moro, 2019: 28-29). Con este modelo, se visibilizan interrogantes que, por su ausencia, dan cuenta de un pensamiento hegemónico que naturaliza diversas cuestiones de los tratamientos ofrecidos, entre ellos el propio encuadre.

Kirmayer et al. (2011), desde Canadá, plantea que los desplazamientos territoriales implican tres conjuntos de transiciones fundamentales: el cambio en vínculos personales y la necesidad de reconstruir redes sociales novedosas, el pasaje de un sistema socioeconómico a otro y el traspase de un sistema cultural a otro. A su vez, desarrollan que la trayectoria migratoria podría dividirse en tres fases: premigración, migración y postmigración. Cada una de ellas se asocia con exposiciones y riesgos específicos que pueden condicionar la experimentación de problemas de salud mental durante la experiencia migratoria, tanto antes como durante y después del reasentamiento. De ese modo, habría factores que se encuentran relacionados con la migración y su afectación en la salud mental; los mismos pueden variar en función de su significado particular para algunas comunidades y en función de su severidad.

Desarrolla que es importante considerar no solo los efectos de la migración en la salud mental sino también el uso del sistema de salud y las barreras para acceder allí. En cuanto al abordaje clínico, proponen la importancia de trabajar con intérpretes profesionales y agentes culturales que faciliten la comunicación para evitar las dificultades que las personas migrantes puedan tener al describir sus problemáticas y conversar

acerca del tratamiento. Además, aquellas figuras podían desempeñar el rol de mediación al traducir también los marcos culturales –aunque debiera evaluarse, en cada situación, si quienes consultan las perciben amenazantes para su confidencialidad–. Fomenta la inclusión de la familia en los procesos de atención para generar confianza y obtener información relevante, también a integrantes que hubieran podido permanecer en otros países. El trabajo con organizaciones comunitarias etnoculturales e instituciones religiosas que brindan apoyo a las personas migrantes resulta relevante en los abordajes con migrantes en la fase de asentamiento en la sociedad de acogida.

Sufrimientos en la migración y debates en torno a la noción de *trauma*

Los procesos migratorios son heterogéneos tanto por los motivos que llevan a emprenderlos como por los modos singulares de vivenciarlos. Al tratarse de fenómenos complejos, poseen el potencial de generar transformaciones enriquecedoras y agenciamientos, así como sufrimiento psíquico en quienes los emprenden.

A pesar de que, usualmente, la movilidad humana es el resultado de una búsqueda por escapar de una situación acuciante o arribar hacia donde se supone que la promesa de una “mejor vida” será posible, los procesos migratorios en sus diferentes etapas pueden producir tensiones, malestares. Asimismo, la migración supone situaciones de pérdida que requieren un trabajo de duelo. El duelo es descrito por Freud (1915) como aquella reacción normal que surge en una persona frente a la pérdida –tanto de otro sujeto que había sido investido libidinalmente por él como frente a la pérdida de una abstracción, tal como la patria– e implicaría la necesidad de un trabajo psíquico y un tiempo lógico para su elaboración. Atravesando el trabajo de duelo, el sujeto debe abandonar aquellos lazos libidinales que lo unían con el objeto, declararlo perdido y permitir que la libido quede disponible para invertir otros objetos, dejando al yo libre de inhibiciones.

Numerosas investigaciones se abocaron al estudio de las prevalencias de trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas, comparándolos con la población en el país de destino, pero la variación entre los resultados obtenidos no arrojó información consistente en torno a ello. El Trastorno por Estrés Post-traumático fue el único que mostró una mayor prevalencia en personas refugiadas respecto de las nativas (Carpio, 2019), aunque hay numerosas críticas, por un lado, a la rigurosidad de dicha clasificación nosográfica, y, por otro, a la consideración de un sobrediagnóstico del mismo (Achotegui, 2017).

Pese a ello, la noción de trauma ha sido recuperada en diversos desarrollos teóricos en torno a la temática. Dicho concepto atravesó los desarrollos producidos por el padre del psicoanálisis y su significación se fue transformando en los sucesivos replanteos de Freud. Lejos de historizar las variaciones que cobró, es de interés plantear dos aspectos centrales: la idea de que el trauma actúa en dos tiempos y como efecto de, por lo menos, dos acontecimientos (Freud, 1985) y su caracterización de ser un aflujo excesivo de excitaciones,

en relación a la tolerancia del sujeto y su capacidad tanto de controlar como de elaborar psíquicamente aquellas excitaciones (Laplanche y Pontalis, 1971).

Nathan (1986) plantea que la migración es en sí misma traumática. Alude a un sobrepaso de la capacidad del psiquismo para metabolizar y elaborar lo acontecido. También señala la vivencia de una ruptura abrupta de los referentes culturales, al romper la homología entre el marco cultural interno y el externo.

Para Moro (2004, 2019), en cambio, la migración suele resultar traumática, aunque no por ello debiera producir, necesariamente, efectos patógenos. La autora refiere que la misma puede resultar estructuradora para el sujeto y potenciar la creatividad al situar a la persona ante nuevas dinámicas.

Por su parte, Grinberg y Grinberg (1984) establecen la *potencialidad* traumática de la migración, vinculada a una situación de crisis o a acontecimientos traumáticos parciales. Refieren que dichos desplazamientos desafían a la persona a atravesar por estados de desorganización que precisan de una reorganización posterior que no siempre es alcanzada, principalmente si el yo de quien migra fue severamente dañado –ya sea por las condiciones en las que se dieron en su desplazamiento o por una predisposición previa–. Cuando no resulta posible una recuperación de aquel estado de desorganización, la persona padecería patología psíquica o física. Las experiencias traumáticas estarían vinculadas con múltiples factores determinantes, vinculadas con la personalidad previa y otras circunstancias; así, el modo en el que se reacciona frente a un suceso presente, está relacionado con las experiencias del pasado.

Plantean que el potencial traumático de la migración no debiera pensarse como una cuestión puntual y específica: pueden tratarse de traumatismos acumulativos y de un estado de tensión, no de un hecho único y ruidoso. Dichos traumatismos pueden generar efectos a largo plazo y profundos. Tampoco es tan fácilmente aislable o identificable el efecto de la experiencia migratoria, dándose necesariamente cuando se produce la separación del lugar de origen o se arriba al nuevo lugar. Pueden darse, por ejemplo, periodos de latencia (tiempo entre el hecho traumático en sí y sus efectos detectables) o duelos postergados, no manifestándose clínicamente ansiedades, angustias o sentimientos de desamparo.

Achotegui (2017) refiere que, aunque las personas migrantes hubieran vivenciado situaciones traumáticas, eso no implica que necesariamente desarrollen trastornos mentales. Propone que, en muchas ocasiones, la migración se constituye más en una solución que en un problema. También cuestiona los sobrediagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático y la psiquiatrización del dolor de la población migrante o refugiada, lo que aparejaría su estigmatización y numerosas consecuencias negativas. El mencionado psiquiatra español (1999, 2002, 2009) considera que la migración no se trata de una causa de trastorno mental en sí misma sino que constituye un factor de riesgo en el caso de que la persona no estuviera sana previamente, si el medio de acogida resultara hostil y/o si se dieran ambas condiciones. Refiere que la migración es un acontecimiento que supone tensión y cuyos estresores más importantes son la separación de los seres

queridos, la desesperanza por la ausencia de oportunidades y el fracaso del proyecto, la lucha por sobrevivir, el miedo (vivenciado durante el desplazamiento, amenazas de las mafias, detención, expulsión o indefensión ante la falta de derechos). Sin embargo, los mismos se incrementarán por factores que pueden potenciarlo, tales como la cronicidad, multiplicidad (cuantos más estresores, mayor riesgo), sentimiento de indefensión aprendida al percibir que no puede modificarse la situación, déficit en las redes de apoyo social y ausencia de autoeficacia.

Venturini (2006) desarrolla una crítica a las perspectivas etnopsiquiátricas de Nathan y a la transcultural planteada por Achotegui por considerar que ambas asociarían a la inmigración con la patología psíquica. Desde una mirada psicoanalítica, señala que aquellas concepciones sostienen una identidad esencialista que se fundaría en la cultura, ésta entendida como originaria, totalizante y acabada. También cuestiona la idea del retorno a los orígenes que aquellas corrientes esbozarían como horizonte terapéutico y sostiene que la caza del origen no es fecunda ya que las cosas carecen de una identidad prístina, sino que fueron construidas a partir de figuras que les resultaban forasteras, extrañas.

En cuanto a la etnopsiquiatría, la autora cuestiona la idea de que el cambio de cultura necesariamente implique una pérdida de identidad y un trauma; también discrepa con Nathan (1986) en relación a la consideración de que es importante reafirmar las creencias de la cultura de origen de las personas migrantes por ser homeostáticas respecto a su aparato psíquico. Propone que la filiación a la cultura responde a lógicas más complejas que aquellas que opondrían lo propio de lo ajeno y que los sujetos llevan a cabo interpretaciones de aquellas primeras marcas, no cristalizándose en ellas. De ese modo, la identidad sería efecto de las interpretaciones singulares realizadas a partir de las marcas del Otro y estaría incompleta, pudiendo la vivencia de la migración o extranjería incluso producir la emergencia del sujeto.

d. Infancias en contextos migratorios. Sufrimiento psíquico, agenciamientos y necesidades

*“Caminando por el mundo
se ven ríos y montañas,
se ven selvas y desiertos,
pero no puntos ni rayas.
Porque esas cosas no existen,
sino que fueron trazadas
para que mi hambre y la tuya
estén siempre separadas”
Aníbal Nazoa, 2005*

Efectos de la migración en las infancias

La migración podría generar diferentes efectos dependiendo de la etapa de la vida en la que la misma acontezca. En el caso de los niños y las niñas, es factible considerar ciertas cuestiones que podrían pensarse como ventajas para vivenciar dicha experiencia de un modo menos traumático y otras que se erigirían en tanto obstáculos: por un lado, podría resultar alentador el hecho de que, si migran junto con su familia, la

misma podrá devenir como una envoltura, capa protectora contenedora. Sin embargo, la familia también se encuentra convulsionada con la migración y no siempre podrá amortiguar los estímulos ni podrá proveer de la confianza básica necesaria. Sumado a ello, el hecho de no haber podido decidir la migración y no comprender cabalmente sus motivos puede resultar un factor negativo para las personas más pequeñas de la familia (Grinberg y Grinberg, 1984). Asimismo, si han habido conflictos previos no resueltos o una relación con los objetos (tanto internos como externos) no suficientemente buena, podría aparecer el desajuste del niño o niña migrante a través de diferentes manifestaciones, dependiendo de su edad: podría desplegar fobias, apego extremo a su madre, aislamiento, inhibición, dificultades en el aprendizaje, sensaciones de persecución y desprecio, síntomas corporales (como trastornos del sueño, enuresis, encopresis, propensión a accidentes o enfermedad, inapetencia o voracidad) (Grinberg y Grinberg, 1984).

Además de las pérdidas de personas significativas, dichas infancias también pueden padecer por la fragilización de las competencias de sus referentes, quienes suelen estar ocupados en la búsqueda de supervivencia en el nuevo contexto, muchas veces de rechazo. Así, según Labrín y Marquebreucq (2006) el sufrimiento de las infancias se potenciaría cuando sus referentes ya no cuentan con disponibilidad para apaciguar sus dolores ya que se encuentran sin recursos psíquicos para elaborar su propio duelo migratorio y controlar el estrés. Con la pérdida de los puntos de referencia y apoyos en los que sostener su identidad pudiendo *“calmar el dolor de las heridas y elaborar el sufrimiento, dándole un sentido a las experiencias”* (Labrín y Marquebreucq, 2006: 9) –, los padres y madres podrían encontrar obstaculizada su posibilidad de ofrecer cuidados y protección a sus hijos e hijas. Esto tendría la potencialidad de amenazar su sentimiento de continuidad de existencias, desbordando su capacidad de simbolización y generando sensaciones de desintegración o pérdida de conciencia de la realidad.

En esa línea, Moro (2019) destaca que las experiencias traumáticas ligadas a la migración pueden ser experimentadas por los propios niños de manera directa, o indirecta a través de sus progenitores y progenitoras que pueden vivenciar rupturas efecto de las desestabilizaciones atravesadas. Además, refiere que aquellas infancias migrantes que tienen menos de tres años pueden presentar síntomas psicofuncionales como dolores abdominales, vómitos, anorexia, pesadillas e insomnio. Entre los tres y seis años también podría continuar el predominio somático, agregándose las regresiones transitorias (como pérdidas de adquisiciones, llanto). Luego, para los mayores de seis años podría darse una patología reactiva en el plano psíquico, con dos presentaciones distintas y a veces coexistentes: por un lado, dificultades en el investimento del mundo externo y el aprendizaje de la nueva lengua; por el otro, agresividad en la escuela o en otros espacios externos, vinculada con la ansiedad ante lo desconocido.

Siguiendo las conceptualizaciones de Yampey (1982) respecto de la migración paraguaya a la Argentina, también es posible encontrar malos entendidos entre las personas migrantes adultas y sus descendientes, los

que afectan tanto su convivencia como su comunicación. Habría una tensión entre la sospecha de traición por quienes quisieran dejar atrás sus orígenes y el lugar de guía o modelo que ocupan los hijos y las hijas en relación a su integración al medio.

En lo relativo a la migración durante la niñez, Ajuriaguerra y Marcelli (1992) plantean que las personas más pequeñas son vectores privilegiados de los riesgos que puede producir el biculturalismo, las carencias por ubicarse en sectores desventajosos de la estructura social y las modificaciones familiares secundarias a las nuevas condiciones de vida. Además de las dificultades que pueden generar las diferencias entre la lengua familiar y la lengua social del país que los acoge, también atraviesan una ruptura de lazos con sus pares de clase y familiares, enfrentándose a cambios tanto lingüísticos como culturales y climáticos.

Si se tomaran en consideración las tres fases de la trayectoria migrante y las exposiciones o riesgos específicos de cada una de ellas, habría unas particularidades que Kirmayer et al. (2011) destaca en las infancias: en la premigración, se pone en juego la edad y la etapa del desarrollo de la persona, la interrupción de la educación y la separación de la familia extendida y sus pares. En la migración; la separación con su cuidador o cuidadora, la exposición a condiciones de vida dañinas y a violencias, nutrición deficiente, incertidumbre sobre el futuro. En el post migración, aparece el stress vinculado con la adaptación familiar, dificultades con la educación en una nueva lengua, la discriminación y exclusión social y la aculturación (vinculada a identidad religiosa o étnica, conflictos de género e intergeneracionales con su familia).

Por su parte, Suárez Orozco y Suárez Orozco (2003) destacan que las infancias migrantes suelen estar afectadas por la “*proyección social negativa*” que vivencian en el país de destino. Si bien la migración puede ser traumática, dicho carácter se acentúa cuando predomina el desprecio hacia las personas extranjeras y los obstáculos en su acceso a la educación y atención sanitaria, entre otros derechos. También refieren que la constelación de cambios y nuevas experiencias que impone la migración, influye en el psiquismo en desarrollo pero que el clima social y cultural que les reciba en el lugar de destino y las oportunidades que tengan a su disposición también resultan fundamentales.

Aquellas infancias que permanecen en su país de origen –“quienes se quedan” – pueden verse afectadas por la migración de quienes han cambiado su país de residencia, vivenciando ambivalencia en torno a dichas personas y a la tierra de destino de la migración (Calvo, 2005; Achard y Galeano, 1983; Rodríguez 1978, 1979, 1982 en Tizón, 1989). Según Tizon et al. (1989) también pueden experimentar un síndrome de carencia afectiva por privación de cuidados afectivos, falta de contención, incremento de ansiedades, miedos, inquietudes, insomnio, dolores físicos.

Pese a lo recién mencionado, los procesos de movilidad de NNA también pueden ser considerados desde una perspectiva complementaria –y no necesariamente contradictoria–. Sus procesos de movilidad pueden comprenderse, también, como estrategias de resistencia para la construcción de novedosas alternativas de

vida para sí, su familia y entorno, como modo de reunificación familiar y búsqueda de paz (Álvarez-Velasco y Glockner Fagetti, 2018). Se ha vislumbrado su capacidad de agencia, ya no como seres receptores impávidos de las decisiones tomadas por las personas adultas: también construyen la realidad que les fue dada y constituyen su propia experiencia infantil en torno a la migración.

Su migración puede ser manifestación de una capacidad de resistencia y como una reacción contestataria (Martignoni y Papadopoulos, 2014) frente a las violencias globales de la exclusión, subordinación, violencias y muerte. Ya sea de manera autónoma o estando en compañía de personas adultas cuidadoras, de manera individual o en grandes grupos, establecerían una resistencia ante las fronteras que parecerían infranqueables (Álvarez-Velasco y Glockner Fagetti, 2018).

Dada la multiplicidad de experiencias de niñas y niños, la condición de vulnerabilidad de las infancias en contextos migratorios no debiera conducir a vislumbrar únicamente la potencial victimización de este grupo poblacional; es necesario reconocer también su actoría, los propios significados emergidos a partir de su universo cognitivo, sus voluntades, experiencias, perspectivas y subjetividades. Así, mediante la superación de una mirada adultocéntrica, se visibilizaría también su capacidad de agencia (Pavez Soto, 2012; Moscoso, 2013, CLACSO, 2019). Las infancias son sujetos políticos y sociales (Muñoz Rodríguez y Vuanello, 2021).

Infancias como construcción social y la interpretación discursiva de sus necesidades

Es usual considerar a la niñez como una cuestión neutral y de carácter universal determinada por ciertos caracteres biológicos. Sin embargo, la misma no puede definirse como un concepto monolítico; diversos autores (Aries, 1987; de Mause, 1982; Donzelot, 1990; Elías, 1993) refirieron que el concepto de niñez y el tratamiento que se le ha dado a la misma variaron notablemente a lo largo del tiempo, comprobando su carácter de construcción social. Cada época y sociedad la significa de un modo particular, deposita sobre ella determinadas expectativas y estereotipos, llevando a cabo un procesamiento sociocultural de las edades. A su vez, la experiencia etaria también construye identidad, puesto que a partir de dicha organización se generan condiciones simbólicas respecto de cómo una persona debiera ser al pertenecer a cierto grupo de edad, de qué modos la cultura propone atravesar aquel período de la vida y cómo las personas pueden agenciarse de aquello (Chaves, 2010). Tal como lo propone Colángelo (2005), la niñez en tanto grupo cobró existencia recién en cuanto fue recortada –a través del conocimiento y reconocimiento– de ciertas características que, al interpretarse como pertenecientes a una particular clase de seres, las transformó en una categoría social. Así, las clasificaciones por edad se tratan de fenómenos eminentemente políticos, ya que aluden a la distribución de poder entre los grupos de la sociedad, imponiendo límites, ordenamientos y posiciones.

Por su parte, las infancias en tanto categoría socialmente construida no logran escapar de idealizaciones y de su asociación con determinados valores, cavando así una fosa invisible que pareciera permitir enterrar y

olvidar en vida a quienes se escapan de lo que se espera de un niño o una niña. De este modo, al sostener una imagen idílica y pensarla como una categoría ahistórica, estática y homogénea, capaz de reducirse al reino de lo natural (Szulc, 2006), se tropezaría con la invisibilización de sus múltiples realidades posibles.

Si bien la identidad de edades pareciera presentarse como una categoría objetiva irrefutable, al tomarla acríticamente y como un mero dato de la realidad, se estaría enfatizando una manera particular de aunar personas, omitiendo otras categorías posibles y el modo diferencial en el cual las mismas pueden atravesar las etapas vitales, de acuerdo a las posiciones sociales que ocupen, sus géneros y de otros condicionantes materiales de sus maneras de ser niños o niñas (Criado, 1998).

Pese a la existencia de una heterogeneidad de experiencias infantiles, es menester resaltar una perspectiva jurídica que establezca a dicha población en tanto sujetos de derechos por igual (más allá de sus procedencias de nacionalidad/clase /etnia) y no como meros objetos de intervención.

El Estado, para intervenir, interpreta las necesidades de las personas a partir de los discursos expertos. En este sentido, las definiciones utilizadas por los mismos tienen una gran potencia porque implican efectos en la comprensión de los fenómenos, el planteo de soluciones y en las acciones que luego se ejecuten. Así, las necesidades se interpretan discursivamente y los discursos son espacio de contienda en el que grupos desiguales compiten por establecer como hegemónicas sus propias versiones (Fraser, 1991).

En la interpretación de problemas, necesidades e identidades, el Estado efectivamente construye también sujetos sociales infantiles. Sin embargo, no lo hace de manera unívoca, siendo que pueden coexistir acciones estatales heterogéneas e incluso contradictorias en la regulación de sujetos infantiles (LLobet, 2011).

Fraser (1991) realiza una teoría social crítica que reconoce que las necesidades se construyen culturalmente y se interpretan discursivamente. Propone desplazar el interés por las necesidades de las personas al interés por los discursos sobre las necesidades, así como la pregunta respecto de la distribución de los satisfactores de necesidades por las políticas de interpretación de las necesidades. Así, desarrolla una alternativa que está orientada hacia el discurso y la gran diversidad de formas de aludir a las necesidades de las personas.

A su vez, plantea que al dar por sentado que el discurso para interpretar las necesidades de la gente es adecuado, se descuida la pregunta acerca de si dicho discurso público está sesgado por los intereses de determinados grupos. También propone la existencia de diferentes variedades de discursos sobre necesidades en las sociedades del capitalismo moderno, introduciendo, como un gran tipo de discurso, al propio de los expertos. Este discurso se ligaría con aquellas instituciones de producción de conocimiento y se constituiría en un medio para traducir aquellas necesidades de las personas (necesidades que se han fugado del enclave familiar y económico, politizándose) en objetos de la intervención estatal.

Habría cierta reescritura que tendería a una descontextualización y una posterior recontextualización de las necesidades, traduciendo a aquellas necesidades politizadas en administrativas. Así, mediante una retórica

administrativa, los discursos de las y los expertos podrían tener efectos despolitizadores y reposicionar a los sujetos como casos individuales pasivos a recibir determinados servicios predefinidos, en vez de concebirlos como miembros de grupos activos en la interpretación de sus necesidades.

Asimismo, como efecto de dichos discursos expertos, podría emerger una práctica discursiva tendiente a la psicologización: ella supondría tanto la individualización de lo social como la consideración de que la explicación respecto a lo que le acontece a la persona puede localizarse en sus procesos psicológicos que tienen lugar en una mente intra-personal, asocial e individual (Mc Laughlin, 2012). La psicologización sería una instancia que restringiría el conflicto social a la dimensión particular y subjetiva del "individuo", soslayando la relación dialéctica entre estructura social y subjetividad. En este sentido, se caería en una suerte de "privatización" del conflicto hacia lo estrictamente individual de las personas que se consideran desviadas o no adaptadas y, por ende, plausibles de alguna psicologización normalizadora (Argibay, Martínez y Poverene, 2013).

Conrad (1982) sostiene que las formas de control social se modificaron con el transcurso del tiempo y que la medicalización emergió cuando los modos previos ya no resultaban tan aceptables o eficientes: la religión se había constituido como una fuente fundamental de control social a través de las confesiones, inquisiciones, excomulgaciones. Luego, el Estado fue también un administrador privilegiado y, ya en la sociedad moderna, la medicina devino en una herramienta poderosa de control (principalmente a través de la psicoterapia, cirugías y fármacos). Por ello, si bien existieron múltiples vinculaciones entre la enfermedad y desviación durante la historia de la humanidad, recién a partir del siglo XIX y XX las designaciones médicas en torno al comportamiento desviado se tornaron en las definiciones preponderantes (Bianchi, 2010). Conrad (1982) retoma a Parsons, quien conceptualizó que tanto la criminalidad como la enfermedad serían modos de designar un comportamiento anormal, pudiendo romper con la vida social y sus normas: mientras el delito sería aquella anormalidad intencionada, la enfermedad sería la no intencionada. En ese sentido, ambas generarían respuestas sociales y mecanismos de control diferenciados: al criminal se lo castiga para que modifique sus motivaciones y a la persona enferma se la trata con el fin de impactar sobre aquellas condiciones que obstaculizan su convencionalismo. La medicina tuvo un rol fundamental en tanto agente de control social y, cada vez más, el comportamiento anormal fue absorbido por ella. Con el correr de los años, el castigo como sanción privilegiada ante la anormalidad fue cediendo espacio a la utilización del tratamiento como alternativa para normalizar y lograr que las personas recuperaran el funcionamiento social esperado. Con la medicalización de la anormalidad también se transformó la responsabilidad a la que se le imputa a la misma (la persona enferma sería menos responsable de su comportamiento) y, complementariamente, mientras la visión científica del mundo se expandía, se privilegiaba la respuesta terapéutica ante la anormalidad (Conrad, 1982).

El proceso de medicalización de la sociedad, en tanto estrategia biopolítica, y la construcción de una cultura del malestar introducida por el arte de gobierno neoliberal, reconfiguraron los modos actuales de entender y atender la salud/enfermedad, lo normal/patológico. Asimismo, las infancias se constituyeron en un terreno privilegiado en el cual la medicalización y patologización se expandieron fecundamente, dando a luz a nuevas subjetividades.

Son múltiples las estrategias de gobierno empleadas con el objetivo de modelar los comportamientos de dicha población y preservarla tanto de los peligros como de devenir, en sí misma, peligrosa para el orden imperante (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017). El propio contexto puede ser constructor de una cultura del malestar y sufrimiento mientras que los marca como signos de patología y propone para ellos formas de intervención que reproducen las raíces del padecimiento (Murillo, 2012).

Un problema resulta medicalizado si se define, si se lo describe, comprende y/o si se interviene a través de términos médicos (Conrad 2007, en Barcala, Bianchi, Poverene, 2017). A su vez, si los episodios vitales propios de la cotidianeidad de los sujetos son entendidos como enfermedades –en vez de como problemas– también se tenderá a tratarlos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2003).

Puesto que el proceso de medicalización ilumina los modos en los que el cuerpo individual y social devienen en “*objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos*” (Bianchi, 2010: 56-57), es necesario dilucidar algunos de sus efectos. Conrad (1982) desarrolla las consecuencias fundamentales de la medicalización y, a continuación, se recuperan aquellas consideradas más relevantes a los fines de los fenómenos a estudiar. Por un lado, si bien dicho proceso libera al individuo anormal de la responsabilidad de su comportamiento, también ejerce efectos en la atribución de la responsabilidad para dar respuesta ante la desviación. Así, los problemas sociales son profesionalizados y son las personas expertas quienes deben atender a los mismos, restringiendo la participación de otros actores sociales fundamentales: junto con la medicalización de la anormalidad, se produce su expulsión del debate público y su emplazamiento en conversaciones científicas.

Por otro lado, la medicalización también colabora en la individualización de las dificultades humanas, concentrándose en la interioridad de cada sujeto e ignorando el anudamiento de su comportamiento con el universo social. De esa manera, se produce el cerramiento de otros niveles de intervención y se habilita el control social, bajo la justificación del cuidado a la salud.

.

Parte III. Diseño de la investigación

“Jugaba con la idea de un ‘podría haber sido’ que aún no había sucedido, pero tampoco era irreal por no suceder y aún podía suceder, aunque temía que tal vez no sucediese y a veces deseaba que no sucediese todavía”
André Aciman, 2023: 18

1. Objetivos de la investigación

Objetivos generales

Caracterizar y analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental de las infancias en contextos de migración regional, a partir de la consideración de los discursos de dichas familias y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Identificar y analizar los procesos de construcción de la categoría de *problemas de salud mental* para aquellas afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por niños y niñas en contextos de migración regional.

Objetivos específicos

1. Describir y analizar itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante las problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres.
2. Identificar y analizar las valoraciones de madres y padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental en CABA al consultar por las problemáticas de sus hijos e hijas, así como sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención.
3. Caracterizar las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes regionales, así como sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en el sector público estatal.
4. Identificar y describir los abordajes utilizados en el campo de la salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias implementadas en la especificidad del encuentro intercultural.

5: Describir y analizar la participación de actores sociales e instituciones – por fuera del sistema sanitario de CABA– que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, y en el intento de dar respuestas ante la misma.

A través de la exploración de distintas aristas de los objetivos específicos se busca componer, reconstruir y responder a aquellos generales. En la siguiente tabla se establece, esquemáticamente, el vínculo entre los mismos.

Tabla 1. Correspondencia entre objetivos generales y objetivos específicos de la investigación

Objetivos generales	Objetivos específicos
Caracterizar y analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental de las infancias en contextos de migración regional, a partir de la consideración de los discursos de dichas familias y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	- Objetivo específico 1 - Objetivo específico 2 - Objetivo específico 3 - Objetivo específico 4
Identificar y analizar los procesos de construcción de la categoría de <i>problemas de salud mental</i> para aquellas afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por niños y niñas en contextos de migración regional.	- Objetivo específico 1 - Objetivo específico 3 - Objetivo específico 4 - Objetivo específico 5

Fuente: elaboración propia

2. Supuestos de la investigación

Las familias migrantes latinoamericanas poseen sus propios saberes y posibilidades de desarrollar estrategias frente al sufrimiento psíquico infantil, dando cuenta que no hay un monopolio ni único propietario del conocimiento en torno al padecimiento mental.

Dichos saberes acerca del proceso salud /enfermedad / atención / cuidado, a través de los cuales brindan explicaciones y respuestas ante los malestares experimentados por las infancias en contextos migratorios, producen itinerarios terapéuticos que trascienden la búsqueda de atención en los sistemas sanitarios formales. De ese modo, se desarrolla una complementariedad terapéutica entre medicinas tradicionales, la biomedicina y el autotratamiento.

La estigmatización de los niños y niñas de familias en contextos migratorios como personas *desviadas* aumenta su posibilidad de ser derivadas a los servicios de salud mental desde las instituciones educativas, lo que refuerza los procesos de patologización de la niñez migrante y la medicalización de la vida.

Así, la escuela y otras agencias estatales devienen actores centrales tanto en la identificación de situaciones disruptivas de dichas niñas y niños como en la construcción de dichos malestares en tanto “problemáticas de salud mental” que ameritarían una intervención de las disciplinas “psi”.

Es esperable que las dinámicas de exclusión y estigmatización a la población migrante latinoamericana también se reproduzcan en las instituciones de salud. Esto ocasiona discriminación, marginación de los saberes tradicionales y obstáculos en la accesibilidad de dicha población.

Si las respuestas brindadas por las y los profesionales de la salud mental no son respetuosas de los saberes y prácticas de las comunidades, puede devenir en iatrogénicos y redoblar el padecimiento por el cual se consulta. La ausencia de una perspectiva intercultural en los procesos de atención a la salud mental infantil y la subalternización de los saberes de las familias migrantes incide negativamente en la efectivización del derecho a la salud mental.

3. Estrategia teórico metodológica

a. Diseño de la investigación y abordaje metodológico

Se trata de un estudio que se ha llevado a cabo a través de un diseño exploratorio descriptivo (D’Ancona, 2001). Asimismo, 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), lo que posibilita sostener una flexibilidad entre las cuestiones definidas en el momento del diseño y aquellas otras que se decidieron durante el proceso investigativo, a partir de la aproximación a los sujetos de interés.

La decisión de utilizar ese tipo de abordaje está vinculada a la búsqueda de recoger la perspectiva de las y los actores sociales, sus experiencias y conocimientos. Tal como lo plantea Menéndez: *“Debemos por lo tanto describir los saberes de los actores y la experiencia de los sujetos tal como son vividas por ellos, dado que esta información es decisiva para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención”* (2010: 303).

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). De ese modo, se evitó concebirlas como pertenecientes a una categoría homogénea.

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 (Indec, 2010).

b. Población de estudio y unidades de análisis

Este estudio se propuso abordar dos poblaciones y, también, los vínculos establecidos entre ambas: la de los equipos profesionales abocados al campo de la salud mental infantil en instituciones del subsector público estatal y la de las familias de niños y niñas migrantes regionales que residen en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En un inicio de la investigación, las unidades de análisis previstas eran aquellas y aquellos profesionales que trabajaran en la atención en salud mental infantil en efectores de salud del subsector público de distintas regiones sanitarias y niveles de atención en CABA. Pese a ello, como efecto de información relevante obtenida a partir de las entrevistas mantenidas con informantes clave que se desempeñaban como funcionarias y funcionarios dentro del ámbito de las políticas públicas a nivel nacional y local (particularmente con Ignacio, quien fue Coordinador de la Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos), también se decidió añadir nuevas unidades de análisis emergentes.

En función de un diseño de investigación flexible (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) con un método que sigue al objeto y que se continúa construyendo en el transcurso de la investigación, se incorporó a la población de estudio a profesionales que se desempeñaran en el “Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados” del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos (dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos de Nación y Pluralismo Cultural de la Nación). Esto se debe a que, aún sin depender formalmente del sector salud, desempeñaban sus prácticas en relación a la atención en salud mental de personas migrantes –incluyendo a niñas y niños, así como sus familias–, implementando distintos dispositivos para su abordaje. En el *Anexo 4* se describen las actividades realizadas en dicho área, así como se historiza su surgimiento.

La otra población de estudio hace referencia a familias migrantes latinoamericanas, que residieran en CABA, con niños o niñas que hubieran atravesado en Argentina alguna situación reconocida por sus cuidadoras o cuidadores como una problemática de salud mental.

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

a) Profesionales que trabajaran en el campo de la salud mental infantil en el sector público estatal de CABA.

Criterios de inclusión:

- profesionales del campo de la salud mental (podrían haberse formado en las siguientes carreras de grado: psicología, trabajo social, fonoaudiología, musicoterapia, terapia ocupacional, medicina –psiquiatría o neurología–, enfermería, psicopedagogía) que trabajaran con niños y niñas de familias migrantes en el sector público estatal.

Criterios de exclusión:

- profesionales con menos de tres años de trabajo en la institución puesto que se considera importante que los actores entrevistados tengan antigüedad en su cargo, deviniendo soportes del discurso instituido y habiendo transitado diversas experiencias en su trabajo en dicha institución.
- profesionales del subsector privado, de obras sociales u organizaciones de la sociedad civil, dado que se privilegia el estudio del sector público estatal. El énfasis en la exploración de las concepciones y abordajes de profesionales de dicho sector 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.

En relación a aquellas y aquellos profesionales que trabajan en establecimientos de salud del subsector público, se privilegió que sus instituciones de pertenencia representaran los diferentes tipos de efectores existentes en la red de salud mental infanto-juvenil del subsector público en CABA (un CeSAC, un Hospital Pediátrico, un Hospital General de Agudos, un Centro Especializado en Salud Mental y un Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil), más allá de su localización geográfica dentro de la ciudad. Se asume que al considerar los distintos tipos de efectores, con las diferentes complejidades con las que trabajan –luego, se retornará críticamente sobre la denominación de niveles de complejidad, a partir de los aportes de Lancetti (2006, en Amarante, 2015)–, se obtiene información más completa acerca de los abordajes profesionales, puesto que cada nivel podría presentar sus particularidades –por ejemplo, los centros de salud se caracterizan tanto por su inserción comunitaria como por una concepción de salud con un importante contenido integrador y social (Jelin, 2007) –.

La decisión de no restringirse a una única región sanitaria dentro de CABA se fundamenta, por un lado, por la existencia de barreras de accesibilidad geográfica que conducen a que las personas usuarias de servicios de salud mental deban recorrer vastas distancias para lograr acceder a un tratamiento (Barcala, 2011). Por otro lado, la noción de territorio dentro del campo del cuidado en salud mental trasciende la idea de geografía rígida y se plasma, más bien, en tanto situacional y existencial: las personas son creadoras de nuevas geografías al recurrir a aquellas alternativas que valoran como más adecuadas para las problemáticas que intentan resolver, pese a que las instituciones puedan emplazarse en lugares distintos a donde viven o trabajan. Aquella construcción que tiene a las y los usuarios como protagonistas de la producción de sus cuidados devendría una práctica subjetivante y singular (Benet et al., 2016).

Los efectores públicos de salud –cuyos nombres se mantuvieron en el anonimato para resguardar la confidencialidad de las personas entrevistadas– fueron seleccionados intencionalmente según los siguientes criterios: 1) criterio en común: existencia de equipos de salud mental infanto-juvenil; 2) criterio de diversidad: si bien hay un mayor énfasis en la zona sur de CABA (dado que allí casi se duplica el porcentaje de personas migrantes menores de 20 años que utilizan únicamente el subsistema público de salud, en relación al total de la ciudad), responden a las diferentes zonas – norte, centro, sur– de la ciudad, lo que redundaría en una mayor heterogeneidad geográfica y socio-demográfica. Esto resulta de interés para que las distintas zonas, con sus particularidades, sean consideradas en el estudio.

b) Madres o padres de niños y niñas de familias migrantes latinoamericanas que residieran en CABA

Criterio de inclusión:

- 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.

Dichas niñas y niños podrían haber nacido en Argentina o en otros países de América Latina, considerando que todos ellos y 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; UNICEF, 2011). Pese a las diferencias existentes entre quienes han cambiado de país de residencia y aquellos que no lo han hecho, a los fines de la investigación se decide aunarlos bajo una misma categoría (infancias en contextos migratorios) porque se considera que aquella es la lógica mediante la cual los actores sociales aquí estudiados operan: tienden a denominar a hijas, hijos, nietas y nietos de personas que hubieran provenido de otros países de la región como “migrantes”, lo que se asociaría con una racialización de la nacionalidad (Poverene, 2016). 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.

Criterios de exclusión:

- personas adultas que hubieran nacido en Argentina o en algún país que no fuera de América Latina
- personas adultas que no fueran madres, padres o referentes afectivos de niños o niñas en quienes hubieran identificado alguna problemática asociada con su salud mental

c) Informantes clave

Criterio de inclusión:

- 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. También se incluye a profesionales que estuvieran a cargo del desarrollo de *buenas prácticas* capaces de proveer el acceso a servicios sociales o que promovieron abordajes integrales en el acceso a derechos de personas migrantes (OIM, 2019).
- 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, 2016).
- profesionales del campo de la salud del sector público estatal que se desempeñaran con infancias y tuvieran experiencia específica en el trabajo con personas migrantes que atravesaran problemáticas de salud mental
- profesionales e investigadores de organizaciones no gubernamentales dedicadas al abordaje con personas migrantes.

Criterios de exclusión:

- integrantes de organizaciones privadas o con fines de lucro
- profesionales no afines a la temática de investigación

Por último, las unidades de información fueron los discursos de las unidades de análisis.

c. Muestra

Se seleccionaron entre dos y tres profesionales de cada institución, utilizando un criterio de muestreo intencional no probabilístico por bola de nieve. De ese modo, se partieron de contactos iniciales quienes, a partir de sus vínculos en sus redes laborales y sociales, facilitaron el acceso a otras personas y permitieron ampliar progresivamente el estudio a potenciales participantes del mismo (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.

Tabla 2. Profesionales del campo de la salud mental seleccionados para la investigación, según institución de pertenencia, su localización en zona centro, norte o sur de CABA, profesión, cargo institucional y nacionalidad

Institución de pertenencia	Localización en CABA	Profesión, cargo institucional y nacionalidad
CeSAC	Zona sur	1 Psicólogo de planta, nacionalidad argentina 1 Psiquiatra de planta, nacionalidad argentina 1 Pediatra Coordinadora del CeSAC, nacionalidad argentina
Hospital General de Agudos	Zona sur	1 Psicóloga de planta, coordinadora de equipo de salud mental al interior del Programa de Salud del Escolar, nacionalidad argentina. 1 Trabajadora social de planta, nacionalidad argentina 1 Psicóloga de equipo de salud mental, nacionalidad argentina
Hospital Pediátrico	Zona sur	1 Psicóloga de planta del Equipo de Niños en Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental, nacionalidad argentina. 1 Jefa de Servicio de Trabajo social, nacionalidad argentina
Centro Especializado en Salud Mental	Zona norte	1 Psicóloga de planta, coordinadora del área de Admisión de Niños, nacionalidad argentina. 1 Musicoterapeuta de planta, nacionalidad argentina.
Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil	Zona centro	1 Psiquiatra de planta, nacionalidad argentina 1 Psicóloga de planta, nacionalidad argentina
Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos	Zona centro	1 Psicólogo coordinador del Área, nacionalidad argentina 1 Psicóloga del Programa, nacionalidad argentina 1 Antropóloga del Programa, nacionalidad argentina
Total de unidades de análisis seleccionada:		15

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la conformación de la muestra de familias migrantes latinoamericanas, se optó por utilizar los siguientes criterios para la selección intencional de las unidades de análisis:

1. Criterio en común: personas migrantes nacidas en un país de América Latina que, al momento de la entrevista, residieran en CABA y fueran madres, padres o referentes afectivos de niños o niñas de 4 a 12

años que hubieran atravesado alguna situación que ellos o ellas reconocieran como una problemática vinculada con la salud mental.

2. Criterio de diversidad: personas migrantes nacidas en diferentes países de América Latina, con distintas inserciones en el mundo del trabajo (empleos formales e informales, trabajo de cuidado no remunerado) y disímil acceso a la salud (obra social, prepaga, solamente subsector público).

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.

A su vez, dado las distintas modalidades de participación de las infancias en los procesos migratorios y la tendencia de los equipos de salud mental a homologar a las distintas generaciones de migrantes como si fueran un grupo unitario y homogéneo (Poverene, 2016), se decidió incluir en este estudio tanto a familias con niños o niñas que hubieran nacido en otros países de América Latina como a aquellas otras en las que su descendencia tuviera a la Argentina como país de origen.

Se optó por estudiar familias provenientes de Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela por múltiples razones. Un motivo por el cual se seleccionaron dichos países se vincula con que el 83,9% de las personas migrantes provienen de países miembros y asociados del Mercosur (ENMA, 2020). Dos de dichos países pueden ubicarse como emisores de corrientes migratorias más recientes (Colombia y Venezuela), mientras que los otros tres (Bolivia, Paraguay y Perú) han tenido una mayor antigüedad e historia en los desplazamientos de sus ciudadanos y ciudadanas a la Argentina. Esto permite visibilizar la creciente diversificación en los países de origen de la región que arriban y que son parte del Acuerdo de Residencia – pese a que solo Paraguay es considerado un Estado Parte del MERCOSUR, Venezuela ha sido suspendida a partir del Protocolo de Ushuaia, Perú, Colombia y Bolivia aún están ingresando–.

Otro motivo se vincula con que los mayores porcentajes de población extranjera con DNI en Argentina provienen de cuatro de aquellos países (29,7% de Paraguay, 21,7% de Bolivia, 9,5% de Perú, 7,3% Venezuela y 3,7% Colombia (si bien Chile aporta un 7% y Uruguay un 4,2%) (RENAPER, 2022).

Asimismo, en los cinco países antes nombrados las ascendencias étnico-raciales juegan un papel importante en la autopercepción identitaria de sus habitantes e, incluso, un importante porcentaje de las personas migrantes provenientes Paraguay como Bolivia no poseen a la lengua castellana como idioma materno sino al guaraní, quechua o aymara (entre otras).

Se seleccionaron a cinco personas adultas (cuatro madres y un padre) pertenecientes a familias migrantes latinoamericanas de cada uno de los países arriba mencionados para participar de las entrevistas que permitirían construir sus historias de vida. Se considera que dicha elección expresa no solo las experiencias

de aquellas personas en específico y sus familias sino también sus pertenencias culturales y sociales junto con las lógicas que articulan sus acciones (Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006).

La decisión de seleccionar a una mayoría de madres se vincula con que las mismas suelen ser quienes se encargan de llevar a cabo la mayoría de las actividades vinculadas con los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado en su grupo familiar (Menéndez 1994, 2005; Merino y Marcon, 2007; Perdiguero y Tosal, 2007 en Buzzi y Sy, 2020).

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.

Las condiciones de acceso al campo resultaron complejas por dos razones principales. Por un lado, me interrogaba respecto a cómo y a través de qué vías lograría contactar a las familias migrantes: si mi único modo de ubicarlas fuese a través de las sugerencias de profesionales colegas que se encontraran trabajando en un centro de salud u hospital en CABA, esto presentaría un problema metodológico y teórico al únicamente focalizar en aquellas experiencias de personas que hubieran acudido al sistema sanitario formal. Tal como refiere Menéndez, si se partiera del estudio de las mismas únicamente en función del criterio de las y los curadores, podría focalizarse la atención en la forma particular que ellas y ellos representan o incluso excluir, o ignorar, otros modos posibles (Menéndez, 2003).

Por otro lado, me preguntaba cómo indagar las historias de vida de personas migrantes en relación a temáticas de tanto nivel de sensibilidad e intimidad, sin tener un vínculo previo de confianza con ellas y ellos. Era necesaria cierta relación que generara un acercamiento franco con dichas familias para que, a pesar de no conocernos de manera profunda, pudieran darse las condiciones para conversar sobre aquellos temas.

Para construir una respuesta ante ambas cuestiones, la decisión fue capitalizar vínculos previos de espacios de trabajo y voluntariado en la temática de migración y salud mental en donde había participado años anteriores para que, a través de los mismos, pudiera contactarme con las familias como mis interlocutoras. De ese modo, podría acceder a madres o padres en los que, a través de estas figuras intermediarias, pudiera establecerse una relación de mayor cercanía y confianza; a su vez, al no partir desde los efectores de salud sino desde las trayectorias de las familias, podrían incluirse las experiencias de otras personas por fuera de dichas instituciones.

Tabla 3. 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 (país de nacimiento, motivación migratoria, inserción actual en el mercado laboral)	Información de niña o niño (género, edad, país de nacimiento, educación)	Acceso a la salud
Madre nacida en Bolivia, emigró por razones laborales, en la actualidad es una trabajadora familiar sin remuneración	Niño, 9 años, argentino, escuela primaria pública	Subsistema público
Madre nacida en Colombia, emigró por razones de estudio, en la actualidad posee un trabajo asalariado registrado	Niño, 4 años, argentino, jardín de infantes privado	Medicina prepaga “Swiss Medical”
Madre nacida en Venezuela, emigró por razones económicas y por violencias, en la actualidad posee un empleo como asalariada no registrada (relación de dependencia encubierta, sin aportes a la seguridad social y por fuera de las normativas del derecho laboral)	Niño, 9 años, venezolano, escuela primaria pública	Subsistema público
Padre nacido en Paraguay, emigró por razones de reunificación familiar, trabaja como monotributista para una administración de consorcios y por cuenta propia	Niño, 12 años, argentino, escuela primaria privada	Obra social “Construir salud”
Madre nacida en Perú, emigró por razones económicas, posee un trabajo no registrado	Niña, 11 años, peruana, escuela primaria pública	Subsistema público
Total de unidades de análisis seleccionadas:		5

Fuente: Elaboración propia

Tal como se explicitará en la sección 3.g de este capítulo, durante el trabajo de campo emergieron circunstancias no planificadas que devinieron en la participación espontánea de un niño nacido en Venezuela (Luis, hijo de Liseth) y dos niñas de origen peruano (Zury y Dulce, hijas de Beatriz) en las entrevistas.

Tabla 4. Niñas y niños participantes de las entrevistas, según su nombre, género, país de origen, edad y acceso a la salud / educación

Nombre ficticio	Información de niña o niño (género, país de nacimiento)	Edad al momento de la entrevista y edad al llegar al país	Acceso a la salud y educación
Luis	Niño, nacido en Venezuela	9 años; llegó al país con 5	Educación y salud pública
Zury	Niña, nacido en Perú	11 años; llegó al país con 5	Educación y salud pública
Dulce*	Niña, nacido en Perú	15 años; llegó al país con 9	Educación y salud pública
Total de personas entrevistadas:			3

*Se clarifica que Dulce es la hermana mayor de Zury

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, en cuanto a los informantes clave, el muestreo fue de carácter individual y holístico en función de los intereses temáticos de la investigación.

Tabla 5. Entrevistas a informantes clave, según institución de pertenencia, cargo institucional, profesión y nacionalidad

Institución de pertenencia	Cargo institucional, profesión y nacionalidad
Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	1 Coordinador, politólogo, argentino
Centro de Orientación para Migrantes y Refugiados, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Dirección de Migraciones	1 Coordinadora, politóloga. argentina
Dirección de Capacitación y Docencia, Ministerio de Salud de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	2 Coordinadoras de Equipo de Migración y Salud: 1 psicóloga y 1 fonoaudióloga, argentinas
CeSAC en zona centro, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	1 Psicóloga , argentina
Equipo de Orientación Escolar, Ministerio de Educación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	1 Coordinadora del equipo, trabajadora social, argentina 1 Integrante del equipo, trabajadora social, argentina 2 Integrantes del equipo, psicólogas, argentinas

Organización No Gubernamental Médicos del Mundo, Equipo “Salud y Migración”	1 Coordinador del equipo, sociólogo, argentino
UNICEF y Observatorio Venezolano de Migración (OVM)	1 Cientista Social, psicóloga, venezolana
Total de personas entrevistadas:	11

Fuente: Elaboración propia

Por último, además de la totalidad de 34 personas entrevistadas en la investigación, también se mantuvieron conversaciones personales informales con otros y otras informantes clave para la tesis (se amplía información en *Tabla 11*).

Tabla 6. Cantidad de personas entrevistadas, por tipo de participación en la tesis

Tipo de participantes	Cantidad de personas entrevistadas
Profesionales del campo de la salud mental	15
Madres y padres migrantes	5
Niños y niñas de familias migrantes*	3
Informantes clave	11
Total de personas entrevistadas:	34

*Dichas entrevistas no habían sido planificadas de manera previa en el proyecto de investigación. La participación de niñas y niños en las mismas fue efecto de emergentes que surgieron en el trabajo de campo y, dado el valor de recuperar sus voces, se optó por alojarlas en la tesis.

Fuente: Elaboración propia

d. Técnicas de construcción y recolección de datos

Dado el interés por abordar la complejidad de los fenómenos de estudio, se apeló a una variedad de fuentes que pudieran colaborar en captarlos y describirlos a partir de las propias perspectivas de los actores sociales involucrados (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Así, mediante un “mosaiquismo metodológico” se intentó articular formas diferentes de ingreso al campo que redundaran, a su vez, en estrategias variopintas de construcción de datos (Bonvillani, 2018). De ese modo, se apeló a las entrevistas en profundidad a profesionales e informantes clave, entrevistas a madres y padres migrantes para registrar sus historias de vida a través de un diseño polifónico, notas de campo, observaciones no participantes y conversaciones informales.

A continuación, se profundizará en cada una de estas técnicas. Las mismas componen un mosaico de materialidad heteróclita y multisituada que, lejos de redundar posteriormente en un análisis de resultados

fragmentario, logra re-componerse en tanto una amalgama de elementos diversos pero complementarios.

Para la recolección de datos primarios, se utilizó la entrevista de tipo semi-estructuradas (Marradi, Archenti y Piovani, 2007; Valles, 1997) como técnica privilegiada para el abordaje con profesionales del campo de la salud mental e informantes clave, considerando que la construcción del dato acontece en la interacción establecida entre la investigadora y las personas entrevistadas (Vasilachis de Gialdino, 2006). Dicho tipo de entrevista brinda información profunda de manera espontánea y flexible, alojando a preguntas o relatos no previstos que pudieran emerger durante el intercambio dialógico. 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.

A pesar de que las personas entrevistadas pudieran emitir datos distorsionados, falsos o incorrectos acerca de sus propias acciones y las de otras –ya sea porque sus interpretaciones fueran efecto de racionalizaciones, ideas de cómo deberían ser las cosas o por la posición que ocupan–, igualmente sus narraciones permiten entender la racionalidad sociocultural con la que operan (Menéndez, 2010). Asimismo, se reconoce la imposibilidad de garantizar un lugar invisible y desmarcado de la investigadora, pero se apostó a que la entrevista se convirtiera en un espacio para deconstruir sentidos y consecuencias del discurso (Elizalde, 2004). Algunas de las entrevistas a profesionales fueron recuperadas de la Tesis de Maestría de la tesista (Poverene, 2016) porque se considera que aportaban a la comprensión del fenómeno de estudio y que no hubo modificaciones sustanciales producto de cambios en legislaciones en torno a las temáticas de niñez, migraciones y salud mental en el período mencionado.

También es necesario explicitar que, tal como se abordará en la sección “*Contexto de pandemia por SARS-CoV-2 -19 y sus implicancias teórico metodológicas*” de este mismo capítulo, si bien la mayoría de las entrevistas han sido realizadas en una relación personal cara a cara, en un menor número las mismas 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).

La totalidad de las entrevistas fueron realizadas, grabadas en audio, transcritas y codificadas por la tesista y cuentan con sus respectivos consentimientos informados.

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 entrecruzarán (Bertaux, 1997). En las historias de vida se “*relaciona una vida individual / familiar con el contexto social, cultural, político, religioso y simbólico en que transcurre, y analiza cómo ese mismo contexto influencia y es transformado por esa vida individual/familiar. El investigador obtiene los datos primarios a partir de entrevistas y conversaciones con el individuo*”

(Mallimaci y Giménez Béliveau: 2006, 178). Como lo plantean aquellas 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 calificadas 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).

Las entrevistas –que no expresan solamente un cúmulo de acontecimientos sino “*la verbalización de una apropiación individual de la vida cotidiana*” (Alonso, 1998 en Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 219)– se orientaron en función de ejes temáticos que pre-centraron a las conversaciones en función de los objetivos específicos y se valieron de una guía que permitió establecer una agenda conversacional (Holstein y Gubrium, 1995 en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006) según cinco ejes centrales: historia familiar de la migración; detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña; confirmación del diagnóstico, evaluaciones y terapéuticas; valoración de sus experiencias en el sistema de salud; propuestas para la atención de la salud mental para personas migrantes.

Siguiendo a Bertaux (1997) en su propuesta de diferentes momentos en la realización de las historias de vida, es importante advertir en relación a la apertura del terreno y obtención de las entrevistas que, con anterioridad a las mismas, se establecieron comunicaciones previas, en la mayoría de las ocasiones de manera presencial, con las potenciales personas a entrevistar. Esto resultó primordial para la creación de vínculos de confianza que habilitaran conversar sobre temáticas que, en algunos casos, suelen quedar reservadas en el ámbito de lo privado o íntimo, como las problemáticas de salud mental y las propias historias de migración. Tal como lo refieren Mallimaci y Giménez Béliveau (2006), la colaboración entre quien guía el relato y lo emite es fundamental para el desarrollo de las historias de vida.

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.

Dado que, en dos entrevistas mantenidas con madres migrantes, sus hijos e hijas decidieron participar activamente de las mismas –pese a que su presencia no había estado contemplada ni planificada por la tesista–, se optó por incluir sus narrativas en dicho marco. Si bien no se habían estructurado preguntas de manera previa, sí se apeló a repreguntar y recuperar (siempre en un lenguaje acorde con la edad) lo planteado por dichas infancias cuando decidían conversar. En la entrevista mantenida con Luis y Liseth, dado que estaban en su hogar, también se procedió a dialogar sobre distintas producciones gráficas que él había realizado y guardado en una carpeta con dibujos.

Asimismo, se llevaron a cabo observaciones no controladas (de campo) no participantes (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) en las salas de espera de aquellas instituciones públicas a las que se acudió para la realización de entrevistas y también se apeló a las notas de campo, no solamente en el intento de que colaboren en el almacenamiento y recuperación de información sino que, además, habilitaran la existencia un registro vivo que ayudara al encauzamiento y reorientación de la investigación (Valles, 1997). Dichas notas aportaron datos ligados a los contextos de entrevistas realizadas –como conversaciones u observaciones casuales–, dieron un lugar al registro introspectivo de la tesista (suposiciones, especulaciones, interpretaciones, auto-observaciones) y facilitaron las tareas de análisis e interpretación, ya que se constituyeron como formas de análisis preliminar.

También se apeló al pedido de información pública ante organismos gubernamentales (como la Agencia Nacional de Discapacidad, la Secretaría de Salud Mental y el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos) como modo de complementar el análisis a partir de datos cuantitativos que dieran cuenta de la inclusión efectiva de infancias migrantes en las políticas sociales, programas y dispositivos públicos. Algunos de aquellos pedidos de información fueron realizados específicamente para este trabajo y otros se solicitaron en el marco de la participación de la tesista en la investigación “Migraciones y derechos de la niñez y adolescencia en Argentina en tiempos de pandemia”, desarrollada por el Programa Migración y Asilo del Instituto de Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y la oficina de UNICEF en Argentina.

Por último, se procedió al análisis documental de campo y análisis de datos de fuentes primarias y secundarias cuyo corpus estuvo compuesto por: hojas de admisión a servicios de salud mental infanto-juvenil de un Hospital General seleccionado para la investigación, Encuesta Nacional Migrante de Argentina (EMBA), Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS), documentos y recomendaciones de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, legislaciones,

normativas vigentes y publicaciones científicas de profesionales del campo del cuidado en salud mental de CABA.

Tabla 7. Objetivos específicos de la investigación y las técnicas de recolección de datos empleadas para alcanzarlos

Objetivos Específicos	Técnicas de recolección de datos
1) Describir y analizar itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante las problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres 2) Identificar y analizar las valoraciones de madres y padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental al consultar por las problemáticas de sus hijos e hijas, así como sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención	- Historias de vida a madres y padres de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes que procedían de países de América Latina - Entrevistas semi-estructuradas con informantes clave - Conversaciones personales e informales con informantes clave - Pedido de información pública ante organismos gubernamentales. - Notas de campo
3) Caracterizar las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes regionales, así como sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en el sector público. 4) Identificar y describir los abordajes utilizados en el campo de la salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias implementadas en la especificidad del encuentro intercultural.	- Entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, tanto en sector salud como en el Centro de Derechos Humanos - Entrevistas semi-estructuradas con informantes clave - Conversaciones personales e informales con informantes clave - Pedido de información pública ante organismos gubernamentales - Observación no participante - Notas de campo - Relevamiento y análisis de datos secundarios
5) Describir y analizar la participación de actores sociales e instituciones, por fuera del sistema sanitario de CABA, que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional y en el intento de dar respuestas ante la misma.	- Historias de vida a madres y padres de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes que procedían de países de América Latina - Entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, tanto en sector salud como en el Centro de Derechos Humanos - Entrevistas semi-estructuradas con informantes clave - Conversaciones personales e informales con informantes clave - Pedido de información pública ante organismos gubernamentales. - Notas de campo

	- Observación no participante - Relevamiento y análisis de datos secundarios
--	---

Fuente: Elaboración propia

e. 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).

Luego de la transcripción de las entrevistas y de reunir las diferentes materialidades que componen el corpus de esta tesis, se construyó un esquema de codificación *ex post*, siguiendo un criterio temático y procedimientos inductivos-deductivos. Esto permitió la exploración de aquellos elementos que efectivamente hubieran emergido, más allá de las categorías que se habían elaborado a priori, y aportó a la construcción de categorías que pudieran ser consideradas, en sí mismas, productos del análisis y esquemas vertebradores de aquellos conceptos presentes en los datos (Rodríguez Gómez et al., 1996).

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 aquél 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. Mediante un conjunto de técnicas se realizaron inferencias de conocimientos que estuvieran vinculados con su contexto de producción y recepción.

Se trató de un trabajo de doble hermenéutica, en el cual se realizaron interpretaciones de segundo orden a partir de las interpretaciones de primer orden que habían sido verbalizadas por los propios actores al referirse a su cotidianeidad (Schutz, 1962 en Marradi, Archenti y Piovani, 2007). 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.

Para la validez interna, se procedió al intercambio de opiniones con otras personas de diversas disciplinas que investigan y trabajan en el campo –con quienes se discutieron los resultados y conclusiones–. También se logró incrementar la confianza a partir de la triangulación de datos, habiendo apelado a un conjunto de

técnicas de recolección de datos en el estudio de un mismo objeto –lo que permite que los resultados se sometan a una contrastación y validación (Denzin, 19789) –.

f. Consideraciones éticas de la investigación

En los debates, legislaciones y declaraciones referidos a la ética de la investigación existe un consenso en lo relativo a los principios fundamentales que debieran orientar la conducta de quienes desarrollan una investigación: el consentimiento informado de aquellas personas que participan en la misma, el resguardo de su anonimato y la confidencialidad de la información que se ha recibido (Punch, 1986 citado en Meo, 2010).

En la presente tesis, se apeló al uso del consentimiento informado de manera oral y escrita en cada una de las entrevistas –puede leerse en el *Anexo 1*– con el fin de respetar la autonomía de las personas y que, pese a no haber participado del diseño de la investigación, pudieran apropiarse de la misma como un proyecto propio y en conjunto con quien la desarrolla, transformándose de personas simplemente *convocadas* a personas *participantes* (Guillemin y Gillam, 2004). En el consentimiento consta la información respecto a los objetivos de la investigación, el origen del financiamiento que la posibilitó, su encuadre institucional, el tipo de participación solicitada y la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento, el pedido de autorización para utilizar la información, sus usos posibles y firma de quienes participaron de la entrevista.

Para facilitar la comprensión de los datos relevantes respecto de la investigación y que se tratara de un consentimiento verdaderamente informado en el que la información resultara clara y precisa (Ministerio de Salud, 2017), se realizaron dos versiones distintas del consentimiento: una dirigida a profesionales del campo de la salud mental e informantes clave del ámbito de las políticas públicas o del tercer sector; otra para madres o padres de familias migrantes. Dichas diferencias apuntaron a que el lenguaje de dicho documento fuera fácilmente comprensible para sus destinatarios y destinatarias, quienes pudieran estar familiarizados –o no– con alguna terminología propia del campo de la salud mental.

En el caso de las niñas y el niño que participaron de las entrevistas, dado que no se había considerado previamente su inclusión en las mismas –y consecuentemente tampoco se había elaborado por escrito un asentimiento informado–, se procedió a explicarles en qué consistía el estudio y confirmar su decisión de participar en el mismo mediante su firma. Dado que ambas madres (Liseth y Beatriz) estuvieron presentes cuando aquello sucedió, también se les consultó si consentían la participación de Luis, Zury y Dulce, expresando que sí lo hacían.

En pos de resguardar la confidencialidad de las personas que accedieron a participar de las mismas, se registró y archivó el material empírico protegiendo su identidad y no se divulgó información que permitiera reconocerlas (como, por ejemplo, sus nombres reales). Se procedió a anonimizar dicha información, de

modo que solamente ellos y ellas pudieran identificarse, pero no así alguien ajeno (Grinyer, 2002, citado en Meo: 2010). Sin embargo, algunos datos en cuanto a las ubicaciones territoriales, nacionalidades y profesiones no han sido anonimizadas por su carácter relevante para la investigación.

Dado que la tesis aborda la temática del cuidado en salud mental también en instituciones dependientes del Ministerio de Salud, se tomaron recaudos en cuanto a las normas éticas a la que investigación debe atenerse, basándose en la Guía de Buenos Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud N° 1490/2007)

Por último, esta investigación ha sido aprobada desde el punto de vista ético por el Comité de la Universidad Nacional de Lanús.

A continuación, se desglosa una codificación que especifica los nombres ficticios atribuidos a las personas entrevistadas, su nacionalidad y, si aplica, una breve caracterización de otra información adicional que pudiera resultar apreciable para los objetivos de la investigación.

Tabla 8. Codificación de profesionales del campo del cuidado en salud mental que se entrevistaron, según institución de pertenencia, nombre ficticio atribuido y cargo institucional

Institución de pertenencia y nombre ficticio	Cargo institucional
CeSAC, Lorena	Coordinadora pediatra del CeSAC
CeSAC, Darío	Lic. en Psicología del CeSAC
CeSAC, Ilan	Psiquiatra infantojuvenil del CeSAC
Hospital General de Agudos, Helena	Coordinadora del equipo de salud mental del Programa Salud Escolar del Hospital General de Agudos, Lic. en Psicología
Hospital General de Agudos, Ximena	Lic. en Psicología del Hospital General de Agudos
Hospital General de Agudos, Karina	Jefa Intermedia en Equipo de Trabajo Social, Lic. en Trabajo Social
Hospital Pediátrico, Damiana	Lic. en Psicología del Hospital Pediátrico
Hospital Pediátrico, Libertad	Directora del Área de Trabajo Social del Hospital Pediátrico
Centro Especializado en Salud Mental, Gloria	Lic. en Psicología del Centro Especializado en Salud Mental
Centro Especializado en Salud Mental, Camilo	Lic. en Musicoterapia del Centro Especializado en Salud Mental
Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, Caleb	Psiquiatra infantojuvenil de planta del Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil
Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, Luna	Lic. en Psicología de planta del Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil
Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, Kevin	Coordinador del Área del Centro, Lic. en Psicología

Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, Leandra	Lic. en Antropología del Centro
Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, Brisa	Lic. en Psicología del Centro
Total de participantes:	15

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Codificación de familiares de niños y niñas migrantes que se entrevistaron, según nombre ficticio atribuido, ciudad/ país de origen, edad al momento de la migración a Argentina, motivación migratoria, estado civil actual, ocupación, edad de su hijo o hija, país de origen de su hijo o hija y acceso a la salud

Familiar dato /	Daniela, mamá de John Mauro	Kabil, papá de Elmer	Liseth, mamá de Luis	Beatriz, mamá de Zury	Darinka, mamá de Zenón
Lugar de origen	Bogotá, Colombia	Departamento de Caacupé, Paraguay	Valencia, Venezuela	Huancayo, Departamento de Junín, Perú	Provincia Umasuyos, en Departamento de La Paz, Bolivia
Edad al momento de asentarse en Argentina	30 años	20 años	30 años	36 años	18 años
Motivación migratoria y con quién la realizó	Para estudiar un posgrado.	Reunificación familiar (tras el pedido de su madre y padre que ya se habían instalado en Argentina).	Motivos económicos y por situaciones de violencias (preservación de su vida y dificultades en cubrir necesidades básicas).	Motivos económicos	Motivos económicos y reunificación familiar (para reencontrarse con sus hermanas que ya se habían establecido en Argentina)
Vía de entrada al país y con quién arribó	Aérea, viajó acompañada de un amigo que también se instalaría en CABA para realizar un posgrado.	Terrestre, viajó junto con un amigo en micro.	Aérea, viajó con su marido para reunir dinero y luego traer a su hijo que permaneció en Ecuador al cuidado de abuela y abuelo	Terrestre, viajó en micro junto a sus hijos e hijas atravesando Bolivia.	Terrestre, viajó sola en micro.
Edad al	42 años	50 años	33 años	42 años	36 años

momento de la entrevista					
Estado civil	Casada	Convivencia	Casada	Convivencia	Casada
Ocupación	Gerente de finanzas de empresa multinacional	Albañil y constructor	Secretaria de instituto artístico privado	Comerciante	Tareas de cuidado no remuneradas
Acceso a salud	Medicina prepaga, a través de la cual realizaron tratamientos. Actualmente cuentan con CUD	Obra social, aunque realizaron tratamientos en forma privada y actualmente cuentan con CUD	Subsector público	Subsector público	Subsector público. Actualmente cuentan con CUD
Edad de hija o hijo al momento de las entrevistas	4 años	12 años	9 años	11 años	10 años
País de origen del hijo o hija	Argentina (CABA)	Argentina (CABA)	Venezuela (Ciudad de Valencia)	Perú (Villa María del Triunfo, en Provincia de Lima)	Argentina (CABA)
Presencia de hermanas o hermanos y sus respectivas edades	No tiene hermanas ni hermanos	No tiene hermanas ni hermanos	No tiene hermanas ni hermanos	Tiene un hermano de 21 años y una hermana de 16	Tiene dos hermanos mayores: uno de 19 años y otro de 16
Escolaridad del niño o niña	Jardín de infantes privado	Escuela primaria privada	Escuela primaria pública	Escuela primaria pública	Escuela primaria pública

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Codificación de informantes clave que se entrevistaron, según institución de pertenencia, nombre ficticio atribuido, cargo institucional y profesión

Institución de pertenencia y nombre ficticio atribuido	Cargo institucional y profesión
Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Ignacio	Coordinador de la Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos
Centro de Orientación para Migrantes y Refugiados, Olivia	Coordinadora del Centro de Orientación al Migrante, Lic. en Ciencia Política
Grupo de Trabajo en Salud y	Lic. en Psicología en Ministerio de Salud de GCBA

Migración del Ministerio de Salud de CABA ⁴ , Keila	
Grupo de Trabajo en Salud y Migración del Ministerio de Salud de CABA, Lucrecia	Lic. en Fonoaudiología en Ministerio de Salud de GCBA
Equipo Salud y Migración de ONG, Oliverio	Coordinador de Equipo de Salud y Migración en ONG Médicos del Mundo, Lic. Sociología
CeSAC, Zulema	Lic. en Psicología de un CeSAC de CABA
EOE, Federica	Coordinadora de EOE, Lic. en Trabajo Social
EOE, Zaira	Lic. en Psicología del EOE
EOE, Karenina	Lic. en Psicología del EOE
EOE, Ailén	Lic. en Trabajo Social del EOE
UNICEF y Observatorio Venezolano de Migración (OVM), Bárbara	Lic. en Psicología, investigadora

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Codificación de conversaciones personales e informales con informantes clave, según institución de pertenencia, nombre ficticio, profesión y cargo institucional

Institución de pertenencia y nombre ficticio	Cargo institucional y profesión
Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad, Amanda	Lic. en Psicología miembro de Junta Evaluadora Interdisciplinaria del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad
CeSAC, Erica	Lic. en Fonoaudiología del Centro de Salud seleccionado para la investigación
Hospital General de Agudos, Melisa	Psicóloga coordinadora del Equipo de Niños de Hospital General de Agudos, ubicado en zona sur de CABA
Hospital General de Agudos, Uma	Lic. en Psicopedagogía, Equipo de Niños
Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26.657, Gabriel	Médico psiquiatra
Departamento de Salud Mental en Facultad de Medicina, Quique	Médico psiquiatra
CENTES, Zuleika	Lic. en Fonoaudiología

Fuente: Elaboración propia

⁴ Dicho Grupo se creó a través de la Resolución N 2.515/07 y depende de la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Se propuso sensibilizar y capacitar a profesionales de efectores de salud para lograr un mejoramiento de la atención de las personas migrantes, difundir normativas relacionadas con la no discriminación, articular con otras instancias a los fines de profundizar redes de formación y atención, promover líneas de capacitación e investigación sobre la temática y propiciar la reflexividad de los equipos de salud (OIM, 2020)

Tabla 12. Codificación de niños y niñas de 4 a 12 años pertenecientes a familias migrantes entrevistadas según nombre ficticio, edad, país de origen propio y de sus progenitores y lugar de residencia

Nombre ficticio, género, edad y país de origen	Nacionalidad de progenitores y progenitoras
John Mauro, niño, 4 años, argentino	Madre nacida en Colombia, padre nacido en Argentina
Elmer, niño, 12 años, argentino	Madre y padre nacidos en Paraguay
Zury, niña, 11 años, peruana	Madre y padre nacidos en Perú
Zenón, niño, 10 años, boliviano	Madre y padre nacidos en Bolivia
Luis, niño, 9 años, venezolano	Madre y padre nacidos en Venezuela

Fuente: Elaboración propia

g. Contexto de pandemia por SARS-CoV-2 -19 y sus implicancias teórico metodológicas

“Conocer, entonces, es un largo proceso de selecciones y reconstrucciones”

Homero Saltalamacchia, Héctor Colón y Javier Rodríguez, 1984: 331

Cabe destacar que la última parte de la recolección de información y el trabajo de escritura de la presente investigación fueron realizados durante la pandemia generada por el SARS-CoV-2. La misma impactó de manera multidimensional en la vida cotidiana, los vínculos intersubjetivos y en las modalidades de trabajo de las personas involucradas en esta investigación. Aquél contexto adverso e inédito –en donde el ASPO y el DISPO tomaron protagonismo como medidas que buscaron evitar el agravamiento de la situación epidemiológica, la proliferación de contagios y fallecimientos–, condujo al replanteamiento de decisiones metodológicas de esta tesis.

La crisis provocada por la pandemia también implicó una mayor afectación en la situación de las familias migrantes, proporcionalmente con base en situaciones previas de vulnerabilidad, dado el aislamiento social, una menor posibilidad de trabajo de las personas adultas, miedo a infectarse y preocupación por seres queridos que permanecieron en sus países de origen, entre otras condiciones que agravaron su situación social y económica (Carpio, 2021 en Gorlero et al., 2021). Esto generó, a su vez, efectos en su salud mental, a la vez que la atención de equipos en efectores públicos de salud fue dificultada por los avatares suscitados por la irrupción del Covid-19.

Valles (1997) planteó dos polos ideales y antagónicos de diseños cualitativos: los estructurados y emergentes: mientras que en los primeros no se producirían apartamientos de lo ya planificado, en los segundos las decisiones se tomarían durante el proceso de investigación a partir de una lógica de feed back. El contexto de pandemia, con todos los cambios que suscitó en la vida y en la posibilidad de abordar el planteo del problema de manera empírica, movilizó la necesidad de combinar las características de dichos tipos ideales y desarrollar un diseño flexible.

Por un lado, en las entrevistas a profesionales mantenidas durante aquél período, se contempló las modificaciones acontecidas en sus lugares de trabajo y en las modalidades de cuidado ofrecidas por los dispositivos del campo de la salud mental. En ese sentido, tal como lo plantean Faraone y Barcala (2020), la pandemia interpeló fuertemente las prácticas de los servicios de salud mental y motorizó la problematización respecto de los cuidados allí producidos.

Por otro lado, devino necesario realizar algunas entrevistas en línea, para así cumplimentar las disposiciones sanitarias preventivas impulsadas por el gobierno y continuar simultáneamente con el proceso investigativo. Las mismas tuvieron un modo comunicativo oral, visual y sincrónico de una duración similar a las mantenidas de manera presencial. Es importante aclarar que dicha técnica se utilizó con aquellas personas entrevistadas con las que se había establecido un contacto presencial previo a la pandemia y que se apeló al uso de la videollamada para –pese a no estar cara a cara ni copresentes en un espacio físico idéntico (Markham, 2005) – evitar una mayor pérdida de información no verbal (como gestualidades, vestimenta, miradas) que podría producirse en un llamado telefónico.

Dado que durante la pandemia no solamente se redujo el encuentro presencial entre personas sino que también se profundizó la virtualidad como una vía alternativa de socialización, trabajo y comunicación, para esta tesis se tomaron aportes de las metodologías cualitativas dentro del contexto virtual, online o mediado por una computadora (Bampton y Cowton, 2002; Gibbs et al., 2002; López y Gómez, 2006; Markham, 2005) para comprender más cabalmente los limitantes y posibilidades de las mismas. Así, se reconoce que la utilización de la tecnología incide en los modos de recolección de datos, su construcción, almacenamiento y análisis (Gibbs et al, 2002; Markham, 2005) y que la integración de técnicas de recolección de datos, tanto on-line como off-line, motoriza una mayor complementariedad y comprensión de los fenómenos de estudio.

La situación de entrevistas en línea a su vez, movilizó la aparición de circunstancias no planificadas con anterioridad, como lo fue –por ejemplo– la participación espontánea y expresamente solicitada por un niño venezolano (Luis) en una de las entrevistas virtuales que mantuve con su madre (Liseth). Dado que, para Liseth y su familia, el hogar había devenido durante el periodo de ASPO y DISPO también en tanto escuela y lugar de trabajo de las personas adultas que allí vivían, durante la entrevista mantenida con dicha mujer, el

niño (que se encontraba en otro ambiente del departamento) se acercó al sillón en donde su madre dialogaba conmigo, solicitando conversar y contar su propia perspectiva sobre los temas que estábamos comentando. En esa instancia, se le explicó los objetivos de la investigación, él prestó su asentimiento a participar y su madre también lo consintió.

Este emergente –efecto de la reconfiguración de espacialidades, temporalidades e intimidades durante los períodos de aislamiento y distanciamiento– no fue rechazado por encontrarse por fuera de lo previsto. Contrariamente, se optó por incorporarlo a la tesis como material de análisis pues aportaba información relevante en torno al contexto en el cual la misma se desarrolló y también permitió reflexionar acerca de la participación de las infancias tanto en los procesos migratorios como investigativos. En ese sentido, la presencia de Luis permitió que su voz reverberara de manera directa en la tesis, no apareciendo de modo indirecto o aludido desde las perspectivas de las y los adultos.

En el caso de la participación de Zury y Dulce –se profundizará en su contextualización en la Parte IV, Capítulo 1–, la asistencia de las niñas no había sido anticipada por su madre y se trató de un emergente: su abuela paterna había fallecido el día anterior, su padre había viajado a Perú y como su mamá las notaba tristes, las invitó a acudir del encuentro. Al enterarme de esto, les pregunté si querían formar parte de la conversación o si preferían esperarnos en una mesa anexa a la nuestra, a lo que respondieron entusiasmadas que optaban por integrarse al diálogo.

La posibilidad de registrar las novedades y permitir ciertas discrepancias respecto a lo que aparecía como expectativa o interés previo al encuentro mantenido con los sujetos de la investigación permitió ubicar una producción de conocimiento a partir de experiencias vividas (Passos, Kastrup y Escóssia, 2009/2015 en Benet et al., 2016). Asimismo, la decisión de incluir estas materialidades como corpus de la tesis también estuvo vinculada con la convicción de la importancia de aproximarse a las voces en primera persona de las infancias en contextos migratorios para trascender miradas adultocéntricas.

h. Reflexividad

“¿Para qué escribe uno, si no es para juntar sus pedazos?”

Eduardo Galeano, 1991: 89

Es necesario considerar el concepto de reflexividad para dar cuenta de una propuesta ética que se interesó en el retorno a la propia investigadora y su producción, renunciando a la idea de que la misma fuera un ente cognoscente neutral, exenta de situarse históricamente y verse atravesada por intencionalidades o preocupaciones que orientaran el modo en el que construye interpretativamente su objeto de indagación (Bonvillani, 2013).

Recuperando dicha propuesta, se optó por hacer lugar a la implicación personal y a las motivaciones para tornar esta temática como objeto de indagación –véase el *Prefacio* – así como reconocer que incluso en la elaboración del marco teórico hay una selección que opera sobre determinada bibliografía, y no otra, recorte que responde a una singular toma de posición sobre aquello que se ha leído y se opta por escribir. En mi caso, considero que aquello estuvo vinculado tanto con mi formación de grado como psicóloga en una facultad en la que el psicoanálisis ha tenido históricamente una gran pregnancia, así como con el atravesamiento por estudios de posgrado (especialización, maestría y doctorado) que tuvieron una orientación definidamente interdisciplinaria y con un enfoque de derechos humanos. También fue nutrida por sugerencias de lecturas aportadas por compañeros y compañeras del Grupo “Salud y Migración” de Médicos del Mundo –allí tuve mi primer acercamiento a la salud colectiva y a la antropología médica–, del Grupo “Salud e Interculturalidad” del Ágora –quienes me aproximaron a Catherine Walsh, Aníbal Quijano y más referentes regionales ineludibles– y del área “Migraciones” de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires –que me aportó con su propuesta de intercambios entre el psicoanálisis y otras disciplinas o artes–.

El trabajo de campo que me propuse realizar estuvo atravesado por diferencias y desigualdades en lo relativo al origen nacional, étnico, género y de clase social no solamente de las unidades de análisis sino también en lo relativo a las mías propias. Por ello, resultó fundamental atender a la necesidad de ejercer una auto vigilancia que me permitiera reflexionar respecto de los lugares que ocupo dentro del campo académico y la sociedad en general, al ser: argentina, “porteña”, parlante del castellano rioplatense como lengua materna, mujer cis, con tez clara y ojos claros, neuroconvergente, profesional y de clase media. En ese sentido, tal como lo advierten Velasco y Díaz de Rada (1997), quienes investigamos también ocupamos el rol de vecinos o vecinas, amistades, personas desconocidas, occidentales, hombres o mujeres y otras adjudicaciones que puedan conferirnos las y los sujetos de investigación.

Complementariamente, es importante destacar que comparto la convicción de que la implicación es constitutiva en la producción de conocimientos en la investigación social y que la misma ejerce efectos insoslayables en aquél proceso. En mi caso, la doble implicación (ser investigadora, pero, a la vez, haberme desempeñado como psicóloga en equipos de salud mental infanto-juvenil en efectores públicos del GCABA) pudo haberse erigido en tanto obstáculo. Sin embargo, considero que haber formado parte de aquellos servicios permitió conocer con mayor profundidad las dinámicas institucionales, las problemáticas cotidianas de los equipos y las personas usuarias, así como utilizar mis propias experiencias profesionales en la atención a infancias migrantes en el ámbito hospitalario como analizadoras de posibles nudos críticos.

La mayor dificultad para avanzar con el trabajo de campo surgió a partir de mi falta de inserción orgánica en espacios comunitarios de militancia por los derechos de las personas migrantes. Dicha militancia había sido sostenida durante numerosos años de mi vida, pero se vio interrumpida por el proceso de gestación de mi hijo Dante. En mis últimos meses de embarazo, suspendí mi participación voluntaria en ONGs y equipos de salud mental infanto-juvenil en hospitales públicos; después de su nacimiento, mis tiempos se acomodaron entre mi trabajo como Becaria Doctoral de CONICET y las tareas de cuidado no remuneradas. Tiempo después, advino la pandemia por Covid-19, la que reforzó el aislamiento al interior del hogar.

Aquellas interrupciones fueron vividas con intenso conflicto y contradicción por mí, deviniendo en un poderoso obstáculo para avanzar en el trabajo de campo. Estas dificultades, registradas en el diario de campo, complejizaron vigorosamente la realización de las entrevistas y también pusieron de manifiesto cómo las vidas de quienes llevamos adelante una investigación son también efecto del solapamiento entre lo individual, lo familiar y lo social.

“Fecha: 7 de Marzo 2017, 23.30 hs.

Lugar: Comedor de mi casa

Parálisis absoluta. ¿Hacia dónde? ¿Cómo?

Me falta escribir. Pero, sobre todo, me falta hacer. Mi antiguo hacer.

¿Qué pasó conmigo, con mi posibilidad de “estar ahí con”?

¿Desde qué lugar iniciar una entrevista o encarnar con coherencia la investigación?

Miedo de echarlo a perder”.

“Fecha: 6 de Mayo 2018, 09.20 hs.

Lugar: Colectivo 160, rumbo a la UNLa

Me pregunto.... ¿A qué fines sirvo? ¿Terminaré siendo una colaboradora de la perorata de la neutralización de conflictos?

¿Para quiénes escribo? ¿Sobre todo, desde quiénes o desde dónde?

¿Qué pasa si, sin darme cuenta, estoy escribiendo desde y para los supuestos “nosotros” (nativos argentinos, profesionales)?

Necesidad de sostener una ética, de construirla.

Sin eso, nada”.

“Fecha: 8 de septiembre de 2019, 12 hs.

Lugar: Cama, en casa

Anteayer estaba caminando, embaladísima, hacia el colectivo para ir a la entrevista con T., Director del Centro, hasta que me tropecé con la pata de un cartel de una obra en construcción que queda en frente de casa. Salí volando; abrí mi rodilla izquierda, la mano derecha y varias preguntas más.

Los albañiles fueron amorosos, me alcanzaron una silla para que recompusiera mis pedazos y me ayudaron a reunir todos los objetos que habían quedado desperdigados en la vereda. Ahí sentada, con la voz entrecortada, tomé mi celular y le mandé un mensaje de audio a T. avisándole que me había caído en la calle y no podría ir a la entrevista que habíamos pautado (y que me había costado tantos meses conseguir).

A los pocos minutos llegué a la guardia para que me ayudaran con las curaciones y en el triage me puse a llorar sin consuelo. No era por el dolor físico, por el jean destrozado ni por el miedo a una fractura.

Era la decepción por haber perdido esa entrevista, por haber protagonizado mi propia obra de destrucción”.

La instancia de auto-observación y reflexión (de observar y reflexionar sobre quien observa y reflexiona) permitió alumbrar las implicancias subjetivas surgidas en el vínculo con el contexto de investigación.

Complementariamente, el diálogo sostenido con mi directora de tesis, con compañeras-amigas y con mis sucesivas analistas colaboró en la búsqueda por resignificar mi identidad profesional –también ciudadana– mientras desarrollaba el trabajo de tesis.

Aquello fue indispensable para habilitarme a reingresar en aquel territorio del que sentí haberme desplazado casi forzosamente y sin permiso legítimo para retornar.

i. Alcances y limitaciones del estudio

Si bien la tesis se orientó a comprender procesos vinculados con las infancias migrantes, principalmente las unidades de observación han sido las prácticas discursivas de sus familiares y de profesionales de la salud mental. En ese sentido, esta investigación advierte que las perspectivas trabajadas han sido, mayoritariamente, las de personas adultas mientras que las niñas y niños –con excepción de aquellas y aquellos que sí participaron de las entrevistas– no estuvieron implicados de manera directa en la producción de datos. Esta decisión se fundamentó en la búsqueda de no propiciar instancias de revictimización de niños y niñas en contextos de migración que hubieran atravesado situaciones de sufrimiento psíquico.

Si bien los discursos de sus familiares y profesionales no necesariamente coincidirían con los puntos de vista de los niños y niñas a quienes aluden, sí constituyen subjetividad. Tal como lo plantean Gómez, Ospina, Alvarado y Ospina (2014), los niños y las niñas construyen sus subjetividades de manera relacional y compleja al participar en procesos de interacción con distintos agentes relacionales, entre los cuales se destaca la familia como un sistema relacional de gran relevancia. En palabras del sociólogo Bertaux (1996: 12, en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006): las familias son *“unidades autoorganizadas de producción de otros miembros... microsistemas autopoieticos orientados hacia la producción de energías humanas de sus propios miembros, tanto en la vida cotidiana como a largo plazo”*.

Por otra parte, tal como lo sostiene Burr (1995) la subjetividad se construye no solo a partir del lenguaje y los discursos ideológicos sino también desde las disciplinas científicas. Incluso las interpretaciones de los hechos vivenciados son creadas en función de significados relacionales y colectivos (Bruner, 2004). Es por ello que también resultó menester conocer las perspectivas de profesionales de salud mental, puesto que también construyen subjetividad y, además, mantienen un vínculo de confianza y proximidad con sus consultantes.

Es necesario resaltar, a su vez, que pese a la relevancia de considerar las agencias de los niños y niñas que participan en contextos migratorios, aquél no se constituyó en un objetivo de la presente tesis, sino que queda pendiente para ser trabajado en próximas investigaciones.

Por último, es importante clarificar que –dadas las estrategias metodológicas empleadas en la investigación– los resultados obtenidos no son generalizables a otras personas ni contextos. Asimismo, las restricciones en

la movilidad que surgieron durante la pandemia dificultaron la entrada al trabajo de campo con las familias migrantes. Se acudió a la estrategia de bola de nieve para arribar a las personas entrevistadas sin lograr acceder a las historias de vida de personas de sectores sociales más vulnerados o que vivieran en barrios de asentamientos precarios. Esto hubiera permitido una aproximación y caracterización de sus realidades, así como una mayor heterogeneidad en las experiencias en el acceso a modelos de atención a los padecimientos.

Clarificar esta limitación implica reconocer la existencia de desigualdades en las condiciones de vida de las personas migrantes en CABA y que la extrapolación de estos resultados no podría representar la totalidad de realidades convivientes en simultaneidad. Esto, a su vez, se añade a la ineludible “condición adverbial” (Orbe et al., 2006: 250) de las personas, a partir de la cual la importancia de las circunstancias, los espacios y tiempos tiende a imposibilitar generalizaciones y sustancializaciones.

Parte IV. Resultados, discusiones y categorías emergentes

Este apartado está integrado por cinco capítulos, los que se corresponden, uno a uno, con cada objetivo específico de la tesis. A su vez, los mismos están estructurados internamente en capítulos que permiten una lectura más ordenada de los contenidos.

La organización de los mismos está sustentada por el material recolectado en el trabajo de campo, en el que se incluyen los datos que respondieron a los ejes temáticos planteados en los objetivos de la investigación y también otras categorías emergentes que no habían sido previamente contempladas.

Con el fin de mantener el anonimato de las personas entrevistadas, se utiliza la codificación desarrollada en las Tablas 8, 9, 10, 11 y 12 de la Parte III de la tesis. En el caso de las madres o padres migrantes que participaron de la investigación, se incluye su nombre ficticio, su vínculo con el niño o niña al que hacen referencia en relación al itinerario terapéutico y su propio país de nacimiento. Al referirse a profesionales o informantes clave, se brinda información respecto a su institución de pertenencia, profesión y nombre ficticio. De todos modos, se sugiere acudir a las Tablas antes mencionadas para recuperar información ampliatoria de las personas entrevistadas.

Se considera que los fenómenos descritos en este apartado representan las perspectivas, experiencias y valoraciones de las personas incluidas en este estudio, no pudiendo generalizarse. De la misma forma, resulta importante aclarar que, pese a que se han encontrado insistencias y coincidencias entre las unidades de análisis, también se halló que existen tensiones y marcadas diferencias entre las mismas. Esto señala la no univocidad ni heterogeneidad entre subgrupos con características similares.

Objetivo 1: Describir y analizar itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante las problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres

*“(…) aunque las historias de todos ellos son distintas,
cada una es un fragmento de una historia compartida más amplia.
Todos los niños llegan de lugares distintos, de vidas singulares, de experiencias únicas, pero una vez que registramos
sus historias, éstas se encadenan unas con otras (…)
Si alguien dibujara un mapa del hemisferio y trazara la historia de un niño, y luego las de decenas de otros,
y después la de los otros cientos y miles que los preceden y vendrán después,
el mapa se colapsaría en una sola línea.
una grieta, una fisura, la larga cicatriz continental”*
Valeria Luiselli, 2017: 44

En este capítulo se aborda la descripción y el análisis de los itinerarios terapéuticos en la búsqueda de encontrar respuestas ante problemáticas de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional, desde la perspectiva de sus madres o padres. A los fines de organizar la información recolectada, se siguen tres dimensiones centrales:

- I. historia familiar de la migración;
- II. detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña y, cuando sucediera, confirmación del diagnóstico
- III. atención a los padecimientos

Sumado a ello, se incorporan relatos de las personas entrevistadas que aportan matices para avizorar los modos en los que “la larga cicatriz continental” (Luiselli, 2017:44) se encarna en experiencias únicas y vidas singulares de la población migrante. También se añaden figuras que permiten representar los itinerarios terapéuticos de John Mauro, Elmer y Zenón, que son aquellos niños en contextos migratorios que han acudido a profesionales de la salud mental como un modo posible de encontrar respuestas ante sus problemáticas.

Posteriormente, se procede a la discusión de los resultados. La misma se lleva a cabo a partir del análisis transversal del material obtenido en el trabajo de campo y su articulación con teorías utilizadas como marco de referencia. Se ordena en tres ejes centrales generados *ex post* (a saber, modelos de atención de los padecimientos; intervenciones disciplinares en salud mental; organización social del cuidado).

Tal como se mencionó anteriormente, los itinerarios que aquí se describen no son representativos de todas las trayectorias ni permiten llevar a cabo generalizaciones. Por el contrario, personifican recorridos singulares que se vuelven trama con sus contextos y elevan el valor de cada historia.

Darinka, mamá de Zenón

I. Historia familiar de la migración: “Probar la vida en la ciudad”

Darinka llegó abrigada a nuestro primer encuentro. Hacía frío, los guantes, camperas, gorros y barbijos nos arropaban mientras estábamos sentadas en el banco del patio de un Hospital General de Agudos en zona sur de CABA.

Si bien mi intención era concertar nuestros encuentros por fuera del ámbito hospitalario en el cual su hijo recibe distintos tratamientos, aquello no fue posible. Dado que las consultas no tienen una duración exacta y Zenón no puede quedarse solo esperando a su mamá, nos ubicamos en un lugar cercano a la puerta de acceso al pabellón de salud mental infanto juvenil. En ese sentido, me interrogo respecto de los modos en los que el contexto pudo haber influido en su narrativa, en sus valoraciones.

Darinka se crió en un pueblo alejado en la provincia de Omasuyos, perteneciente al Departamento de La Paz, Bolivia. Convivía junto a su mamá, su papá y sus hermanas y hermanos, siendo “*la del medio*” (sic).

Su lengua materna, así como la de su marido que también es oriundo del mismo pueblo, es el aymara. Darinka narró haber aprendido español en la ciudad de La Paz pero que su mamá “*no habla ni una palabra en español*”. A sus dieciocho años quiso “*probar la vida en la ciudad*” y conocer Buenos Aires, en donde ya se habían establecido sus hermanas más grandes que habían conformado sus nuevas familias.

Le pidió autorización a su padre para poder viajar, dado que él prefería que se quedara viviendo junto con su familia de origen. Luego de conseguir dicho aval, viajó sola en un micro desde La Paz hasta Liniers, donde convivió durante un mes con sus hermanas, debiendo regresar a Bolivia por el pedido de su padre. Tiempo después regresó a la Argentina y se estableció en el barrio de Mataderos a fines del año 2002.

En Buenos Aires se reencontró con Edid, 5 años mayor que ella, y tuvieron tres hijos de nacionalidad argentina. Los dos mayores han podido visitar Bolivia dos veces, Zenón – el menor – una sola vez, cuando era bebé. Pese al deseo de Zenón de conocer la tierra en donde se criaron sus familiares y conocer a la abuela que aún reside allí, las crisis cambiarias lo tornaron difícil: “*100 pesos argentinos es un boliviano, está complicado... antes era al revés, valía más. Se necesita un montón de plata*”.

En la actualidad, su marido “*hace de todo, no tiene un trabajo seguro, pero... albañilería, también aprendió mecánico. Hace todo él, trabaja de lo que viene, aunque no tiene trabajo en blanco*”. La precariedad laboral no solamente tendría efectos en la posibilidad de poseer un trabajo registrado, sino que, según las palabras de la entrevistada, también estaría asociado a la dimensión de lo in/seguro. Por su parte, Darinka, durante muchos años se desempeñó en un taller textil, aunque ya no se encuentra desarrollando dicha actividad para dedicarse al cuidado de sus hijos.

Su hijo mayor, de 18 años, ya terminó la escuela secundaria y se encuentra decidiendo qué quisiera estudiar en la universidad, aunque proyecta irse a vivir a Europa: *“Quiere ir a Inglaterra, al lado de Europa se quiere ir... le dijimos que tiene que aprovechar que aquí el estudio es gratis... y no vamos a poder pagarlo allá”*. El segundo hijo, de 16 años, se encuentra cursando el cuarto año de secundaria. Por último, Zenón cursa tercer grado en una escuela pública normal en el barrio de Mataderos. Esta escuela cuenta con atención temprana para nivel inicial y primario, formación profesional para jóvenes y adultos, integración e inclusión educativa, así como también atención a infancias oyentes con trastornos del lenguaje.

Narró que cuando sus hijos presentan algún problema de salud, consultan en el Hospital Pediátrico Gutiérrez, el Hospital Durand o el Hospital Álvarez. En el primer efector realiza sus controles oftalmológicos, en el segundo los neurológicos y, en el tercero, Zenón realiza sus tratamientos habituales.

II. Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña y, cuando sucediera, confirmación del diagnóstico: “Yo sentí que mi hijo necesitaba ayuda”

Detección

Darinka contó que muy prontamente se había percatado de que Zenón tendría una problemática: con casi dos años no hacía contacto visual con otras personas ni tomaba sus juguetes con las manos. Al indagar respecto de cómo se percató de aquello, comentó que lo había comparado con sus hermanos mayores y al percibir una diferencia notable, consultó con su pediatra y le transmitió su preocupación:

Empezamos de muy chiquito el tratamiento con el Zenón. Yo me di cuenta antes de que cumpla dos años que mi hijo tiene una dificultad. Mi hijo más grande con un año y dos meses pedía las cosas, con año y medio hablaba perfectamente. El que sigue, el del medio, al año y medio ya pronunciaba las palabras. Cuando el Zenón tenía un año y ocho meses... nada. Y le dije a su pediatra que le está pasando algo más, yo sentía que necesitaba ayuda (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia).

Asimismo, asoció las dificultades que se presentaron durante el crecimiento de Zenón con alguna cuestión que hubiera estado presente desde el día de su nacimiento pero que, aún en la actualidad, no lograba precisar.

Cuando me lo traen de neo, le dije a mi marido: “algo... algo en el corazón me dice que hay algo que...” [silencio]. Así sentía yo. Cuando nació pesaba 4,800. Empezó a bajar de peso, no se llenaba con la leche del pecho, empezó a tomar mamadera... entonces ahí mismo temprano me di cuenta de que él necesitaba distinto (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia).

Reconstruyó que, luego de dar a luz, permanentemente estaba atenta a él, lo miraba tratando de verificar si estaba bien o si algo le faltaba. Aquella sensación era novedosa para ella, ya que no la había experimentado previamente con sus otros dos hijos.

III. Atención a los padecimientos: “Todo lo que me han dicho los médicos, todo cumplí”

Con casi dos años, Zenón comenzó a realizarse los estudios que su pediatra del Hospital Álvarez le había indicado: “*de la cabeza, de los nervios, de foniatría, todo todo me mandó a hacerle*”. Debió realizarse una tomografía de cerebro y un electroencefalograma de sueño, narrando lo difícil que había sido atravesar por dichos estudios dado que Zenón “*no se dejaba*” y que luego de seguir con las indicaciones de que el niño estuviera despierto durante muchas horas (al momento de realizarse el electroencefalograma se había cortado la luz en el nosocomio y debieron repetir todo el procedimiento). Asimismo, explicó que en los estudios “*no encontraron nada*”.

Comentó que a los dos años del niño fueron a una neuróloga del Hospital Durand y a consultar por “*lo del oído en el Hospital Roca. Tuvo que empezar fonoaudiología, fueron como seis meses. Todo lo que me dijeron, lo llevé a todo*”.

Agregó que en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca también asistieron a talleres de musicoterapia y talleres del lenguaje, así como a charlas para mamás y papás. Allí le dijeron que su hijo debería iniciar su escolaridad en una modalidad especial y que no podría continuar participando de los talleres allí. Finalmente, consiguió la vacante en un jardín de infantes de educación especial, donde realizó sala de 3, 4 y 5 años, recibiendo estimulación temprana y fonoaudiología. Allí iba a primera hora, tomándose dos colectivos. Comentó que también asistió a psicoterapia en el Hospital Álvarez y que del hospital Durand lo habían derivado a “*terapia del lenguaje*”.

Recordó que en uno de los tratamientos que realizó su hijo Zenón, el equipo tratante le aconsejó que en el hogar no hablen en aymara delante de él, aduciendo que “*él tiene una dificultad y lo podía confundir*”. De todos modos, narró que cuando el niño escucha a su mamá y papá conversando en dicha lengua, pregunta: “*¿Qué están hablando?, ¿Qué dicen? Quiero saber... ¿es inglés? No... ¿es en chino?*”.

El aymara es la segunda lengua ancestral boliviana y es practicada por poblaciones indígenas en Bolivia, Argentina y Perú con una marcada heterogeneidad dialectal. Se caracteriza por ser un idioma sufijante, polisintético, complejo y regular, en el que se distinguen cuatro personas gramaticales. Pese a su importancia a nivel histórico, cultural y demográfico, se trata de una lengua que se encuentra en condiciones de opresión en relación al castellano. Como consecuencia de ello, en ocasiones su uso se restringiría a ámbitos específicos, como dentro del hogar, y se podrían vivenciar exilios respecto de dicha lengua materna tanto de modo territorial como al interior del propio linaje (Mamone y Giamatteo, 2019). Incluso el hogar y la familia devendrían terrenos en disputa, tal como se pone de manifiesto en la indicación profesional realizada a la familia de Zenón. Dicha intervención no solamente podría generar efectos en la madre y padre del niño –al sentirse culpabilizados por hablar su lengua materna y, con ello, producir dificultades en su hijo– sino también en Zenón –a quien se le originaría una mayor confusión al serle negado el conocimiento

y la explicación respecto de aquel testimonio vivo de una etnia, cultura e historia que se prolongan en la transmisión intergeneracional de la lengua–.

Del mismo modo, podría emerger la pregunta de si aquella indicación también se hubiera brindado si el idioma de Darinka y Edid hubiera sido otro: los idiomas poseen determinadas jerarquías, son menospreciados, rechazados, valorados o admirados socialmente. Las lenguas indígenas conformarían, así, un soporte material de la segregación (Otero et al., 2021) y se reanudarían en tiempo presente los procesos de colonización y sometimiento de la misma, a través del discurso sanitario. Sin embargo, es sugestivo destacar que en el relato de Darinka se pone de manifiesto que aún continuando hablando el aymara con su pareja, también dando cuenta de propios modos de resistencia ante la tendencia a reemplazar o extinguir la propia lengua por aquella que fue históricamente implantada por quienes han colonizado la región.

En la narrativa de Darinka, la cantidad de estudios, tratamientos y establecimientos en donde los realizó pareciera una gran madeja ininteligible, incluso para ella misma, presentándose permanentes revisiones y correcciones respecto de lo enunciado.

Contó que a los cuatro años de Zenón comenzó a realizar musicoterapia y talleres grupales en el hospital Álvarez. A esa edad emitieron el diagnóstico de “retraso madurativo”, aunque anteriormente habían manifestado que se trataba de un “trastorno de hiperactividad”.

A los cuatro años más o menos me dieron el diagnóstico (...) al principio me dijeron que cuando empezó, cuando era chiquito era niño hiperactivo. Pero a los cuatro años me dieron el diagnóstico de que era un retraso madurativo... Él no hablaba, a los 4 años estaba empezando a hablar, con señas pedía cuando quería comer, decía “mmm” (...) a los 5 años empezó a hablar. Habla como loro ahora (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia).

Además, comentó que hace algunos años han sacado el CUD para Zenón y que antes de que comenzara la pandemia debían hacerle un nuevo estudio neurológico, pero que, dadas las medidas sanitarias de prevención, no pudieron realizarlo.

Escolaridad y terapias

El niño asistió a Educación Inicial Especial y luego continuó acudiendo a una Escuela de Enseñanza Especial en contra turno a la tarde. Aquel proyecto educativo estaba especialmente orientado a la educación bilingüe – intercultural para estudiantes sordos e hipoacúsicos. Pese a ello, en la escuela también podían participar niños y niñas oyentes que presentaran trastornos del lenguaje.

Entraba a las 2 de la tarde, una hora y media estaba. Iba todos los días con él. Y así, antes de pandemia. Y en pandemia empezó una vez a la semana y después ya de alta (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia).

Posteriormente, le dieron de alta en dicha escuela y continuó su escolaridad en la Escuela Común a la que asiste desde primer grado por la mañana.

Actualmente el niño se encuentra en tratamiento psicológico, psicopedagógico, musicoterapéutico y participa de talleres grupales que son coordinados desde el dispositivo de hospital de día del Hospital General al que él concurre. El mismo, destinado a la atención de niños y niñas con diagnóstico de espectro autista o con dicha sospecha diagnóstica, ofrece “espacios creativos” en los que participan grupos flexibles. Dicho dispositivo se adaptó durante el ASPO, suspendiendo los encuentros presenciales, pero sosteniéndolos con una propuesta que se pudiera desarrollar a distancia en los mismos días y horarios, a través de grupos de WhatsApp. Mediante esa vía se trabajaba con cuentos, consignas, canciones, fotos y videos. Asimismo, se promovió la comunicación telefónica en los tratamientos individuales y se apeló a la reinversión para acompañar el trabajo con las familias de niños y niñas que participaban del dispositivo, así como para continuar siendo un espacio de referencia para las mismas en donde el lazo sea fundamental. También el tratamiento psicopedagógico se sostuvo durante aquél tiempo por videollamadas de WhatsApp o mensajes de voz o escritos, dado que la familia de Zenón no contaba con Wifi en su domicilio ni con muchos datos en el celular. La psicopedagoga enviaba información e indicaciones para que la mamá del niño o sus hermanos mayores pudieran colaborar en la enseñanza, pero, en 2021, pudieron retornar al tratamiento en modalidad presencial.

La mamá mencionó que, en la actualidad, el niño “*se siente muy cansado*” y que los lunes no asiste a la escuela ya que a la mañana tiene turno en el hospital con la psicopedagoga, al mediodía retorna a su hogar para almorzar y descansar, luego volviendo al hospital por la tarde para más tratamientos con su psicóloga y con musicoterapia. Los miércoles y viernes por la tarde asiste a talleres en dicho efector de salud.

Al consultarle si había podido explicarle a su familia de Bolivia cuál había sido la problemática de salud de su hijo menor, Darinka desvió su mirada. Después de unos segundos de silencio, refirió no haberlo hecho y repitió que sus hijos mayores habían regresado otra vez a dicho país pero que Zenón no.

Al dialogar con ella respecto a la consideración de acudir o haber acudido a algún otro tipo de curador o de líder religioso por los desafíos en el desarrollo que había atravesado su hijo pequeño, la entrevistada desechó rápidamente aquella pregunta refiriendo: “*no soy creyente de eso*”.

Figura 1. Itinerario terapéutico de Zenón: consultas, evaluaciones y tratamientos en el sector sanitario

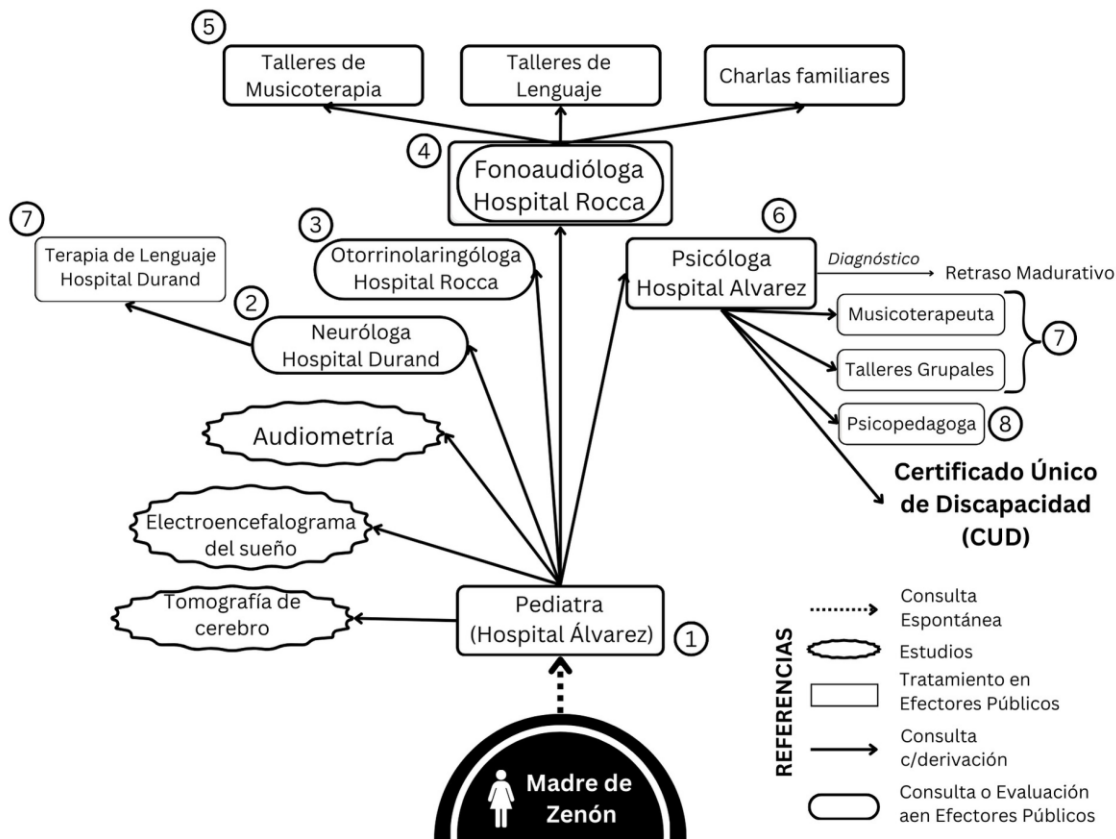


Figura de elaboración propia

Daniela, mamá de John Mauro

I. Historia familiar de la migración: “Yo nací en Colombia, me crié en Ecuador, viví en Colombia, viví en Estados Unidos... Yo no soy 100% pura colombiana “

Daniela es una mujer de 44 años. Su estatura es mediana, su cabello es castaño y porta una pronunciada sonrisa. Sus ojos encendidos y sus largas pestañas acompañan su mirada vivaz.

Nuestra primera entrevista transcurrió en una plaza, en la cual su hijo John Mauro se encontraba jugando en la calesita y las hamacas. Posteriormente, una confitería se convirtió en lugar de encuentro para continuar conversando.

Daniela nació en Bogotá en donde se crió con su familia nuclear hasta los 7 años, cuando se desplazaron en conjunto a Ecuador. Allí vivieron durante poco tiempo hasta retornar, nuevamente, al país de origen.

En su época universitaria, Daniela comenzó a estudiar Administración de Negocios Internacionales en Colombia, pero finalizó dicha licenciatura en Estados Unidos, donde se asentó por cinco años. Posteriormente volvió a Colombia y se casó con su novio, de quien se separó cuando tenía 30 años. A pesar

de dicha ruptura, decidió emprender el viaje que había comenzado a planificar junto a él para realizar una Maestría en una universidad privada en Argentina. Previamente había aplicado su postulación en universidades de otros países del mundo, pero sin lograr conseguir una beca y decidió continuar con su proyecto de viaje, valiéndose de un préstamo otorgado por el gobierno colombiano.

Apliqué a tres. Y me salió la de acá. Y en Londres no quedé, en la de Colombia no me alcanzó la plata, y en Argentina todo cuadró. Era cara, pero todo cuadró. Lo único que se descuadró fue esto, que nos separamos, y fue como: "ay, y ahora ya no me voy casada, me voy soltera, qué lástima" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Arribó a CABA en marzo del 2007 con un compañero de trabajo que también viajó al país para estudiar un posgrado y con quien compartió un primer alquiler de departamento para dividir sus gastos. A los seis meses consiguió su primer trabajo en la misma empresa multinacional en la que continúa desempeñándose y ocupando un alto cargo de liderazgo.

En CABA se conoció con Gabriel, un hombre argentino, profesor de educación física, con quien se casó y continúa en pareja. Gabriel es el padre de John Mauro, único hijo de ambos, nacido en 2016 en CABA.

II. Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña y, cuando sucediera, confirmación del diagnóstico: el “sexto sentido materno”

Detección

Daniela narró que hubo un momento de inflexión durante el año 2018, a partir del cual comenzó a percibir cambios repentinos en las conductas de John Mauro, como llanto permanente, berrinches, tristeza y modificaciones en su alimentación, comenzando a rechazar comidas que previamente aceptaba con gusto. Antes de esa instancia, comentó que los tiempos de desarrollo de su hijo habían sido los esperables en relación al control de esfínteres, sueño y otros logros madurativos.

Yo sabía, algo estaba mal, algo estaba mal, y me di cuenta, yo me di cuenta, hubo un cambio, hubo una inflexión en el 2018 que yo dije: "algo pasó" (...) Pero cuando cumplió un año y ocho meses, John Mauro cambia. Ya no quiere comer, empieza mucho berrinche, viste, las venitas de la cabeza cuando se ponía mal. "Qué raro, qué raro". Y le dije a Gabriel: "qué raro, para mí algo pasa, ¿por qué John Mauro no habla más?". Gabriel me dice: "tiene un año y ocho meses, no puede hablar" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Pese a la preocupación de Daniela, ni su esposo ni la dirección o equipo docente del jardín al que asistía el niño ni su pediatra de cabecera coincidían con que hubiera una problemática. Al igual que otras personas de su entorno que le decían: " *todos los niños tienen su tiempo, no lo molesten*" (sic), el papá del niño también consideraba que aún era esperable que John Mauro no pudiera hablar por su corta edad. Lo que advino como una situación de alerta para Daniela fue la comparación de su hijo con un compañerito de la misma sala, en relación a su modo de comunicarse verbalmente. Narró que, una tarde, al retirar a John Mauro del jardín, se encontró con dicho niño a la salida de la institución y notó cómo era capaz de verbalizar e

interactuar con otras personas. Al llegar a su hogar, le contó esta situación a su marido, quien relativizó la escena planteando que se trataría de una exageración asociada a una modalidad de expresión de Daniela, a lo que ella respondió que, de todos modos, realizaría una consulta con una especialista. Daniela señalaría la dimensión de cuestionamiento que sentía recaer sobre sí misma respecto del padecer de su hijo: hiciera lo que hiciera (hablar mucho o poco) sería la causa explicativa de lo que le aconteciera a John Mauro.

Entonces yo llegué, le conté a Gabriel... y Gabriel: "no, que eres una exagerada, todos los niños son diferentes". Y claro: "lo que pasa es que vos hablas mucho, entonces tú quieres que el niño hable mucho". Yo le digo: " lo que pasa es que, si yo hablo mucho, por eso John Mauro no habla. Pero si yo hablara poco, también por eso es que John Mauro habla poco, y ahí para mí pasa algo. Y si tú no me crees, está bien que no me creas, pero yo voy a ir a la fonoaudióloga" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Por otra parte, manifestó haber investigado sobre posibles condicionantes de dificultades en el lenguaje en la infancia y comentó que ella ubicó el inicio de las problemáticas de su hijo poco tiempo después de que él hubiera enfermado de mononucleosis a sus dieciséis o dieciocho meses. Aparentemente, atribuiría un origen orgánico y biológico a las problemáticas que surgieron en John Mauro:

(...) no recuerdo que se nos haya caído, no tuvimos ningún problema psicológico importante, ni peleas, ni golpes, que nos estrellamos en el auto, ni nunca hubo una... (...) en un momento el cerebro dejó de desarrollar esa parte, se desarrolló bien en un momento, justo antes de llegar a los dos, por lo general, se detiene. A John Mauro le dio mononucleosis, cuando tenía 18 meses, 16 meses, le dio mononucleosis, y a mí me parece... John Mauro comía de todo, yo le pasaba un pedacito de pollo, y carne, y una lechuga... después de la mononucleosis, súper selectivo, puré, arroz blanco (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

También contó que fue ella misma quien había detectado la mononucleosis de su hijo, pese a que la sintomatología era leve y nadie más había considerado que el pequeño pudiera atravesar dicha enfermedad.

Y la mononucleosis me di cuenta yo, también, también me di cuenta yo, porque también, es como muy poco detectable. "John Mauro está mal" [le dije a Gabriel], "¿pero por qué decís eso? John Mauro está cansado porque está todo el día en el jardín, es obvio que está cansado... ¿Qué lo vas a llevar a la guardia? Tantos virus que hay, no sé qué, no lo lleves, no lo lleves" [me respondió] Como no le voy a preguntar, ni [Gabriel], me tiene que llevar, lo voy a llevar yo (...). En la guardia, la pediatra confirmó: "John Mauro tiene mononucleosis". Ay, bueno [ríe] ¿Por qué joden tanto con el sexto sentido de la mamá? Yo no entiendo (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

En su descripción de esta nueva situación, Daniela también consideró que habría una intuición materna o un "*sexto sentido*" (sic) que operaría en la posibilidad de detectar una problemática de salud de su hijo. Esto tensionaría con la perspectiva del padre del niño que consideraría dicha preocupación como una exageración infundada.

Diagnóstico

En primera instancia, consultaron con la pediatra de cabecera de John Mauro, quien –al inicio– desestimó que hubiera que ocuparse del asunto y luego, tras la firme insistencia de Daniela, le otorgó una orden de derivación con una fonoaudióloga para realizar una evaluación.

Y le conté esto. "¿Y? No tiene nada que ver". Entonces le dije yo: "yo te pido por favor que me derives a una fono". Me dice: "es que, Daniela, no ha cumplido dos años, es obvio que no hable, por dios, no lo puedes meter en este momento a que lo diagnostiquen porque es muy pequeño". Le dije: "dame la orden, derivame a una fono, o si no me voy a otra pediatra hasta que lo consiga, algo está pasando". Bueno, entonces me lo dio. Y lo llevé a la fono (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

La fonoaudióloga evaluó al niño y refirió que el mismo estaba "atrasado a su edad" (sic) y que, además, tendría alguna problemática sensorial. Sugirió derivación a terapia ocupacional, pero, tras las repreguntas de Daniela y su marido, definieron que era prioritario empezar con tratamiento fonoaudiológico.

Y me dijo: "mira, sí, John Mauro está atrasado a su edad, tiene también algo sensorial, yo diría que lo pusieras en TO". Pero entonces, bueno, dijimos "¿qué es lo más importante, la TO o la fono? "La fono [contestó]" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

En el año 2019 realizaron una primera consulta con una neuropediatra –con quien se reúnen anualmente para realizar el seguimiento del desarrollo de John Mauro– por interés de su mamá. Daniela estuvo investigando y, en función de lo que leyó en diversos portales de internet, pretendía descartar un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Por ello, le solicitó a la especialista que realizara la evaluación que considerara pertinente. Hicieron una evaluación conjunta con ADOS Adir (una Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo) y, a partir de los resultados de dicho instrumento semi-estructurado, se emitió el diagnóstico de un trastorno mixto del lenguaje.

Según el DSM IV, se trataría de un trastorno de la comunicación que afectaría tanto a las áreas de recepción como a las de expresión de la comunicación en algún grado (de leve a grave).

Otra vez, yo quería salir de la duda que no tuviera TEA, porque, de nuevo, todos los trastornos, lenguaje, llevan a TEA, yo me la paso leyendo, si fuese por Google... Entonces sacamos la orden con la neuropediatra, fuimos (...). Primero se reúne con nosotros, se reunió como tres horas, nos hizo un montón de preguntas, increíble (...) Y después de la siguiente semana se juntó con John Mauro, dos horas también. Hizo el reporte, y no tiene autismo ni TEA (...) [el diagnóstico que nos comunicó fue] Trastorno del lenguaje mixto (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

A partir de lo narrado por Daniela, es dable ubicar los efectos de la sociedad de la información y los modos en los que, a través de las nuevas tecnologías y la divulgación de datos respecto de problemáticas de salud, operaría una democratización de la información. La misma altera la relación que se daba históricamente entre consultantes y profesionales: de ese modo, es Daniela quien a partir de lo que ha investigado en sus búsquedas en la nube, demanda a profesionales que realicen nuevas derivaciones o evaluaciones a su hijo. Complementariamente, se identifica la fuerte necesidad de obtener un diagnóstico, como si el mismo permitiera reducir el no saber; también se vislumbra el efecto tranquilizador emergido a partir de la nominación de la problemática de John Mauro, pese a que le hubieran referido que el diagnóstico como tal no existía dentro de las categorizaciones de la Organización Mundial de la Salud.

La neuropediatra nos había dicho que es un lenguaje mixto, es un trastorno mixto del lenguaje. John Mauro tiene un retraso en la adquisición del lenguaje, John Mauro tiene una discapacidad del lenguaje (...) es un trastorno mixto del lenguaje (...) Que no entiende... que no habla mucho y que no entiende, pero en la OMS

no existe ese trastorno mixto, se llama "trastorno del lenguaje", punto (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Pese a ser una mujer que se expresa con facilidad y tiene un alto nivel de estudios formales alcanzados, al solicitarle a Daniela que explicara en qué consistía el diagnóstico que habían otorgado a su hijo, se encontró un discurso de características tautológicas y metonímicas en las que expresaba de distintas maneras una misma afirmación. Nomina de diversas (pero similares) maneras las dificultades que presenta John Mauro – en tanto retraso en la adquisición del lenguaje, discapacidad del lenguaje y trastorno mixto del lenguaje– pero sin profundizar cabalmente en ninguna de ellas, como si la precisión clasificatoria fuera en sí misma la respuesta a arribar que permitiría calmar la incertidumbre y el caos.

Así como en el pasado los diagnósticos de trastornos mentales eran temidos y poco usuales, en la actualidad serían incluso buscados por las personas padecientes o sus familiares porque serían una vía para ingresar al circuito de prestaciones sociales y/o médicas que les permitirían acceder a un tratamiento (Untoiglich, 2017). Es posible pensar que los saberes psi se infiltran en los propios dispositivos familiares que buscan conservar la salud mental de sus integrantes, a través de su vocabulario, recomendaciones y técnicas (Braunstein, 2013). En lo narrado por Daniela, se destacaría el uso de terminología y técnicas provistas por profesionales tratantes.

III. Atención a los padecimientos: “*todos nos han felicitado porque detectamos a tiempo*”

Tratamientos terapéuticos

Daniela contó que diferentes profesionales tratantes y docentes del niño han destacado la detección temprana que habían realizado, refiriendo que en la mayoría de las situaciones dicha problemática recién es visibilizada en sala de 4 años, demorando la posibilidad de una atención oportuna:

Mira, te digo... el neumonólogo, la neuro, la fono, todos los especialistas que nos han tratado, que nos trataron desde el principio, todos nos han felicitado porque detectamos a tiempo. Todos, no ha habido uno solo que no dijera: "qué bueno que se dieron cuenta, ¿cómo se dieron cuenta? Porque a la mayoría de los papás les cuesta, y se dan cuenta en sala de 4" (...) La mayoría de los especialistas nos dicen: "tienen dos años ganados, porque la mayoría de los niños se dan cuenta en sala de 4, sala de 5, que los papás están desesperados" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

A los dos años y cuatro meses de John Mauro comenzó un tratamiento fonoaudiológico individual, a partir del cual mermaron sus berrinches. También tuvieron entrevistas con la profesional su mamá y papá, quienes también comenzaron a comunicarse de otros modos con su hijo.

Y empezamos el tratamiento de fonoaudiología cuando John Mauro tenía dos años y cuatro meses. Me demoré todo ese tiempo en convencer a todo el mundo que para mí John Mauro no hablaba, y lo llevamos, y lo metimos en una fonoaudiología, y John Mauro todo... desde abril del 2019, todo el 2019 estuvo yendo a la fono, se acabaron los berrinches (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

El mismo se extendió de manera presencial durante el transcurso del año 2019 hasta marzo del 2020, cuando inició la pandemia y las medidas de ASPO. Dado que el niño no se sentía convocado para realizar el tratamiento de manera virtual, el dispositivo viró hacia un espacio orientado a su mamá y su papá con frecuencia semanal en el cual se les proponía juegos y actividades para realizar con John Mauro.

Hasta marzo del 2020 John Mauro tuvo fono, físicamente. A partir de ahí la fono nos atendió a nosotros, porque a John Mauro no le gustan las pantallas, a John Mauro no le gusta el celular... (...) Pero todo ese año recibimos nosotros la sesión... Empezábamos, por ejemplo, "hay que jugar a las escondidas: entonces en una cuentas vos, en una cuenta él" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Durante el año 2020, la fonoaudióloga y la neuropsiquiatra derivaron a John Mauro a tratamiento psicológico de orientación cognitiva conductual para abordar la rigidez que lo caracterizaba. Ambas profesionales plantearon que lo que le acontecía al niño no sería solamente una problemática en torno al lenguaje sino también a la poca flexibilidad que tendría, lo que abordarían desde una perspectiva conductual.

Hay una parte de John Mauro, que no es solo el lenguaje, si no es la rigidez, es muy poco flexible... entonces hay una rigidez de él, que en lo cognitivo conductual lo va a ayudar a flexibilizarse en un futuro (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Dado el contexto sanitario en el que dicha derivación tomó lugar, Daniela y su marido tuvieron un espacio de orientación a la familia con una psicóloga, de manera virtual ya que se trataba de una profesional adulta mayor que aún no se había podido aplicar vacunas para prevenir el contagio del SARS-Covid. La mamá de John Mauro plantea que la modalidad de *"recibir terapia psicológica para papás, terapia de fonoaudiología para papás"* (sic) durante la pandemia les había resultado muy enriquecedor y una instancia de aprendizaje e interiorización de nuevos criterios para conversar o jugar con su hijo. En ese orden, plantea que sería útil aumentar la frecuencia de las entrevistas de orientación, ya que lo usual es que el intercambio entre familias y profesionales se reduzca a *"dos minutos por reloj"* (sic) o intercambios vía WhatsApp.

Nos sirvió un montón. O sea, terminamos nosotros siendo los fonoaudiólogos y los psicólogos de él, pero claro, era un contexto distinto. Pero, a ver, como para innovar estaría genial, que nos dijeran: "son siete sesiones con Miguel, una con ustedes", para que ustedes sepan cómo es que hay que hacer en la casa (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

A su vez, en 2021 comenzaron tratamiento presencial con otra fonoaudióloga, a la que el niño aún asiste dos veces por semana. Daniela narró que John Mauro ha logrado expresarse con mayor claridad, disminuyendo su llanto desesperado al no poder comunicar lo que le acontecía.

En dicho año John Mauro también inició un espacio de psicoterapia cognitivo conductual con un terapeuta que asiste a su domicilio. Si bien es un profesional *"jovencito"* (sic), la madre destacó el hecho de que sea *"hombre"* (sic), dado que el resto de las profesionales tratantes serían mujeres. Este dato señalado por Daniela reflejaría la tendencia de la feminización histórica en el sector salud, la que en los últimos años convergió en una mayor participación de las mujeres en puestos profesionales –la que, por su parte, no implicó diferencias significativas en su ocupación de cargos de dirección o jefatura ni tampoco se

acompañó por cambios notorios en la distribución de las tareas de cuidado dentro de sus hogares– (Valdés, et al., 2018).

Y bueno, ayuda un montón, un montón, este chico. Es jovencito, pero es muy, muy bueno psicólogo. Es acompañante terapéutico, es maestro integrador, y es psicólogo cognitivo conductual. Y es hombre, ¿viste?, tiene como una afinidad distinta, la verdad. Sí, porque tiene la pediatra, la neuro, la fono. Bueno, este chico como llego a romper un poquito la femineidad de alrededor suyo (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Al consultarle a Daniela cómo piensa que actuaría una familia en Colombia cuyo niño o cuya niña compartiera la misma problemática que su hijo, ella refiere que: *“no lo cuenta, no lo lleva a la fono, y menos al psicólogo, porque ir al psicólogo es de locos”*. Contó que las familias en Colombia apelarían al *“dos chancletazos 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).

También 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”*.

Además, relató tener una amiga en Colombia que ha recurrido a “un brujo” (sic) que le sugirió tomar sangre de chulo (cuervo) para el tratamiento oncológico de su hija de 5 años. Si bien refiere que su reacción al enterarse de aquello fue haber pensado *“dios mío, qué autóctonos, qué violento”* reconoce que:

“para serte honesta, si mi hijo tuviera leucemia, y no estuviera funcionando la quimio, y me dicen que tengo que despellejar a una gallina, y pasársela por la cabeza, yo voy, busco la gallina, la mato, y se la paso por la cabeza” (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

En resumen, Daniela comentó que en Colombia se hubiera incurrido en prácticas intrafamiliares de “chancletazos” para *encauzar* a las infancias, así como se hubiera recurrido a prácticas religiosas de imploración a dios o se hubiera acudido a la figura de curadores o curadoras en ámbitos rurales para quitar el embrujo que pudiera haber acaecido en el niño o la niña.

El CUD: “porque no se te murió tu hijo, tiene una discapacidad”

En 2021 la familia de John Mauro tramitó el CUD para el niño, tras la indicación de la neuropediatra. Aquella intervención produjo angustia a su madre y su padre, pese a que las profesionales con quienes trabajaban intentaron desdeñar lo que aquél certificado podría representar.

“Tiene que hacer un certificado de discapacidad”... lo cual nos dio para las pelotas, lloramos... Fue duro, fue difícil. Fue difícil porque no quieres pasar por eso. Es un papel, todos nos dijeron, la fono, el psico, la neuro. “Chicos, es un papel y lo meten en la cartera”. No tienen que andar [diciendo que] “su hijo tiene una discapacidad”. Y le digo: “sí, está bien, yo no estoy diciendo eso, a mí no me interesa lo que los otros piensen, es a mí, me da pena” (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

Pese a la desestimación que el equipo tratante intentó plantear respecto a la significación que el CUD podría implicar en aquellas familias que deben tramitarlo, Daniela narró las repercusiones penosas que dicho documento implicó para ella. Si bien el arribo a un diagnóstico pudo haber generado una primera sensación de alivio, la obtención del certificado de discapacidad estaría acompañada de un impacto subjetivo singular en la familia de John Mauro.

Pese a que el mismo generaría transformaciones concretas, inmediatas y posiblemente beneficiosas en términos de acceso a derechos de John Mauro, también suscitaría emociones angustiosas.

Obvio, a nadie le gusta tener un hijo discapacitado. A ver, que levante la mano y diga: “¡a mí me gusta tener!”. A nadie le gusta (...) pero en medio de todo me siento bien, porque estamos ocupándonos, estamos trabajando (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

A su vez, pareciera no tratarse del temor que le genera a Daniela la existencia de representaciones sociales en torno a la discapacidad que llevaran a la discriminación de su hijo sino, más bien, de la herida narcisista que implica el reconocimiento de dicha situación al interior de la propia familia.

El lugar al que se convoca a un hijo o hija precede, incluso, a su propia existencia y puede distanciarse del niño o la niña de carne y hueso. La distancia entre la fantasía de la pareja parental y la realidad, vinculada con una situación de discapacidad, podría generar rupturas en el proyecto narcisista proyectado en el niño, ocasionando la necesidad de metabolizar la nueva realidad. Al respecto, Daniela manifestó sentirse “bien” porque se encontraba activa trabajando en pos de lo que su hijo precisaba.

Figura 2. Itinerario terapéutico de John Mauro: consultas, evaluaciones y tratamientos en el sector sanitario

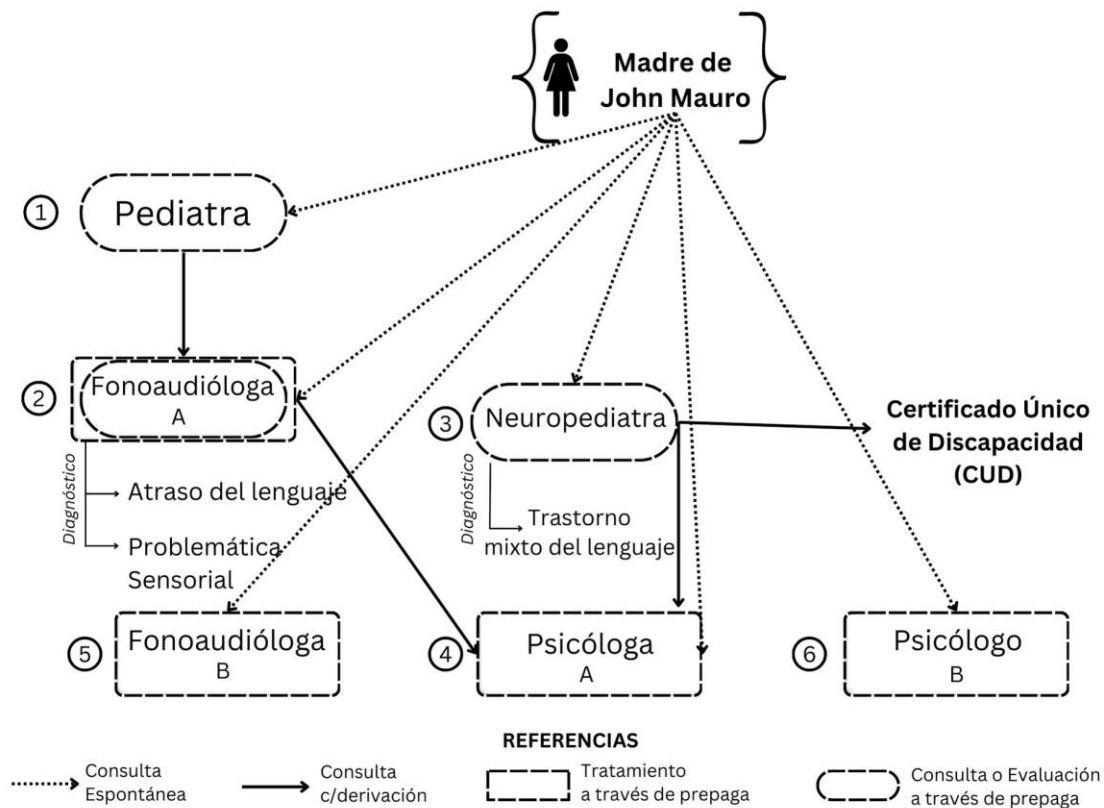


Figura de elaboración propia

Kabil, papá de Elmer

I. Historia familiar de la migración: “si vos nacés en el campo, tenés otra imaginación”

Kabil es un hombre alto, de ojos celestes enmarcados por unos grandes anteojos y pelo de color negro, que ya ha comenzado a entretejerse con las canas dibujadas por sus años de vida. Sus manos grandes poseen aquellas marcas casi indelebles de décadas de trabajo en la construcción y la pintura. Se muestra amable y bien predispuesto a la conversación, animado por la posibilidad de ser escuchado.

Kabil nació en un pueblo llamado Itacurubí de la Cordillera en el Departamento Carapucé, a 90 km de Asunción. Se crió en una casa junto a sus 6 hermanos, su mamá y su papá. Allí hablaban guaraní y no contaban con televisión, radio, camiones ni relojes.

Al indagar respecto de cómo solía resolver los problemas de salud cuando vivía en Paraguay, refirió que muchas personas nunca recurrieron al médico más que para morir y que solían utilizar “remedios del yuyo (...) eso vendría a ser de los indios digamos. Los indios que saben todo.”. Explica los usos de las hojas de mandarina para el dolor de estómago, el tilo para los dolores del corazón, otras hierbas que ayudan a

disminuir la cefalea o para la desinfección de heridas. También comentó que había remedios que se colocaban en el tereré “para lo caluroso” y otros “remedios calientes” que se agregaban al mate.

Al cumplir trece años, la mayor parte de su familia emigró a Argentina (su abuela, hermanas, hermanos, padre, tíos y tías) y él se mudó junto con su mamá al monte paraguayo, dado que habían recibido la herencia de un campo de su abuelo recientemente fallecido. Aquella experiencia representó para él un gran cambio porque sintió que comenzó a *faltarle* (sic) todo: “*Todo. Todo. Todo. No había ni medio de transporte, si querías ir al colegio tenías que caminar cinco kilómetros... Era una cosa digamos... muy sacrificada, muy sacrificada*”. Dos años después, dado su disgusto por la vida en el monte, decidió comenzar a trabajar en un aserradero en un pueblo cerca de la ciudad. Allí permaneció durante dos años hasta decidir que quería mudarse al ámbito urbano y cambiar de trabajo, importando productos de Brasil con un amigo.

En 1992 su papá lo fue a buscar a Paraguay para proponerle que viniera a la Argentina a conocer la casa de sus tíos en Monte Grande.

Quería conocer la ciudad... Si yo me quedaba acá [en el monte], bueno, no voy a conocer nada ¿Me entendés? (...) Hasta que un día mi viejo me dijo "Vamos a Argentina", "no, yo no voy a Argentina, no me gusta". "Sí, vamos a conocer a la casa de tu tío". Hasta que un día... me dejó en la casa de mi tío (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

Dado que Kabil no estaba interesado en aquella alternativa, su mamá también le insistió, diciéndole que solamente viajaría por pocos días. En Buenos Aires ya estaban viviendo su mamá, de manera intermitente, su papá y la totalidad de sus hermanas y hermanos. Finalmente, Kabil accedió a viajar, pero aquella experiencia que supuestamente duraría escasas horas, se extendió en el tiempo. Quedó viviendo en la casa de su tío y comenzó a trabajar en una fábrica de pastas en Burzaco.

No, yo no decidí nada. La cuestión fue que mi mamá me dijo "vamos a pasar no sé ocho, quince días, a la casa de tu tío, de tu tía, todo eso" (...) mi vieja me dejó y yo me quedé en la casa de mi tío. Yo era tímido y todo eso. Bueno. No sabía ni por dónde ir, así que bueno. "Yo voy de vuelta a Paraguay", le digo, y mi tío me dice "no, allá está todo mal". Mi vieja ya se había ido de vuelta a Paraguay. Ella en este tiempo iba y venía, iba y venía. (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

Narró que durante su juventud participó de actividades con otras personas connacionales en Argentina, como los bailes paraguayos, pero que ya no lo hace más en la actualidad. También cuenta que él había estado de novio durante tres meses con Elisa, su actual esposa nacida en Encarnación (Paraguay), pero que se escapó (sic) de aquél vínculo porque “*cuando era soltero, digo, cuando vivía solo, me gustaba, me gustaba muchísimo la joda. Pero muchísimo. Era mujeriego, tranquilo te digo*”. Seis años más tarde se reencontraron, cuando Kabil ya tenía 25 años y ella 24, formalizando un noviazgo.

Kabil contó que empezó “tarde” su paternidad: su hijo nació cuando él tenía 36 años y su mujer 35. Aquel nacimiento devino en un punto de inflexión en su vida personal a partir del cual comenzó a historizar y recordar su propia infancia, contrastándola con la que actualmente vive Elmer. Esto lo llevó a fantasear con

llevar a Elmer al lugar en donde él se crió para que pueda conocer su historia y las condiciones de vida en aquel país:

Quando nació mi hijo, cómo te puedo decir... a mí me cambia digamos (...) Yo por ejemplo cuando tenía la edad de mi hijo, sufrimos mucho, porque éramos de campo, éramos pobres (...) Y ahora veo a mi hijo que está creciendo y a veces yo le cuento... "mirá, yo cuando tenía tu edad era así, así, así". Y mi hijo me decía "está bien papá, pero el tema es que... eso es muy de otra época, ahora estamos con la época moderna". Por un lado, tiene razón, y por otro digo, pero viste a veces cómo... yo tuve mi crianza allá, en Paraguay en el campo. ¡Cómo me gustaría llevar a mostrarle a mi hijo como nosotros nos criamos! (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

En la actualidad Kabil trabajaba haciendo tareas de pintura para una administración de consorcios y también de manera particular. Si bien antes su esposa trabajaba como empleada doméstica, desde hace algunos años se dedica plenamente a trabajos no remunerados de cuidados al interior de su hogar.

En ocasiones, Kabil se imaginaba retornando a Paraguay, aunque lo desestimó porque creyó que su hijo sufriría al *"cambiar una cultura que tiene acá y llevar a otro lugar"*. También se preguntó si él mismo disfrutaría de retornar a dicho país ya que teme aburrirse. Refirió que Elmer proyectaría emigrar a los Estados Unidos cuando sea mayor, aunque, en su discurso, no quedó claro si sería un deseo del niño o de su progenitor.

(...) ninguno sabe nada. Quizás hoy nosotros hablamos acá y de aquí, no sé, un año o tres, no sabemos hacia dónde vamos a estar. Yo voy a eso... Él lo puede elegir a dónde... cuando sea grande, bueno, va a querer ir a vivir a Estados Unidos... Vas allá y probas y listo (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

Elmer tiene 12 años y nació en CABA. Vive en un departamento con su mamá y su papá, asiste a una escuela privada de jornada simple cercana a su domicilio y disfruta de hacer deportes, principalmente basquetbol y natación.

Kabil comentó que cuando su hijo lo escuchaba hablar en guaraní, le pide que no lo haga más y le clarifica: *"Háblame en castellano porque yo soy argentino, no soy paraguayo"*.

Es importante destacar que en las entrevistas mantenidas con Kabil, se mostró muy interesado en poder expresar su propia experiencia de vida y migración. Tal como refirió, por primera vez historizó sus vivencias y se sintió "escuchado", rememorando anécdotas infantiles, paisajes e integrantes de su familia que ya fallecieron. La profundidad con la que se vinculó con sus recuerdos contrastó con las escuetas descripciones en torno a la vida cotidiana de su hijo y su problemática de salud.

II. Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña y, cuando sucediera, confirmación del diagnóstico: "Porque yo (...) no quería, digamos, entender o decirlo"

La persona que identificó que podría haber alguna problemática en relación al desarrollo de Elmer fue su pediatra de cabecera, Laura. Si bien la profesional no es prestadora de la obra social "Construir Salud" —en la que están afiliados todos los miembros de la familia—, ella atiende de manera gratuita al niño, puesto que Elisa trabajó durante muchos años como empleada doméstica en su consultorio médico privado.

Kabil narró que se trata una pediatra “muy famosa” que atiende a los hijos e hijas de personas de la farándula en el barrio de Almagro y que fue quien le sugirió una derivación a un Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana cercano a su domicilio: “*Laura le dice a mi señora: ´mirá fijate, cualquier cosa llevalo a ver... por ahí sí tiene algo el pibe´*”. En aquél entonces, Elmer tenía un año y medio.

Yo en el primer tiempo no, yo no lo creía. No lo creía. Yo no quería digamos entender eso. Digo “¿pero cómo puede ser un chico de un año y medio, dos años no...? Hay un montón de chicos que no hablan, digamos (...) por el medio de Laura conseguimos ahí ese Centro para mandar al psicólogo, al fono, todo eso. Es un Centro de esos donde van los chicos que están... digamos... según dicen, que hay chicos que tienen mente atrasado digamos. O pensamientos atrasados. Hay algunos que tienen, ponele, la edad de diez años pero que tienen una mente de cinco, seis años (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

Al rememorar aquella situación, Kabil alternó entre enunciar que, en un principio, no creía y no quería entender que su hijo tuviera una problemática de salud. A su vez, narró que la derivación se realizó a un Centro al cual acudirían niños y niñas con “mente” o “pensamientos” atrasados, lo que indicaría sus concepciones y comprensiones respecto de la población usuaria de dicha institución.

No recordó cuáles fueron las cuestiones que alertaron a la pediatra y, a su vez, narró que en ese momento (a los 18 meses de su hijo) él se vio sorprendido por los comentarios de la profesional, cuestionando si no era esperable que aparecieran aquellas dificultades en un niño tan pequeño: “*La verdad que no tengo ni idea (...) Yo la verdad que no sé lo que le llamó la atención*”.

Si bien contó que aún en la actualidad consideraba que su hijo “no tiene nada” (sic), simultáneamente, refirió que Elmer tiene dificultades en la expresión: “*él empezó de chico que no habla digamos, le cuesta hablar (...) pero todo normal*”. Se vislumbraría la ambivalencia entre reconocer algunas problemáticas presentes en Elmer y, a la vez, negarlas. A su vez, es interesante que Kabil enfatizaba constantemente la “normalidad” de las situaciones que rodean la cotidianeidad de su hijo, quizás tratándose de una actitud compensatoria que encubriría algunas frustraciones o apreciaciones (reales o imaginarias) de insuficiencia. Manifestó estar agradecido con la pediatra y con su esposa por haber intervenido en aquel momento, dado que para él fue difícil admitir, comprender o poner en palabras lo que estaba aconteciendo: “*Yo dije gracias a Laura y gracias a mi señora también. Porque yo en los primeros tiempos no quería digamos entender o decirlo*”.

Por otra parte, la escuela a la que asiste el niño había sugerido incorporar a una maestra integradora para el acompañamiento de Elmer, aunque finalmente no lo hicieron porque el niño planteó no querer que aquello sucediera para evitar la burla de sus compañeras y compañeros de clase.

Entrevistado: Él va a una escuela normal. Un colegio privado. Todo normal. Que yo sepa no, no hay ningún chico que tenga problemas.

Entrevistadora: ¿Y alguna vez la escuela les hizo algún comentario acerca de cómo lo veían a Elmer? ¿si había algo que les preocupaba o si les sugería hablar con algún profesional?

Entrevistado: Mirá los primeros tiempos digamos... cuando era más chico que ponga una maestra aparte adentro del colegio.

Entrevistadora: ¿Una maestra integradora?

Entrevistado: Claro. Pero él no quiere porque esto... "me van a gastar los chicos, no. No quiero" (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

En relación a las teorías etiológicas de lo que le acontece a Elmer, quien recibió el diagnóstico de “retraso madurativo”, Kabil asoció la problemática de su hijo con una situación de maltrato, negligencia y violencia que había recibido por parte de la niñera que se suponía que lo cuidaba en la casa mientras Elisa y Kabil se encontraban trabajando fuera del hogar. Incluso aludió a sospechas de que Elmer podría haber sido víctima de violencia sexual por parte de la pareja de la niñera.

Mirá, los primeros tiempos lo dejábamos a una chica que te comenté la vez pasada [alude a la primera entrevista]. Porque trabajábamos los dos. Mi señora y yo. Y yo cuando me enteré lo que pasó ahí en casa, bueno, ahí mismo yo agarré a la portera [del edificio donde viven], y le dije "mire pasó esto, esto a la mañana, quédate con él y yo voy a trabajar" (...) un vecino, me dijo lo que la... la chica... jovencita... de diecisiete, dieciocho años estaba con el novio. No le atendía a mi hijo. Que yo un día encontré todo, viste, le vi todo raspado eso.... No sé si le pegó, si le tiró, que... yo llegaba en casa tipo las cinco, las seis de la tarde y te pedía comida a lo loco que, no le había dado de comer. Y, seguro, ahí empezó el problema. Así. Pero por suerte lo detectamos a tiempo, digamos. (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

A partir del develamiento de aquella situación de violencias múltiples y negligencias, Kabil y Elisa decidieron que ella (la madre) dejara su trabajo remunerado para dedicarse a los cuidados del niño. El surgimiento de la problemática de Elmer quedó asociado, para su familia, con una etiología emocional: con lo acontecido durante esos meses mientras estuvo a cargo de dicha niñera, con quien pasó hambre y fue agredido de diversas maneras.

III. Atención a los padecimientos: Había una vez, un Centro

Kabil no recordó con exactitud los tratamientos que realizó Elmer ni la temporalidad de los mismos, aunque destacó que participó de espacios terapéuticos en un Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana con una psicóloga, fonoaudióloga, cree que terapia ocupacional o estimulación temprana y psicopedagogía.

Entrevistadora: ¿Y en ese centro que tratamientos hacía Elmer?

Entrevistado: Psicología después. Psicología no, después de mucho tiempo ya.

Entrevistadora: ¿Antes de psicología participó de algún otro espacio?

Entrevistado: Fue a uno... y otro no me acuerdo cómo era también... una terapia

Entrevistadora: ¿Terapia ocupacional?

Entrevistado: Algo así, o de estimular

Entrevistadora: ¿Estimulación temprana?

Entrevistado: Exactamente. Sí, sí. (...). La psicopedagoga creo que hacía algo así también. Algo así, creo que también. No me acuerdo bien, pero creo que sí (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

En un inicio, aquellos tratamientos fueron abonados de manera particular por la familia de Elmer, dada la estafa que el contador de Kabil le había realizado: se había quedado con el dinero del monotributo que debía abonar, razón por la cual habían perdido la obra social. Recordó que aquellos pagos de los honorarios correspondientes a los espacios terapéuticos de Elmer le resultaban excesivos: “*Carísimo, carísimo. Hoy en día no sé cuánto es, pero me imagino que debe salir, no sé, porque me cobraban por sesión, como \$5.000*

por sesión sería ahora, como \$20.000 cobran fácilmente". Luego, una vez saldada la deuda con la obra social, la misma cubrió el costo económico de aquellos tratamientos.

En la actualidad, Elmer realiza un tratamiento psicológico semanal con una terapeuta con la que trabaja desde hace cuatro o cinco años.

Kabil valoró los espacios terapéuticos a los que acude su hijo, pero consideró que, comparativamente con otros niños y niñas que allí asisten, no tiene un problema tan serio: *"Yo lo veo que está sano"*. Si bien aquella frase no fue interrogada por la entrevistadora, se abre la pregunta respecto de si verlo sano podría hacer referencia con aquellos aspectos no visibles de lo que le acontece a Elmer, a diferencia de otras problemáticas de salud que sí se manifiestan visiblemente en el cuerpo.

Entrevistadora: ¿Y qué piensa que hubiese pasado si, en aquél entonces, la pediatra Laura no hubiese comentado que...?

Entrevistado: Mirá. Quizás hay muchos chicos también tienen peor problema y ni se entera la madre. Yo capaz que te digo voy a ese lado [se refiere al Centro de Rehabilitación] y digo "¿pero...? Él 90% está bien... porque hay muchos chicos que tienen peores problemas..." (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay).

Se destaca, por un lado, el comentario de Kabil respecto de que la madre –madre en vez de “familia”, “madre y padre”, por ejemplo– ni se entera de lo que le ocurre a sus hijos e hijas. Esto podría dar cuenta de la existencia de estereotipos en torno a la responsabilidad en los cuidados de las infancias, quedando encarnada y naturalizada sobre la figura de la mujer madre. Por otro lado, se destaca la constante comparación que establece Kabil entre la problemática de su hijo y la de otras infancias que acuden al mismo Centro, como si aquello se constituyera en un parámetro que le permitiera dimensionar la magnitud de las dificultades (o no) de Elmer.

Certificado único de discapacidad

Si bien Elmer tendría el CUD, resultó difícil dilucidar cómo había sido el proceso para obtenerlo, quién lo había sugerido y qué había implicado subjetivamente dicho trámite para la familia. En las entrevistas se sucedieron diálogos infructuosos, en los que se puso de manifiesto que Kabil desconocía la información en torno al mismo

Entrevistado: Ahora mi señora está presentando todo de vuelta, pero antes de que termine el año tenés que presentar todo...

Entrevistadora: ¿Y qué es lo que habría que presentar?

Entrevistado: Es todo certificado de él, después también de...

Entrevistadora: ¿Tiene el CUD? ¿el certificado único de discapacidad o...?

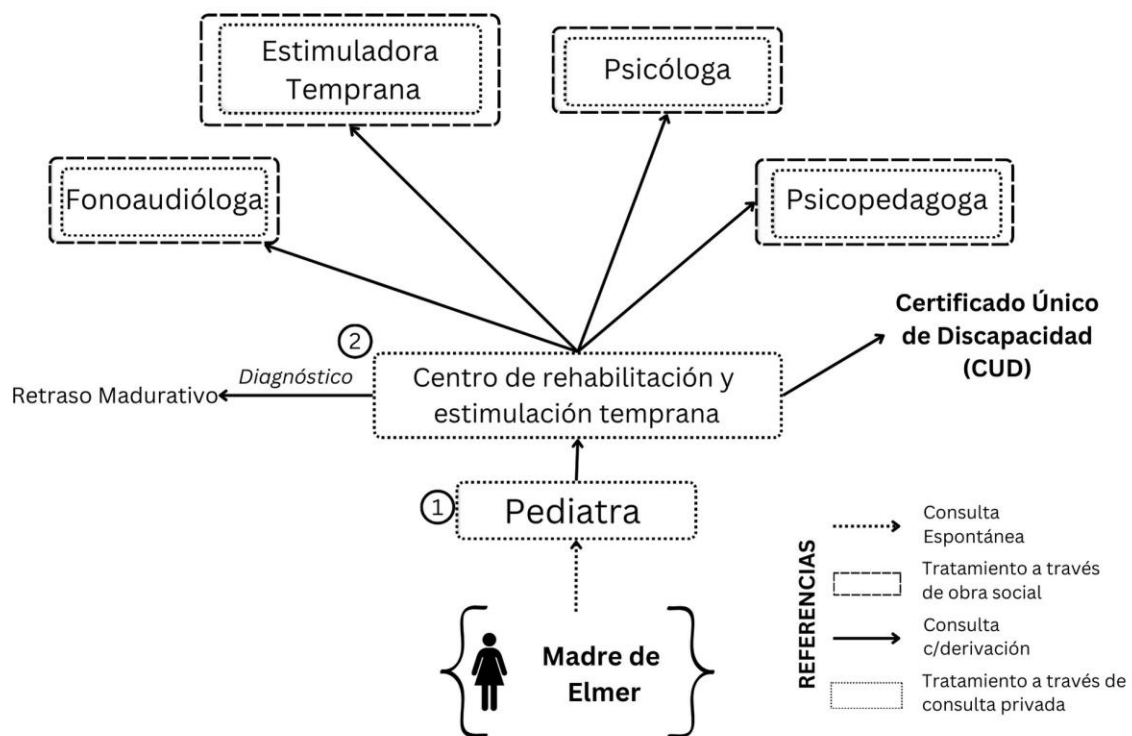
Entrevistado: No, no, no (...) Sí, sí tiene digamos para viajar el... eso sí tiene.

Si bien se encontraron numerosas dificultades para comprender si Kabil hacía mención al CUD, al boleto estudiantil o algún otro trámite, luego de muchas preguntas y reformulaciones, finalmente se arribó a la conclusión de que se trataba del primero. A su vez, al consultarle si sabía cuál había sido el motivo por el cual le otorgaron el CUD a su hijo, Kabil respondió que nunca había prestado atención *"a lo que dice en el*

carnequito ese para que pase para viajar. ¿Vos sabés que nunca presté atención?”. También refirió que su hijo también estaría cobrando otro dinero “*por la discapacidad que tiene*” pero no supo precisar de qué se trataba, ya que es Elisa quien suele ocuparse de aquellos trámites.

A partir de lo recién mencionado puede pensarse que, por una parte, las perspectivas respecto de los beneficios provistos por el CUD se reducirían al transporte gratuito y, por la otra, de que Kabil no sería el encargado de llevar adelante la gestión de los trámites y que tampoco había “prestado atención” a ello.

Figura 3. Itinerario terapéutico de Elmer: consultas, evaluaciones y tratamientos en el sector sanitario



Nota 1: Elmer recibió tratamientos en el Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana, primero de manera privada y luego a través de la obra social familiar.

Nota 2: Si bien el padre fue la persona entrevistada, fue la madre la que llevó a Elmer a su pediatra y quien lo acompañó cotidianamente a sus tratamientos

Figura de elaboración propia

Beatriz, mamá de Zury / Zury, hija de Beatriz

Beatriz llegó a nuestro encuentro acompañada por sus dos hijas menores: Zury (11 años) y Dulce (16), así como de Doris, vecina del Barrio Fraga –el que surgió en el año 2001 en el Playón Ferroviario de la

Estación de Tren Lacroze (Playón de Chacarita) y formó parte de un proceso de urbanización llevado adelante por el Instituto de Vivienda de la CABA– que participa en una ONG que trabaja con infancias, a través de la cual logré ponerme en contacto con dicha familia.

La entrevista había sido cancelada en otras oportunidades por Beatriz por diversas dificultades que se le habían presentado. Mientras caminábamos juntas desde una esquina hacia el bar en donde conversaríamos, Beatriz narró que decidió que sus hijas también se reunieran conmigo porque el día anterior había fallecido su abuela paterna de 94 años, que vivía en Perú. Comenta que Zury y Dulce estaban tristes y “chiripaladas” (sic), por lo que no quería que estuvieran solas y consideraba que era mejor “sacarlas a pasear” ese día domingo.

Le consulté si prefería que nos sentáramos en una mesa distinta a la de sus hijas para conversar y dijo que consideraba mejor que ellas estuvieran presentes durante la entrevista. Al sentarnos en la confitería, me presenté ante todas, les comenté sobre la investigación, leí el consentimiento informado y les consulté a Zury y Dulce si estaban de acuerdo en participar, a lo que ambas manifestaron su asentimiento. Por otra parte, Beatriz instó a Doris a permanecer en la entrevista, manifestando ciertos reparos en conversar conmigo sin la intermediación de su vecina. Durante el transcurso de la misma, Beatriz y sus hijas comenzaron a sentirse más cómodas y confiadas en el vínculo con la entrevistadora.

La entrevista matutina que, en mi mente, había proyectado entre Beatriz y yo, devino en un almuerzo de pizzas, medialunas y submarinos compartidos entre cinco personas. La inclusión de la dimensión vecinal y familiar que Beatriz introdujo para aquél encuentro irrumpió en el encuadre que había previsto de manera anticipada, así como interpeló otro tipo de encuadres para el abordaje de la salud mental.

I. Historia familiar de la migración: polifonía en la narración de la migración

Beatriz nació en una zona de la conurbación en Huancayo, ubicada en la cordillera de los Andes, al centro de Perú. Cuenta que vivió en las sierras junto con su mamá, su papá y trece hermanas y hermanos hasta sus cinco o seis años, cuando migraron a Lima porque creían que sería mejor vivir allí: *“la gente de provincia emigra para capital, pensando que la vida en capital es mejor (...) pero capital es mucho movimiento, gente que te estafa, te explota, a los provincianos siempre los tratan como que te discriminan”*. Su familia de origen hablaba quechua y abrazaba la fe cristiana.

Relató no tener recuerdos de aquellos primeros años, aunque sabía que atravesaron muchas necesidades y vivieron en situaciones de precariedad. Contó que, de pequeña, fue “adoptada” durante dos años por su tía y tío que no podían tener hijos: su padre les había permitido que se quedaran al cuidado de Beatriz con la promesa de que se hicieran cargo de pagar una cirugía en uno de sus pies, ya que había nacido con seis dedos y no había ningún calzado con el que pudiera caminar, por lo que estaba permanentemente descalza o tenía su pie envuelto en cartones. Como aquella promesa no se concretó, el papá de Beatriz les solicitó

volver a estar al cuidado de su hija. También decidió vender un toro que había criado y, con ese dinero, acceder al pago de dicha operación.

A los siete u ocho años Beatriz comenzó a trabajar, vendiendo caramelos y chocolates en las calles en Lima, actividad que continuó desarrollando hasta sus quince años sin ningún tipo de pago.

A los 20 años emigró a la selva en Pichanaqui, en el Departamento de Junín, junto a su pareja y su hijo mayor. Allí tenían una chacra y nació Dulce, a la que denominan *charapa* por tener “genes de provincia” (sic) –aquella denominación también se utiliza para nombrar a las personas que viven al oriente de Perú–. Vivieron allí durante cinco años, antes de instalarse transitoriamente en Villa María del Triunfo, en la Provincia de Lima, donde nació Zury.

Allí Beatriz trabajaba, junto con su pareja, en un negocio en el que vendían fruta, ropa y juguetes.

Buscaba la forma de que algún negocio me rindiera, pero no había, por eso lo probé todo, vendía fruta, dos o tres años vendía fruta, después no daba la fruta, de vender fruta pasé a vender ropa y de ahí agarré y dije: “me voy” (...) no podía generar dinero, no podía ahorrar, era todo para el día a día, siempre las peleas eran por eso, en mi casa no alcanzaba... a parte los domingos salíamos a trabajar, no había ni un día de descanso y peleábamos por la plata porque no alcanzaba, ese era el tema, hasta que un día llegamos un límite, vendí mis cosas (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú)

Inmediatamente sus hijas interrumpieron el relato y aclararon: “*quemaste tus cosas, mamá*”, a lo que Beatriz respondió riendo y aclarando que eran ropas viejas que no podría llevar en la valija.

Dadas las dificultades económicas que atravesaban, el desgaste de sentirse en la necesidad de trabajar todos los días y cómo aquello afectó el vínculo de pareja, Beatriz decidió separarse del padre de sus hijas e hijo.

Vendió la casa de la que eran propietarios y con ese dinero compró cuatro pasajes en micro:

Acá empezamos de cero y ahí claro, ahí teníamos la casa y todo y cuando me vine acá me quedé sin casa, solamente con una ropa puesta y una maleta y me arrepentí de haber vendido mi casa, porque también, si no vendía mi casa, no había manera de salir del país (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).

En relación al viaje que realizaron en autobús para llegar a Buenos Aires, narraron que tuvo la duración de una semana y que resultó “*agotador*”, “*interminable*”, “*cansador*”, “*no lo podía sostener*” (sic). Evocaron el recuerdo de que los labios de Dulce se habían tornado blancos, que estaba mareada y que a Zury se le había paspado la boca, dado el frío y los cambios climáticos atravesados.

Su recorrido en micro se inició en Lima, continuó en Desaguadero, luego debieron retornar a La Paz (dado que habían perdido el trasbordo), desde allí fueron rumbo a Villazón y finalmente hacia Buenos Aires.

Beatriz explicó que, al comprar los pasajes, les dijeron que era un viaje “directo” pero que, finalmente, quedaron “varados” en Desaguadero en una parada y el micro que debía continuar con el recorrido no pasó a buscar a la familia por el hotel, tal como les habían prometido. Contó que se quedaron en la “nada”, que no tenían más dinero para comprar pasajes y que debieron pedirle a un familiar que les enviara plata para abonar nuevos tickets.

[me sentí] fatal. ¿Para qué voy a venir si me voy arrepentir? ¡Pero ya, dije yo, vivir o morir, llegamos como sea! (...) ¡Si estuviera bien el país [Perú], no se sale, no se tendría necesidad de salir! (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).

La decisión de emigrar, junto con Brian, Dulce y Zury en el año 2016, estuvo motivada por razones económicas y de seguridad. Beatriz explicó que en Perú había *“mucha inestabilidad, muchos chorros (...) Muchos pandilleros, todos los días eran robos, todos los días eran muertes”*.

Beatriz eligió que Argentina fuese el país de destino ya que aquí estaba instalado un hermano y le había planteado que se vivía mejor. También explicó que, años antes, junto a su familia habían realizado una junta de dinero para que la única hermana que aún era soltera pudiera viajar a Italia para vivir allí: *“Ya salir del país es una alegría, una emoción porque era ¡al fin mi hermana salió y nos va a ayudar! Esa era la esperanza”*. Sin embargo, el coyote (sic) que la estaba llevando hacia Europa vía Brasil, la estafó, se quedó con el dinero y ella quedó varada en aquél país. En la actualidad, cinco de los catorce hermanos y hermanas están viviendo en Argentina: *“nos fuimos jalando unos a otros para venir”*.

Llegaron a Buenos Aires en marzo del año 2016 y se instalaron en la casa del hermano de Beatriz en el Barrio Fraga en Chacarita. Durante los primeros tres meses, ella intentó buscar trabajo, aunque con dificultades para lograrlo. Compartían una habitación junto a otras tres familias, pero, pese a la convivencia, predominaba la distancia afectiva entre quienes allí residían.

Es usual que parientes colaboren de distintos modos con el proyecto migratorio de sus familiares, incluso pudiendo condicionar las decisiones y ritmos del desplazamiento o asentamiento, así como prestar dinero, compartir responsabilidades en torno al cuidado de las personas dependientes o facilitar bienes inmobiliarios. Sin embargo, usualmente se trata de acuerdos verbales e informales que pueden generar conflictos entre las personas dadas las diferentes interpretaciones que puedan prestarse a lugar (García Borrego, 2023).

En una habitación éramos cuatro familias, dormíamos en cuchetas (...) tenías que adaptarte a lo que hay... un sitio reducido, la cocina era incómodo, para bañarte lo mismo, muy incómodo, cuando llovía, se nos llovía todo, salía agua por todos lados (...) Ahora somos unidos, pero antes no, cada quien hacía su vida, éramos más desunidos, cada quien por su lado (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).

De aquel primer tiempo, Beatriz recordó la desesperación de no contar con ayuda económica, puesto que su ex pareja demoró más de dos años en enviarle dinero para la manutención de sus hijas e hijo, y de haber llegado prácticamente sin pertenencias. Rememoró que únicamente tenía un billete de 50 dólares que destinó a la compra de mochilas para que Brian, Dulce y Zury comenzaran la escuela y que, al principio, extrañaban mucho todo lo dejado atrás.

Cuando estábamos los cuatro nomás, sí la pasamos mal, porque extrañamos. Me sentía mal, tenía mis tres hijos y no es igual que estar con tu pareja, con el papá de tus hijos, que te va ayudar. Al día siguiente te levantas y te preguntas qué le vas a dar de comer. Porque había tiempo en donde él no mandaba plata (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).

También Zury intervino en el diálogo, describiendo cómo había vivenciado aquellos primeros tiempos en los que arribaron al país. Por un lado, reconstruyó su sensación de incompreensión en relación a los modos de comunicación en Argentina, pese a que en ambos países se hablara “español”.

(...) escuchaba que decían “vos”... “¿qué hacés vos?” ¡Y yo no sabía lo que era “vos”, me acordaba de un personaje de Toy Story que se llama el Buzz Lightyear! ¡Después me fui a acostumbrando! (Zury, 11 años, nacida en Perú).

En dicho enunciado de Zury, podrían encontrarse las singulares marcas en el decir en cada región, los efectos insoslayables del *terroir* (en castellano, se traduciría como *terruño*) en el lenguaje. El *terroir* se trata de un término francés que denota las peculiaridades que la tierra y su geografía específica generan en aquello que allí se produce (como en el vino, por ejemplo, del cual se considera que será diferente de otros en función de su origen: el suelo, clima, la vid que allí crezca y las personas que la cultiven). De ese modo, podría plantearse que, pese a que en Perú y Argentina el idioma oficial fuera el mismo, hay diferencias ineluctables en los modos en los que dichas lenguas son habladas y, también, comprendidas. Para Zury, el voseo en formas pronominales y verbales representaría un modo de dirigirse al interlocutor tan ajeno que, directamente, le remitía a un personaje de dibujos animados producidos en Estados Unidos por Pixar y Walt Disney Pictures.

En otro orden, la niña recordó haber asistido a una escuela en la que la inclusión al grupo de pares devino una dificultad y donde, comparativamente con el resto, percibía su propia carencia de algunos bienes de consumo, como las muñecas y otros juguetes. Esto le generó la percepción de ser “pobre” (sic).

Me acuerdo que mi mamá me había puesto en la escuela, lejos... el tema es que ahí no me adaptaba mucho, había gente como muy pituca, y a veces me sentía mal con eso y mi mamá decidió cambiarme de escuela a una que está más cerca (...) a veces sentía que los niños... recuerdo que una vez en mi escuela unas nenas habían traído unas muñecas y yo no tenía, el tema era que me sentía mal porque yo era pobre... pero mi mamá me cambió y después de eso apareció una amiga (Zury, 11 años, nacida en Perú).

Una sensación similar persistió en relación a una de sus primas, a la que denominó como “engreída”. Evocó con pesar que, en los primeros tiempos de haber llegado al país, su prima ya instalado en Argentina tenía muchos juguetes pero que jamás los compartía con ella, quien aún no tenía ninguno. También rememoró haber sentido numerosos miedos que asoció con no conocer a nadie en el país, ya que no tenía vínculos previos con sus familiares y tampoco había comunicación y confianza mutua, a pesar de compartir la misma habitación.

La verdad que tenía miedo a muchas cosas... porque no conocía a nadie, ni a mis tíos. Mi mamá nunca me presentó a nadie, bah, sí me presentó, pero no había comunicación. Éramos muy lejanos (Zury, 11 años, nacida en Perú).

Beatriz historizó que en Argentina trabajó como empleada doméstica en casa de familias, como personal de limpieza en una empresa, luego vendió “anticuchos” (brochette de carne de origen peruano) o diferentes objetos en la zona de Retiro. Actualmente trabajaba en un kiosco en el barrio en el que vive.

Durante el año 2021, el padre de Zury, Dulce y Brian se instaló en Argentina y en la actualidad conviven en un mismo hogar. Refieren que no han tenido problemas de salud y que han asistido al hospital (público) para acceder a la vacunación o en una situación en la que hubo un accidente de su hijo mayor en el colegio. Zury acudía a sexto grado de una escuela pública cercana a su casa y, en relación a su futuro, refirió que se imagina viviendo en el país que le “*dé más plata*”. En ese sentido, pareciera que la migración a otro lugar del planisferio por razones económicas se constituye en una alternativa factible dentro del universo de posibilidades que proyecta para su proyecto de vida en el futuro.

II. Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña: “*Un día mi mamá podría irse*”

Zury ubicó que en el año 2018 comenzó a sentir muchos miedos y preocupaciones. Al indagar juntas sobre qué acontecía en su vida en aquél momento y podría haber generado esas emociones, refirió que la familia estaba atravesando un momento complicado económicamente. Su madre mantenía múltiples trabajos de manera simultánea y sus hijas e hijo permanecían en soledad hasta tarde, cuando ella regresaba. Al respecto, Beatriz refirió que, en aquél momento, su *rol* (sic) era reunir dinero para la familia y que, por eso, trabajaba todos los días, inclusive los fines de semana y por las noches.

Zury reconstruyó que, en aquél momento, se sentía verdaderamente angustiada y temerosa respecto a que su mamá pudiera irse y no regresar más con ella.

Zury: En el 2018 había problemas de plata, no había mucha plata...

Entrevistadora: Aja, en ese momento había problemas de plata en casa... ¿Y cómo creés que eso pudo haberte tocado, afectado a vos, Zury?

Zury: Me afectaba pensando que un día mi mamá podría irse... tenía miedo [se quiebra su voz y los ojos se llenan de lágrimas]

Beatriz: No, hija [la abraza e intenta calmarla, tomándola de la mano]. Yo a veces los dejaba para ponerme a trabajar, me había puesto adicta al trabajo y eso es malo... porque a veces uno descuida a sus hijos, y no porque uno quiera, si no, porque tenía que trabajar.

Laura: Claro, a veces es difícil... una mamá puede querer cuidar a su familia de distintas maneras. Una forma de cuidar es tratando de trabajar para generar plata para la familia, otra forma es compartiendo mucho tiempo con sus hijos... Por momentos se hace muy difícil hacer las dos cosas a la misma vez, sobre todo cuando no hay muchas ayudas alrededor, otras personas que puedan colaborar. Me imagino que no habrá sido sencillo para ustedes, Zury

Aquella instancia de la entrevista tuvo un tenor de gran emotividad para todas las allí presentes: Zury le había podido transmitir a su madre cómo se había sentido en los primeros tiempos en Argentina y, a su vez, Beatriz pudo escucharla y, mientras la contenía mediante su acercamiento físico, tratando de explicarle lo que le había acontecido a ella en el mismo período, frente a su preocupación por mantener económicamente

a la familia. En aquél momento, percibí que era perentorio ofrecer palabras que colaboraran en la simbolización de las situaciones angustiosas que habían vivido, pudiendo validar las emociones de cada una de ellas y, a la vez, inscribir la problemática que habían atravesado en un contexto más amplio.

Si bien Zury, Dulce y su hermano migraron junto con su madre, la desesperación y simultánea ocupación de Beatriz respecto de cómo alcanzar los recursos materiales que permitieran la supervivencia familiar en el nuevo país, pudieron haber conducido a una menor disponibilidad materna para apaciguar los malestares de sus hijos e hijas (Labrín y Marquebreucq, 2006) o de funcionar como una capa protectora contenedora (Grinberg y Grinberg, 1984).

Asimismo, el haber emprendido la migración sin el padre de sus hijas e hijo y que el mismo no aportara dinero para la manutención de la familia, generaba aún más presión en Beatriz respecto a la necesidad de estar disponible plenamente para el trabajo sin lograr resolver armónicamente el conflicto de conciliación entre su vida familiar y laboral.

Frente a las ausencias de Beatriz en la casa, por estar trabajando, Zury refirió haber sentido mucha soledad y vacío. A pesar de haber estado bajo la supervisión de una tía, en ocasiones, se sentía intranquila porque su mamá le advertía, incluso de pequeña, *“tener cuidado con la gente”* y *“no confiar en nadie”*, ni siquiera en la propia familia. Ante dicho comentario, Beatriz explicó que ha tenido una infancia y adolescencia complejas, de engaños familiares y permanentes estafas, lo que le condujo a transmitirle a sus hijas e hijo: *“No confíes en nadie, yo ya aprendí en no confiar ni en mi propia familia y a mis hijos les digo lo mismo”*.

Esta situación de intensa angustia y temor que Zury refirió haber atravesado durante el año 2018 había sido identificada previamente por su mamá como una problemática emocional que atravesó su hija, la que estuvo enmarcada en un momento difícil para toda la familia. Beatriz asoció el “sentirse mal” de Zury con el hecho de que el padre de sus hijas e hijo estuviera viviendo en Perú, con haberse mudado en aquél momento desde el hogar de su hermano a una habitación alquilada en una casa en la que no podían utilizar la cocina y los inconvenientes que aquello les implicaba, no pudiendo usar la cocina y debiendo comprar alimentos y llevarlos a otro sitio para el momento de la comida.

De alguna forma nos sentíamos mal porque no estábamos con el papá de mis hijos. Porque salimos de la casa de mi hermano, nos fuimos de la casa de mi hermano y nos fuimos a vivir solo los cuatro y ahí fue cuando, no sé, nos sentimos tristes. “Me pasa algo y nos tenemos que volver” pensaba. Y teníamos un cuartito, la señora no nos dejaba cocinar ahí, comíamos pizza así nomás, o comíamos fruta, y si había mucha cola, no cocinábamos, ahí si nos poníamos mal. Y se ponía mal (...) no había cosas para comer, queríamos desayunar y no había cocina y la señora que no nos dejaba cocinar porque tenía invitados. A mí no me gustaba estar ahí con su familia, me daba vergüenza bajar, a veces comprábamos fiambre y nos íbamos a alguna parte a comer y los domingos nos íbamos a vender a Retiro y así (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú).

Beatriz expresó la gran incomodidad con la que vivía mientras residieron en una habitación alquilada en la casa de otra familia, dando cuenta de la ligazón entre las condiciones de vivienda y el bienestar emocional.

A su vez, la inestabilidad residencial y las restricciones de circulación o uso de espacios de la misma también sería vivenciado como generadora de malestar.

III. Atención a los padecimientos: salir para olvidar la pena

Frente a la indagación respecto de si habían implementado alguna estrategia en el año 2018 ante los malestares que experimentaba Zury, Beatriz refiere: *“A veces también salíamos acá a caminar, al parque... para olvidar, porque adentro de la casa no te olvidas... no teníamos tele, encima dormíamos todos en un cuarto chiquito muy chiquito”*.

Aquel recurso (salir y no permanecer en la casa) es el mismo que puso en práctica Beatriz con sus hijas el mismo día en el que hizo referencia a esa respuesta, ya que también había optado porque salieran de su hogar en un momento de tristeza por el fallecimiento de su abuela.

Complementariamente, Beatriz narró que en el año 2017 había identificado que su hija mayor, Dulce, estaba atravesando un intenso malestar subjetivo. Ya habían pasado más de doce meses de haber llegado a la Argentina y Dulce lloraba a diario mientras manifestaba extrañar a su padre. Dada la permanente “pena” (así la denomina Beatriz) que experimentaba su hija, la madre le ofreció acudir a un tratamiento psicológico en un Hospital General de Agudos del GCBA.

Al profundizar respecto a cómo tomó dicha decisión, Beatriz narró que surgió de manera espontánea mientras habían ido al Hospital para la aplicación de vacunas. Al estar en dicha institución, ella pensó que *“hablar con una psicóloga podía hacer que se te libere todo”*. Además de asistir a las entrevistas psicoterapéuticas durante seis meses, la mamá proponía que conversaran, que salieran de la casa y fueran a pasear al parque para distraerse, así la pena comenzaba a marcharse.

Frente a la pregunta de si hubieran acudido a un profesional en Perú por las mismas razones que las llevaron a consultar en Argentina, Beatriz y Dulce respondieron al unísono que en su país de origen *“los que van al psicólogo son los que tienen plata”*.

Beatriz también comentó que mantuvo en “reserva” el tratamiento psicológico que había realizado Dulce, no comentándolo con familiares ni amistades de Perú dado que no es una temática sobre la cual se converse “libremente” (sic) en aquél país.

Liseth, mamá de Luis; Luis, hijo de Liseth

A diferencia de la mayoría de las entrevistas que se realizaron únicamente con mamás o papás de niños y niñas en contextos migratorios, esta entrevista también incluyó la perspectiva del niño a quien se hacía referencia. Tal como se señaló en el apartado metodológico, esto se trató de un emergente, pero, dado el

carácter flexible de la investigación cualitativa y la potencia que implicaba incorporar la voz de un niño migrante que solicitó participar de la misma, se decidió incorporarlo. Es por ello que en los tres ejes de indagación que se exploraron para responder al primer objetivo específico de la investigación, se tomó en consideración tanto el discurso de la madre como el del niño.

Asimismo, dado que Luis ha recorrido una trayectoria migratoria diferente a la de sus progenitores, el relato acerca de dichos sucesos también se presenta de manera diferenciada que la de su madre.

I. Historia familiar de la migración: “De un día para otro agarramos las valijas, las llenamos con lo que pudimos y nos vinimos sin nada” (Liseth)

Liseth tiene 33 años, su esposo Jesús tiene 34 y su hijo Luis tiene 9. Los tres vivían en la ciudad de Valencia, situada en la Región Central de Venezuela. Valencia se trata de un centro urbano con una gran cantidad de zonas industriales en su interior y era la tercera ciudad más poblada del país, luego de Caracas y Maracaibo.

Liseth trabajaba como vicepresidenta en una clínica médica cuyo padre había sido el dueño y su marido se desempeñaba en la venta de insumos médicos en su propia empresa. Tal como ella describe, en Venezuela tenían “una posición acomodada”, disponían de una casa y auto propios, su hijo asistía a un jardín de infantes privado. Sin embargo, comenzaron a pensar en la posibilidad de migrar dados dos motivos principales: por un lado, los desabastecimientos y la inflación, por el otro, la situación de “inseguridad” en el país.

En relación a lo primero, refiere que, si bien tenía un buen trabajo y un puesto de jerarquía, la situación económica les preocupaba “*también el ingreso, por toda la devaluación, y obviamente, al no haber lo insumos, tienes que comprarlos como que si fuera oro. Tienes que buscarlo, ver, conseguir, y si lo consigues, bueno, súper carísimo*”.

En relación a la seguridad, narró que residían en una zona al norte de la ciudad que era “de derecha” y de “clase media o clase alta”. Allí había constantes manifestaciones y, en muchos casos, los propios grupos vecinales “trancaban” el paso para que no accedieran personas provenientes del sur que pudieran realizar disturbios en el barrio. Planteó que, por períodos, nadie podía entrar ni salir de su vivienda ya que se establecían “barricadas” y obstáculos para que no pudieran acceder autos, motos, ni personas.

Narró haber vivido de manera cotidiana situaciones complejas junto a su familia y evoca la desesperación experimentada un día en el que había retirado a su hijo en colectivo desde su jardín de infantes, mientras se desarrollaba una manifestación en la que se produjeron corridas, disparos y dispersión de gas lacrimógeno.

Su escuela [la de Luis] estaba como en una buena zona, y como a dos, tres cuadras, había una manifestación. Yo lo cargaba caminando, y era como que tu veas hacia atrás, y ves una película, y ves humo, escuchas disparos, escuchas gente gritando, corriendo hacia tu dirección, donde tú estás con tu nene chiquito de la mano, y era como que... para él fue impactante (...) o sea, es como que [respiración fuerte] la gente te corría así por todos lados, tú no sabes quién es el que está bien, y por donde te va a llegar qué. Bueno, yo lo agarré,

salí corriendo, y en seguida me tomé un colectivo y listo, a la casa (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Hubo otra situación que detonó la decisión de irse, vinculada a disparos, bombas lacrimógenas y otros enfrentamientos en la puerta del hogar familiar. Narró el atravesamiento por miedos de ser alcanzados por balas perdidas, la necesidad de acostarse en el piso para protegerse de las mismas y la sensación de estar viviendo en un contexto de guerra.

Luis estaba abajo jugando, y en una de esas escuchamos como unos ruidos, unos disparos, y veíamos que pasaba la Guardia Nacional, y yo lo que hacía era pegarle gritos y le decía: "sube". Claro, él es pequeño, él decía: pero, ¿por qué? O sea, tenía cuatro años. "Pero, ¿por qué, mamá?, ¿por qué?, ¿por qué?" Y bueno, yo: "sube, sube, sube, sube". Bueno, subió las escaleras y nos agachamos todos en el piso.

Muchas veces también durmiendo escuchábamos... o sea, era horrible, escuchábamos disparos, explosiones, por las granadas, que se escuchan como que... granadas no, perdón, eran bombas lacrimógenas, las que son de gas, parecía que fueran granadas, de verdad, o sea, yo decía: "vivimos como en Vietnam", yo no sé, horrible. Y a veces nos teníamos que, bueno, acostar como que, en el piso, si era de día, por si acaso, porque mi mamá siempre decía: "mira, ni se asomen, porque uno se asoma y una bala perdida, listo" (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Al enfrentarse a la decisión de seleccionar un país para desplazarse, Liseth refirió que evaluaron trasladarse a Colombia –donde habían migrado la madre y hermana de su marido–, Chile y Argentina. El primer país de destino fue descartado por considerarlo como un lugar riesgoso y con un “estilo social” similar al de su lugar de origen; Chile también fue descartado dados los terremotos, fenómeno que les generaba temor. Finalmente, decidieron migrar a la Argentina por las facilidades en los trámites migratorios para las personas venezolanas, por considerar que había estabilidad económica en aquel contexto y por el acceso gratuito al sistema de salud:

Nos inclinamos para acá. Fue por lo que es la radicación, es muy fácil, incluso muchos venezolanos, que de verdad que siento... tengo que decirlo, es una ventaja y una ayuda enorme que recibimos nosotros por parte de la Argentina, porque sacar un documento, un pasaporte allá, es algo imposible. De verdad, literal, es imposible. Si lo haces por el medio legal, del gobierno, bueno, tardarás meses, incluso años (...) Entonces, muchas personas viajan para acá nada más con la cédula, o sea, con su DNI, que tú no lo haces en ningún país, todos te piden pasaporte, y para acá eso de verdad yo creo que a lo mejor ha ayudado mucho al incremento de venezolanos en la Argentina, porque por esa facilidad, de que a ti te reciben con tu pasaporte, no te piden pasaporte, te reciben con tu DNI, con tu cédula, o si tienes pasaporte. Entonces eso fue lo que más nos inclinó, la posibilidad de radicarnos acá, que no era tan costos (...) Aparte que, obviamente, en el 2017 la economía estaba muy bien, estaba muy estable, y eso también, porque obviamente uno evalúa como está la parte económica, como son los altos y bajos, y ustedes tenían, del 2017 para atrás, me parece que una estabilidad considerable, muy buena, muy prometedora, entonces eso también. Aparte, también, lo otro, es que ustedes acá dan servicio de salud de forma gratuita sin que tengas ningún documento, por lo menos en Colombia, si tú no eres colombiano, o no tienes tu documento colombiano, hospital no, olvídате. Entonces eso también, porque tú dices: "bueno, una emergencia...". O sea, uno se tiene que preparar en todo, tú vas sano, pero tú no sabes que pasa al llegar, tú no sabes si cruzando la calle, bueno, lamentablemente, qué se yo, algo pasó, y eso también... y más teniendo un niño chiquito, uno tiene que tomar eso en cuenta. Así que bueno, esas fueron como las tres cosas que nos impulsaron, nos decidimos, y dijimos: "bueno, es Argentina, es Argentina" (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Contaban con una amiga de la familia que ya se había radicado en Argentina y que les refirió experiencias alentadoras en relación al país, aunque les había advertido que era muy usual para las personas migrantes emplearse en trabajos no registrados.

A raíz de su elección de migrar a la Argentina –decisión que se materializó en septiembre de 2017–, la abuela y abuelo paternos decidieron emigrar a Panamá, donde ya residían otros de sus hijos, para instalarse allí y cuidar a Luis, que tenía 5 años en aquel entonces, hasta que se reencontrara con Liseth y Jesús.

Entonces hablamos con los abuelitos y les comentamos que nos queríamos ir, y yo les dije: “bueno, no tengo a nadie más de confianza que yo sepa que mi hijo va a estar bien, más que con ustedes”. Entonces, ellos claro, me dijeron que sí en seguida, y a los días me dijeron:” ‘mira, sabes que a raíz de esta decisión que tú estás tomando, nosotros no nos queremos quedar acá, porque entendemos que la parte de la seguridad es complicada, de los insumos. Nos vamos para Panamá”. Ellos también tenían a sus otros hijos allá. Y yo les dije: "bueno, llévenselo" (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Liseth señaló el pesar que le causó su desprendimiento de Luis y el desmontar su vida en Venezuela, vendiendo sus bienes materiales a precios que considera irrisorios dada la inflación: *“me quedé allá, pues con el corazón roto, porque me desprendí de Luis (...) al vender todo allá era regalarlo (...) desprendernos de todo, para ver con qué nos veníamos, y pues también venirnos solos y sin mucho capital”*. En los últimos tiempos, la migración venezolana se ha desarrollado de manera escalonada, lo que genera efectos en sus re/configuraciones familiares al producirse la separación temporo-espacial entre las infancias, sus madres y padres. Esto condujo a la creación de nuevos arreglos del cuidado respecto a las personas dependientes, los que –en el caso de la familia de Luis, implicaron que él quedara al cuidado de otras y otros familiares durante medio año–.

Luis permaneció con su abuela y abuelo desde agosto de 2017 hasta febrero de 2018, puesto que a su mamá y su papá no les alcanzaba el dinero para comprar el pasaje para que él también viajara. En ese sentido, Liseth narró que logró conseguirlo a partir de un préstamo que le otorgaron los empleadores para quienes ella trabajó como empleada doméstica al haber llegado al país, con quienes aún conserva un vínculo de afecto.

La decisión de migrar se tomó con un mes de antelación. Al arribar al país, buscaron trabajo y únicamente lograron obtener “trabajos en negro” (sic) realizando tareas muy diferentes a las que desarrollaban en Venezuela

De un día para otro agarramos las valijas, las llenamos con lo que pudimos y nos vinimos sin nada... Lo que más aprendí de esta experiencia fue la humildad. Y el agradecimiento. Acá tuvimos que trabajar de cualquier cosa... empezar a barrer las veredas. Fue muy duro, no porque no fuera digno sino porque estábamos acostumbrados a otra vida (...) Lo único así que capaz no vemos favorable es lo de los trabajos en negro, porque pues siempre hemos conseguido trabajos en negro (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

En su narrativa, el desplazamiento territorial estaría acompañado por el desclasamiento que la migración provocó. Allí se dio un pasaje desde dirigir una empresa o una clínica médica a encontrar actividades

laborales no registradas ni formalizadas, como el empleo doméstico. El desclasamiento estaría vinculado con la pérdida respecto a la posición de clase, la que se tradujo en cambios en los estilos de vida, pero también con la permanencia intacta de otras condiciones, como tener una titulación universitaria (Jiménez Zunino, 2011).

En los inicios, Liseth, Jesús y Luis se asentaron en el barrio de Barracas, pero consideraban que *“el ambiente también era difícil”* y luego se mudaron al barrio de Flores. Pese a que muchas de sus amistades se mudaron hacia otras provincias de Argentina, definieron permanecer en CABA para evitar cambiar a su hijo nuevamente de colegio, dado que *“para él fue muy dura la adaptación en la escuela, siempre es el que defiende a los débiles, a los que otros molestan. Y a veces se mete en problemas por eso”*.

En enero de 2019, la hermana y la madre de Liseth llegaron a Argentina para instalarse en el país, asentándose ambas en su casa durante el primer mes. Su hermana luego se mudó con su hija adolescente a otro departamento, pero su mamá aún permanece viviendo allí en la misma vivienda. Pese a que dicho departamento les resultó pequeño para convivir cuatro personas, Liseth destacó que la presencia de su madre constituyó un fuerte apoyo en los cuidados del niño, dado que lo retiraba del colegio público al que asiste y comparten tiempos juntos, mientras ella y su esposo trabajaban.

Su madre participaba activamente de una Iglesia en la misma cuadra de casa, donde acudían muchas personas de origen venezolano.

Luis asistió a la escuela pública y su madre narró las diferencias que hallaron en cuanto a los procesos de enseñanza- aprendizaje en relación a su país de origen. Encontró un fuerte desfasaje de “niveles” y explicó que el equipo docente habría decidido resolver aquellas discrepancias mediante la alternativa de que Luis esperara las adquisiciones de sus pares. En ese sentido, es interesante destacar que aquella situación era interpretada y traducida por esa escuela como un “problema” que Luis acarreaba y que había que solucionar –paradójicamente, “atrasándolo”–, más que como una descripción del encuentro entre instituciones educativas, ritmos y expectativas diversas.

Ahora está yendo a una escuela pública... y él venía con un nivel muy avanzado. Entonces los primeros dos años se aburría, porque allá antes de los 6 años ya saben leer y escribir. No hacía nada en clase porque ya había aprendido todo. Hablamos con la maestra de primer grado para pedirle si ella podía hacerlo seguir avanzando con otra tarea diferente a la de otros chicos, pero ella nos dijo que, si hacíamos eso ahora, iba a seguir arrastrando ese problema el resto de los años, que era mejor que se nivelara (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Su madre relató que, para él, resultó compleja la adaptación al nuevo contexto y a los códigos que allí circulan. Devino conflictivo para él el uso repetitivo de “malas palabras” –cuestión que, según relataron, no

sucedería con la misma intensidad en los colegios de Venezuela y el vínculo con su propio nombre, dado que no era usual en el país de destino.

A veces también volvía muy enojado porque tiene un nombre que otros chicos no tienen. Entonces tuvimos que buscar en internet el significado de su nombre. Encontramos que “es el que protege”. Y él es un protector. Entonces con eso se tranquilizó bastante (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Es destacable que su padre también presentó inconvenientes con su propio nombre, tampoco usual en Argentina, al recibir burlas de sus compañeros de trabajo. Es por ello que optó por utilizar su segundo nombre. Liseth narró que, dado que trabajan en el mismo lugar, a veces se confunde y en su casa también lo llama por su segundo nombre, lo que genera enojo por parte de su esposo. Al respecto, ella explicó: “es que me cansa esto de la doble vida”.

La cuestión del nombre propio devino, tanto para Luis como para su padre, en una cuestión conflictiva en el nuevo contexto del país de acogida. Frente a ello, surgieron dos modos diferentes de lidiar con la diferencia que portaban: uno fue la sofocación del aquél primer nombre, inscripción simbólica inaugural que lo insertaba en la continuidad de una filiación particular. El otro modo se articuló con la posibilidad de reapropiarse de aquella traza donada, a partir de la búsqueda de su significado: aquello facultó habitar la alteridad y, a la vez, su singularidad, hallando en dicho nombre un punto de anclaje respecto de cualidades que reconocía como propias y haciendo suyo el nombre propio.

Luis practicaba taekwondo y natación en un centro deportivo barrial, también consideró la posibilidad de comenzar a participar de un taller de dibujo. Los sábados acudía a la Iglesia a rezar y a jugar al fútbol con sus amistades del barrio.

“Fue una experiencia que no cualquier niño debería soportar”: Luis y su historia migración en primera persona del singular

A continuación, se presenta la historia de la migración a partir de la perspectiva de Luis; la misma está articulada a tres momentos que él considera como hitos importantes: a) su desplazamiento desde Venezuela a Panamá cuando tenía cinco años y su permanencia en dicho país durante seis meses; b) su viaje desde Panamá hacia Argentina y, c) la llegada al país.

En su historización, relató: *“fue una experiencia que no cualquier niño debería soportar. A ver, te voy a contar desde lo más mínimo hasta lo más importante, desde el principio hasta el fin”*.

a. Un rocklet y una silla de metal: el viaje de Venezuela a Panamá

Luis ubicó el inicio de su relato en una noche en la que encuentra a su mamá y su papá preparando valijas mientras él dormía, o pretendía hacerlo. Narró que les ofreció su ayuda porque recordó que horas más tarde

viajaría a Panamá con su abuela y abuelo. Recuerda que “estaba impresionado” por ello pero que le sugirieron que intentara conciliar el sueño.

Él tenía cinco años y, en un principio, estaba ilusionado porque, antes de volar hacia Panamá, se despediría de familiares entrañables en la ciudad de Maracay. Sintetizó la experiencia vivida con su abuela, abuelo y tío paterno como veloz: “(...) *para mí todo pasó muy rápido*” e incluso la asoció con experiencias vinculadas con la ignorancia y la inocencia, puesto que en aquél entonces no contaba con la información respecto de la motivación de dichos desplazamientos territoriales.

Entrevistadora: ¿Luis, en ese momento vos sabías por qué te ibas para Panamá o por que tus papás se iban a venir a la Argentina?

Luis: No, mi hijo, lo único que yo sabía, lo único... yo era un niño inocente, yo no sabía nada. Entrevistadora: Eras muy chiquito...

Luis: Mira, yo lo único que sabía es que iba a viajar con mis abuelos paternos a Panamá, pero del resto nada, no sabía por qué tenían miedo de que yo estuviera más tiempo allá en Venezuela, en esas etapas críticas, entonces por eso viajaron a Panamá, eso yo no lo sabía. Entonces (...) luego ya llegamos al aeropuerto, y dios santo, nunca me voy a olvidar de esa experiencia.

Asimismo, narró con detalles la tristeza que le generó el “no poder ver nada por la ventana del avión”, dado que ya era de noche y planteó que fue una “experiencia dura” el haber permanecido algunas horas de escala en un aeropuerto en Venezuela. En su relato, la sensorialidad cobra protagonismo: rememora que fue “*la peor noche de toda mi existencia*” por haber pasado hambre (habrían comido únicamente “rocklets” de una máquina expendedora) y haber dormido en gran incomodidad sobre una silla de metal.

Luis: Sí, esa fue la peor noche de toda mi existencia, y fue horrible, porque... o sea, imagínate que tú eres un niño pequeño que está acostumbrado a comer cierta cantidad de comida, y lo único que tienes es un rocklet, o sea...

Entrevistadora: ¡Claro!

Luis: O sea, ¡uno!, y que era de este tamaño, mira, como esta galletita de aquí. Yo apenas tuve que comer eso, aún tenía hambre, pero me acosté a dormir (...) Eso fue, por decirlo así, la experiencia más traumática de toda mi vida.

Entrevistadora: Quizás, era la primera noche que estabas lejos, lejos de mami y papi, y eras un nene chiquito, como decís, estabas incómodo, tenías hambre. Claro, eso sí debe haber sido difícil...

Luis: Medio traumático para mí... luego llegó el segundo vuelo, ahí sí directamente vamos a Panamá, y ahí sí me puse muy feliz, porque... por fin, voy a tener que dejar estas experiencias difíciles

De su estancia en Panamá refirió sentimientos de ambivalencia: por un lado, comentó que fue “muy lindo” haber pasado tiempo con su abuelo y abuela del lado paterno ya que, anteriormente, no solían compartir muchos momentos en conjunto. Por otro lado, planteó haberse sentido triste por extrañar a su madre y por percibir un desgarramiento a la fuerza en dicho vínculo:

Yo me sentía muy triste, mira, la gran parte del tiempo que yo estaba allá en Panamá, o estaba estudiando, o estaba divirtiéndome con mis amigos, estaba pensando en mi mamá, o estaba llorando porque estaba lejos de mi mamá, y la extrañaba mucho. Y bueno, es que yo me sentía como si me separaran a la fuerza de mi mamá, porque, o sea, imagínate, tú estás cinco años con tu mamá, o sea, tú no estás acostumbrado al menos a vivir casi un año sin tu mamá, ¿sabes? (Luis, 9 años, nacido en Venezuela)

Es posible identificar la convivencia de emociones durante los meses en los que vivió en Panamá, en los que contó –aunque tangencialmente– que también estudiaba o se lograba divertir con sus amistades y de manera simultánea sentía la distancia que lo separaba de ella.

b. “Estuve más solo que los huevos de una tortuga marina cuando pone sus huevos enterrados en la arena”: el viaje de Panamá a Argentina

Relató que realizó él solo el viaje en avión desde Panamá hacia Argentina, aunque un “señor vestido elegantemente” de la Aerolínea lo acompañó en algunos tramos previos a la entrada al avión, en donde sintió que estaba “*más solo que los huevos de una tortuga marina cuando pone sus huevos enterrados en la arena*”. Lo sentaron al lado de una mujer argentina con su hija, quienes estuvieron “pendientes de él” y con quienes conversaba para no aburrirse.

De ese viaje, describió con minuciosidad la alegría que le generó haber contado con pantallas individuales para ver películas graciosas y el placer que le generó haber comido un plato con “*una comida deliciosa que no sabía ni siquiera que era*”. Lo describió como “*el momento que más gocé de toda mi existencia...no tenía ni idea de qué tenía. Y yo me lo devoré todo. Sólo estaba el plato y un poco de salsita que se quedó ahí, pero el resto no había nada*”. También describió haberse quedado dormido y haber tenido dolor de oídos.

Nuevamente se distinguen sus recuerdos asociados a la dimensión de lo sensorial: dolores, comida deliciosa, la vista de pantallas y la conversación con compañeras de viaje.

c. “Me comenzó a hablar en idioma argentino y yo me volví loco diciendo: pero ¿qué es esto?”: Experiencia en el aeropuerto internacional de Ezeiza

Describió que, al llegar a la Argentina, luego del aterrizaje se subió a un autobús y una azafata se ofreció a ayudarlo. Empezó a conversar con él en “*idioma argentino*” y narró que sentía no comprender las palabras que ella utilizaba ni el tono en el que lo hacía, sintiendo que “*yo me volvía loco, mi mente estaba... o sea, yo no entendía nada*”.

Si bien se trataba del mismo idioma, era necesario incorporar nuevos códigos y claves que le permitieran la mutua comprensión y expresión en el contexto de destino.

Liseth: Claro, porque le decían: “agarrá tu valija”. Y él cómo...

Laura: “¿Qué es valija?”.

Liseth: Ahí ya le chocó todo.

Luis: Y cuando me dijo: “¿vos sos de tal país?”, yo dije: “¿quién es vos?”. Y ahí ya dije: pero “¡¿what, what, what?!”(…). Yo estaba para decirle: “háblenme en chino, japonés, cualquier idioma. Yo lo puedo entender perfectamente, pero justo este yo no estoy... yo no me preparé para esto”.

A pesar de esos momentos de confusión y de sentirse sin preparación para las vivencias inéditas que lo estaban sorprendiendo, narró que el reencuentro con sus progenitores fue “*el momento más emotivo de mi vida*”. Con detalles, contó estar caminando con un carro con todas sus valijas y bolsos junto a la azafata, sintiéndose inseguro de atropellar a alguien con su equipaje, hasta que vio a su mamá y corrió hacia ella:

Estaba en frente de mi mamá, pero ella no sabía ni quién era yo. No sabía quién era porque yo estaba tapado con... con todas las valijas, o sea... yo era pequeñito y las valijas eran gigantes. No sé, me tapaban por completo y mamá ni sabía quién era yo. Hasta que (...) yo miro hacia allá y vi a mi mamá. Y adivina qué hice: dejé ahí el montón de cosas y fui hacia mi mamá (Luis, 9 años, nacido en Venezuela).

Luis narró estar contento con vivir en Argentina y no crecer en un contexto de violencia. Planteó que ha podido hacer nuevas amistades en la escuela (“*hasta hice 300000 millones de amigos*”) y se ha sentido bien tratado, pese a que, en los primeros tiempos, se sentía “*como en la dimensión desconocida*” al no conocer las costumbres del país y proponerse “*recopilar información*” respecto de los códigos, lenguajes y juegos de sus pares.

Argentina es el mejor lugar para vivir, mi hijo, las personas son muy buena gente. En Venezuela tu decías algo que una persona no estaba de acuerdo y te daban 13 tiros en las rodillas (...) o sea, en esos tiempos yo ya estaba muy acostumbrado a un país, por así decirlo, muy malo, por así decirlo, que andaban tirando tiros, granadas, y todo eso. Entonces cuando vine a Argentina y vi que era un lugar más tranquilito yo me emocioné, y entonces me quedé feliz y todo eso... (Luis, 9 años, nacido en Venezuela).

Pese a ello, Luis refirió extrañar a sus amistades y, ante mi propuesta de realizar un ejercicio imaginativo en el cual pudiera imaginar qué le gustaría traer desde Venezuela a la Argentina en una valija, respondió que hubiera querido traer “*la casa hermosa que yo tenía. Era hermosa, y era gigante, y teníamos nuestras propias habitaciones, y no tenía que dormir al lado de la una persona, sino que yo estaba ahí, durmiendo como un rey (...) Y no tenía que oír los ronquidos de mi abuela*”. También mencionó que traería a sus mascotas: dos pericos y una tortuga.

Aparece en su respuesta la añoranza no solo respecto a seres vivos (animales y amistades) que permanecieron en su país de origen sino también a la vivienda que allí tenía, en donde se sentía cómodo como un rey. De algún modo, la migración fue acompañada por una trayectoria familiar de desclasamiento, la que también generaría efectos en Luis y la percepción de los cambios en sus condiciones de vida. La adaptación forzosa a condiciones materiales más desventajosas y a la necesidad de reajustar las disposiciones subjetivas a una nueva situación social es vivenciada por todos los integrantes de la familia, quienes lo vivirán de manera diferenciada, también dependiendo de cómo sea su inserción específica en distintos ámbitos (García Borrego, 2023). Asimismo, esta situación también podría implicar un duelo por el nivel social que se ha perdido en la migración (Achotegui, 2003).

II. Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña. Luis: “yo soy medio claustrofóbico” / Liseth: “se pone muy ansioso”

Al narrar sobre sus vivencias en el país y sus primeras experiencias, contó lo dificultosas que le resultaron las primeras veces en las que viajó en subte y tren. Al describirlas, refirió sentir gran “impresión” al transitar en dichos medios de transporte y sentir que es “medio claustrofóbico”

Entrevistadora: Y, para tratar de entender lo que me estás diciendo, ¿qué significa que seas medio claustrofóbico, Luis?

Entrevistado: Que... o sea, le tengo... me da pánico estar en lugares medio pequeños y encerrados. Y entonces, como tener a trescientos mil millones de personas al lado de mí es como si tuviera... no sé, si estuviera encerrado.

Entrevistadora: Ajá, y ¿qué otros lugares te dan ese pánico?

Entrevistado: Lugares cerrados, o sea... oscuros, un poco.

Luis planteó sentirse mareado cuando los vehículos están en movimiento y refirió no saber por qué le sucede, aunque sí sentir frecuentemente dicho malestar que se expresa con gran intensidad.

Su madre describió que a su hijo le cuesta viajar en colectivos y que, al hacerlo, le resultaba más soportable hacerlo si está al lado de una ventana. Refirió que la ansiedad, el nerviosismo, las náuseas y el sentimiento de asfixia o sofocación surgieron, por primera vez, en Argentina y que anteriormente esto no le sucedía en su país de origen ni tampoco en Ecuador. También mencionó que aquello que le sucede a Luis no siempre se asocia con la cantidad de personas que estén a su alrededor (puede aparecer tanto en momentos en los que el medio de transporte esté lleno o vacío) y que ocasiona verdaderas interferencias en la vida cotidiana tanto del niño como de su familia.

Pero esa cosa fue aquí también. Porque él allá siempre estaba en auto y nunca mostraba signos de ganas de vomitar, ni de ansiedad ni nada (...) no sé por qué, pero le cuesta mucho montarse; siempre busca una ventana o prefiere estar parado porque se marea, se pone nervioso, se pone ansioso, le dan ganas de vomitar... más de una vez nos hemos bajado a medio camino porque... bueno, para que vomite en la calle. ... se pone muy ansioso, sí. Pero de verdad, eso fue acá y es extraño (...) que comenzó a desarrollar eso, o sea que como que se montaba un colectivo y se ponía muy nervioso, se ponía ansioso, quería estar siempre en una ventana, abrirla para respirar. Era como ese sentimiento de sofocación, no sé de qué, se sentía asfixiado (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

Frente a los enunciados de su madre, el niño asentía y sentenció: *“Eso les pasa a las personas como yo, claustrofóbicas”*. De ese modo, adjetivó su vivencia.

En relación a los inicios de dichos síntomas, Liseth los asoció con la mudanza de la familia al barrio de Flores, refiriendo que hubo dos situaciones en las que vomitó en el transporte público y que, a partir de ello, *“le quedó eso y la ansiedad de que ‘no quiero que me pase’. Me parece que es más por ahí... (...) para mí es eso como ansiedad, como que le pasó una vez y le da miedo”*.

III. Atención a los padecimientos: “Yo siempre le digo que la mente es muy poderosa y la mente lo controla todo”

Frente a dicho malestar, al que el niño denominó como “claustrofobia” y su mamá como “ansiedad”, Liseth optó por transmitirle a su hijo que intentara controlar sus estados emocionales mediante la respiración *“cuando está ‘muy muy’”*. Eso lo ayudaría a “bajar” (sic) su padecimiento. Asimismo, Liseth agregó que su

hijo no ha vuelto a vomitar después de utilizar dichas técnicas pero que *“igual la ansiedad siempre sigue ahí”*.

Luis refirió que, además de las respiraciones, también recurría a las “distracciones” y a concentrarse en aquello que lograba ver a través de la ventana. Eso colaboraría en su posibilidad de tranquilizarse y *“a reprimir esas ganas de vomitar”*.

Óyeme, óyeme, que también hay distracciones. (...) Y también respiro, también respiro y todo eso, y me tranquilizo, y me distraigo y todo eso y me quedo tranquilo (...) Es sinceramente como si la ansiedad y mi control estuvieran peleando dentro de mí (...) Mira, yo digo: "voy a tratar de no vomitar y todo eso", trato de no pensar tanto en eso y distraerme y pensar en otras cosas, y muchas veces ha funcionado

Según lo transmitido por Luis y Liseth, las manifestaciones de ansiedad (como mareos, náuseas, vómitos) se activarían en los medios de transporte. En los mismos, el niño habría vomitado en dos ocasiones al llegar al país de destino y, a partir de aquél momento, se presentarían en él preocupaciones excesivas respecto de que aquello se repitiera nuevamente.

Asimismo, su madre también había narrado una situación disruptiva (Benyakar y Lezica, 2005) que había acontecido cuando Luis estaba en el jardín de infantes en Venezuela y ella lo pasó a buscar, recurriendo ambos a un colectivo en un contexto de humo, corridas y disparos.

Discusión de los resultados

En función de las historias de vida de las familias migrantes entrevistadas, es posible identificar que en aquellos itinerarios que aluden al intento de aliviar, resolver, erradicar el padecimiento de sus hijos e hijas, se encontró una variedad de estrategias desplegadas.

En los casos en los que se optó por acudir a profesionales de la salud mental, las familias migrantes lo hicieron a través de efectores del subsistema público de salud (como la familia de Zenón), prepaga (como la familia de John Mauro) y de la obra social o de manera privada (familia de Elmer). En ese sentido, es destacable cómo la inserción en el mercado de trabajo de las personas cuidadoras condiciona las modalidades de acceso a la atención en salud de sus hijos e hijas, lo que produce efectos concretos en la búsqueda de alternativas terapéuticas. Pese a la alta informalidad en el empleo de las personas migrantes –lo que implica un mayor porcentaje de población extranjera que únicamente accede al subsistema público de salud–, en las entrevistas realizadas también se pudo conocer itinerarios terapéuticos que no fueron atravesados por la búsqueda de atención en efectores públicos.

En algunas trayectorias –como las de John Mauro, Zenón y Elmer– se acudió a evaluaciones y numerosos tratamientos, simultáneos o alternados, con profesionales de diversas disciplinas, como la pediatría o neuropsiquiatría, neurología, fonoaudiología, psicología, psicopedagogía, musicoterapia, estimulación temprana y terapia del lenguaje. Asimismo, las familias también apelaron a estrategias de autocuidado, en algunos casos como único modo de respuesta ante el padecimiento infantil (como aconteció con Zury y Luis) y, en otros, combinándose con otros modelos de atención.

También se identificó una desigualdad de género en la organización intrafamiliar del cuidado en salud de las personas dependientes. Dicho trabajo recayó principalmente en las madres de los niños y niñas, quienes destinaron mayor parte de su tiempo, dedicación y actividades para las tareas de cuidado.

Tal como puede entreverse en esta breve introducción, la discusión que aquí se despliega en torno a los itinerarios terapéuticos antes presentados, toma en consideración tres ejes centrales. En los mismos se analiza transversalmente el material obtenido en el trabajo de campo y se articula con teorías usadas como marco de referencia.

I. modelos de atención de los padecimientos (Galende, 2015; Idoyaga Molina, 1997, 2002 y 2007; Menéndez, 2003, 2010)

II. intervenciones disciplinares en salud mental (Barcala et al., 2017; Barcala et al., 2022; Galende, 2015);

III. organización social del cuidado (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Pautassi, 2007, 2021; Rodríguez Enríquez, 2015; Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014).

De manera complementaria, se incorpora una categoría emergente que ha surgido en el análisis del material recolectado en las entrevistas. Dicha categoría versa sobre la posibilidad de comprensión de las trayectorias migratorias en clave intergeneracional.

I. Modelos de atención de los padecimientos

En los relatos de historias de vida de la mamá de John Mauro y Zenón, se planteó el acudir a la forma de atención biomédica al detectar que *“algo estaba mal”* (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia) o que *“mi hijo necesitaba ayuda”* (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia). Las dos optaron por recurrir a pediatras que ya realizaban el seguimiento de sus hijos para comentarles su percepción respecto a las diferencias que hallaban en sus niños –en comparación con otros pares de la misma edad o respecto a sus hermanos mayores– y solicitar ayuda. Asimismo, ambas estuvieron de acuerdo, e incluso fueron quienes lo impulsaron, en la realización de múltiples estudios (como resonancias, audiometrías) y evaluaciones (como el ADOS, entre otras) dentro del sistema de atención formal para intentar arribar a un diagnóstico y tratamiento para sus hijos.

Resulta destacable que fueron aquellas madres las que, tempranamente, identificaron las necesidades de atención de sus hijos. Es decir, ningún referente de una institución a la que estuvieran acudiendo los niños (como el jardín de infantes) o profesional de la salud que realizara su seguimiento ni una persona allegada del entorno familiar o comunitario había planteado que sería oportuno que Zenón y John Mauro consultaran con profesionales para atender su situación de salud. Fue su *“sexto sentido materno”* (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia) o el *“darse cuenta por ser la mamá”* (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia) los que condujeron a su consulta con profesionales de la salud como una forma de atención reconocida por ellas.

Pese a que las madres fueran quienes protagonizaron, comandaron o vehiculizaron la búsqueda de atención de manera espontánea, es posible desplegar numerosos interrogantes (si bien son contrafácticos, podrían tener una potencia desnaturalizadora) que intentaremos comprender a la luz de la narrativa de las personas entrevistadas: ¿qué habría acontecido si dichas situaciones problemáticas se hubiesen presentado en sus países de origen?, ¿qué estrategias se habrían puesto en marcha?, ¿se habría acudido, en primera instancia, al modelo de atención biomédico? Es decir, ¿cuáles son las continuidades y discontinuidades entre las prácticas de atención y cuidado que hubieran puesto en práctica “allí” y “aquí” para aliviar, tratar o disminuir el sufrimiento de sus hijos?, ¿de qué modos la percepción subjetiva de las problemáticas de sus hijos también puede verse permeada por elementos que provienen de diversos campos de conocimientos y experiencias?, ¿las personas se apropian del uso de indicadores diagnósticos en su relación con el sistema de salud?, ¿cómo se autonomizan dichas categorías?, ¿de qué maneras la “medicalización de la vida” (Illich, 1976) colabora en la definición de enfermedades a aquellas problemáticas que antes no eran consideradas de ese modo, operando incluso en personas legas?

En ese sentido, cuando se indagó sobre cómo se hubiera tratado en sus países de origen algunas de dichas problemáticas, Daniela refirió que en Colombia se recurre a la religión, a los brujos o a la violencia física como modos de intentar brindar soluciones ante las problemáticas infantiles y Kabel comentó del uso de las hierbas medicinales para resolver distintos tipos de malestares. Darinka planteó que no había conversado con su familia de origen respecto de las dificultades y tratamientos que había atravesado Zenón, manifestando vergüenza al respecto. En las entrevistas, Daniela, 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.

Las familias provenientes de Bolivia y Colombia ya estaban instaladas en Argentina hace varios años cuando decidieron consultar por su hijo y sostener extensos tratamientos durante años a cargo de profesionales de la psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otras disciplinas. Si bien la mamá y el papá de Elmer no habían identificado una situación de alarma en relación a la salud mental de su hijo, al recibir la sugerencia de la pediatra de que realizaran evaluaciones y tratamientos con el niño, decidieron buscar atención también dentro de la forma de atención biomédica. Pese a haber vivenciado con ambivalencia y dudas las indicaciones de aquella profesional, accedieron a realizar las consultas indicadas y acudieron al centro asistencial que ella les había sugerido, cercano a su domicilio, incluso abonándolo de manera privada durante un extendido lapso de tiempo. Esto es coincidente con el relato de numerosos entrevistados y entrevistadas profesionales que plantearon que las familias migrantes suelen “adherirse” al tratamiento y acudir al mismo al poco tiempo de instalarse en el país, incluso a través de los consejos de las propias redes comunitarias migrantes:

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)

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.

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).

Al respecto, Daniela comenta la sorpresa que sintió cuando advirtió 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).

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, a la que se la suele definir como la ciudad más psicoanalizada del mundo –y que, dentro de algunas de sus zonas, una se denomina no oficialmente a “Villa Freud” o “Palermo Sensible” dada la alta concentración de consultorios psicológicos allí ubicados (El País, 2017) –. 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.

Esto permite alumbrar a la psicología –encarnada fuertemente en el psicoanálisis, constituyéndose en una influencia en la formación universitaria en las facultades de psicología del país en momentos de democracia y consolidándose como una orientación con gran impacto en las y los profesionales del campo psi (Díaz, 2016) – como un modelo de atención fuertemente utilizado y reconocido, aunque con tensiones, en CABA.

Genealogizar las prácticas psicológicas y entender que las mismas surgieron en determinados contextos históricos, sociales y geográficos trasluce su vínculo con aspectos culturales. En ese orden, es conveniente recuperar el señalamiento de Menéndez (2000) respecto de que las producciones académicas vinculadas a los procesos de salud, enfermedad y atención se han enfocado prioritariamente en el estudio de los saberes de algunos conjuntos sociales –como, por ejemplo, la población indígena o aquella que reside en el ámbito rural, que apela a sus curadores o curadoras tradicionales– reconociendo y, simultáneamente desconociendo, aquello entendido como lo cultural (que quedaría restringido para ciertos espacios sociales). De ese modo, algunos factores culturales aparentarían ser más “culturales” que otros y se haría un uso limitativo de dicho concepto, que supuestamente haría referencia a ciertos procesos, actores, espacios y saberes, pero excluiría a otros –como los que atañen a las poblaciones urbanas y a sus curadores o curadoras de la biomedicina (que incluyen a psicoterapeutas)–. Las prácticas psicológicas, sus diagnósticos e intervenciones, también son culturales y no universales.

Igualmente, es preciso ubicar la operación del pensamiento abismal y la hegemonía de la forma occidental de entender el mundo, proponiendo a la ciencia como la portadora del monopolio de la capacidad de distinguir lo verdadero y lo falso de manera universal (Sousa Santos, 2010). De ese modo, es necesario sostener una mirada que alumbre que los modos de atención no solamente son diferentes entre sí sino desiguales en un sistema de jerarquías.

En las familias de Luis y Zury no se acudió al sistema biomédico ante la identificación de su malestar subjetivo. Liseth apeló a transmitirle a su hijo de recursos de “respiración” y “distracción” que fueron co-creados entre ambos, más vinculados con estrategias de autoatención para intentar aliviar y atenuar dicho padecimiento. Beatriz, por su parte, utilizó la estrategia de “salir” de la casa para caminar por espacios verdes y “distrarse” de la pena que experimentaba Zury (a pesar de haber consultado previamente a equipos de salud mental en un efector del subsector público ante la identificación de intensa tristeza de su hija Dulce al llegar a la Argentina).

Las estrategias de cuidados legos (respirar, distraerse y salir a caminar en entornos verdes) funcionarían como un primer nivel de atención asociado a las propias experiencias y saberes de su familia en la que no habría una intervención directa de algún curador o curadora tradicional ni profesional. En el caso de Luis, si bien las prácticas de respiración podrían ser prescritas por especialistas de diversas formas de atención, el uso de dichas técnicas se encontraría más autonomizado.

Se trataría de prácticas sociales con sentido de cuidado, las que no debieran considerarse antagónicas respecto de aquellas provistas por el sistema formal de atención (Galende, 2015).

De una manera complementaria, se destaca que una de las informantes clave que se desempeñaba en un EOE, refirió que, ante la detección de sufrimiento psíquico de niños y niñas migrantes en la escuela, en algunos casos sugería la participación en talleres de juego, radio, literatura, grupos de rugby o scouts

entendiendo que los mismos también serían *“buena terapia”* (sic). Dicha bifurcación marginal en el circuito de derivación permitiría encontrar respuestas ante problemáticas en dinámicas no centradas en lo patológico o disfuncional, sino en la integración y en la conformación de otros vínculos existenciales. Cabría interrogarse, en ese sentido, por el rol e importancia que tienen los talleres deportivos que realiza Elmer o las actividades religiosas y deportivas que lleva a cabo Luis, habilitando procesos de expresión en las infancias, de socialización e integración comunitaria.

Es interesante destacar que los saberes y experiencias de familias migrantes latinoamericanas no siempre se vinculan con formas de atención popular o tradicional sino que también pueden estar permeados por modelos de atención alternativos. Es posible vislumbrar el pragmatismo en las decisiones que toman las familias: ellas adoptan las soluciones que les permiten resolver sus problemáticas de salud en determinado espacio y tiempo para responder a situaciones específicas. Un ejemplo de ello es el comentario de Daniela al referir que, si hubiera estado en la situación de tener un hijo diagnosticado con leucemia y que la misma no remitiera con tratamientos farmacológicos, también hubiese apelado a darle de beber sangre de chulo, aunque la considere una *“práctica violenta y autóctona”* (sic).

Esto es congruente con la consideración de la importancia de atender a las prácticas cotidianas de las personas, trascendiendo el discurso de autoridades religiosas o expertas en el dominio de lo terapéutico o de un corpus mítico que únicamente iluminara aquellas *“teorías nativas”* como si se trataran de sistemas sostenidos homogéneamente en un colectivo (Remorini, 2010). También Darinka refirió no ser *“creyente”* de otros modos de atención vinculados con prácticas de curandería o religiosas.

En otro orden, es dable preguntarse si la vivencia de ansiedades o angustias de Luis y Zury fueron significadas por sus familias como malestares asociados a la vida cotidiana y como partes integrales de la misma, a diferencia de los desafíos en el desarrollo emergidos en Zenón, Elmer y John Mauro. En estos últimos casos, la emisión y recepción de diagnósticos parecieron constituirse en instancias dramáticas que, dando lugar a un cúmulo de intervenciones, estudios y tratamientos, han modificado el modo de habitar lo cotidiano, la escolaridad, las tareas de cuidado en la familia. Esto es congruente con lo que enuncia Das (2017) al plantear que los padecimientos podrían ser considerados en tanto cuasi-eventos de la vida cotidiana o, en otros casos, como eventos críticos capaces de quebrantar relaciones, lo que revela las resonancias y experiencias diferentes en torno a la enfermedad.

La confirmación del diagnóstico de una situación problemática vinculada al desarrollo de sus hijos pareciera haber devenido como un momento crítico (Sautu, 2004) o turning point (Smith, 1994) en sus relatos de vida, dando cuenta de su advenimiento como un acontecimiento bisagra capaz de determinar tanto un antes como después en sus historias (Saltalamacchia et al., 1984). A su vez, los diagnósticos son actos

performativos y sentenciales: la palabra hace a quien nombra y transforma a la persona sobre quien recae. Al nombrar la enfermedad, se le brinda existencia y se generan efectos sobre aquellos que devienen soporte de la misma y sobre quienes los emiten (Braunstein, 2013).

II. Intervenciones disciplinarias en salud mental (o el desafío de mantener disciplina con los tratamientos disciplinarios)

Para el análisis de las intervenciones disciplinarias en salud mental que han sido descritas en las historias de vida, se apela a la consideración de una serie de indicadores.

Los mismos –ya desarrollados conceptualmente en la Parte II, capítulo 2, sección a– están asociados al contenido normativo de la Ley Nacional de Salud Mental, con los fines de evaluar las modalidades de atención en salud mental infantil y sus características (Barcala et al., 2017).

- Abordaje interdisciplinario y atención articulada

En los itinerarios terapéuticos de John Mauro, Zenón y Elmer se hizo mención a una profusión de profesionales de la salud mental que evaluaron o brindaron tratamiento a dichos niños: aquellos y aquellas especialistas provenían de la psicología, neuropediatría, psicopedagogía, neurología, terapia ocupacional, estimulación temprana, terapia del lenguaje (no se precisaba profesión de base), musicoterapia y fonoaudiología. Los espacios terapéuticos, en algunos casos, se sostenían de manera simultánea y, en otros, con alternancias o intermitencias, pero siempre fuera del ámbito de la internación hospitalaria.

Por un lado, podría destacarse que ante la complejidad de las problemáticas que atravesaban Elmer, Zenón y John Mauro, no se llevó adelante un abordaje unidisciplinario. Se apeló a diversas disciplinas que, desde sus distintos campos de saberes y prácticas, pudieran proporcionar cuidados o herramientas, no solamente a niños y niñas sino también a sus cuidadores y cuidadoras.

Asimismo, en sus discursos, no se distinguió la alusión a que algunos de los tratamientos fuesen más importantes y otros accesorios, lo que daría cuenta de una no homogeneización de uno de ellos por sobre el resto. Sin embargo, aquella coexistencia de espacios terapéuticos y profesionales no necesariamente garantizó la implementación de un verdadero abordaje interdisciplinario que fuera capaz de constituir una matriz de trabajo ajustada a la complejidad actual de los problemas del campo de la salud mental. De ese modo, la modalidad predominante fue la de los multitratamientos: la misma implicaría simultaneidad de terapias fragmentadas (Bertin et al., 2018)

En algunas instancias, Kabil, Darinka y Daniela manifestaban dificultades para historizar el itinerario que sus hijos realizaron, corrigiéndose permanentemente respecto a cuál había sido la secuencia u orden de los mismos, cuándo habían iniciado y a través de qué profesional habían sido derivados. En ese sentido, es importante advertir que dichos relatos no se corresponden con cronologías exactas, sino que en los mismos

emergen olvidos, reformulaciones, idas y vueltas propias de las elaboraciones que producen las personas en su tiempo presente, interpretando los hechos de los que formaron parte en el pasado (Saltalamacchia, 1984). Las confusiones, omisiones y correcciones podrían dar cuenta de la proliferación de espacios terapéuticos en los que faltaría una integración o coordinación entre los mismos, así como de un relato que los integrara, incluso, narrativamente. En aquellas familias que habrían devenido en tanto usuarias intensivas de los servicios de salud y demandarían cuidados en numerosas modalidades (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012), aparecería una experiencia de desadueñamiento de las experiencias vitales del propio hijo. Se vislumbraría una vivencia de revocación respecto de sus saberes en relación a lo que le sucede al niño, debiendo ser ordenadas y disciplinadas con los tratamientos disciplinarios que se les proporcionan. Es decir, si la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan y de la dificultad de encasillarlos (Stolkiner, 1987), se delinea la necesidad de mantener disciplina tanto ante la indisciplina de dichas problemáticas como ante la intensa demanda que los tratamientos disciplinarios imponen. Esta dimensión de pobreza de tiempo (Rodríguez Enríquez, 2015) asociada a los cuidados será retomada en la próxima sección.

Si bien en todos los casos se apeló al pediatra como primera figura de consulta, a lo largo de la “carrera de pacientes”, dicho profesional dejó de ocupar un lugar de centralidad durante dicha trayectoria. La multidisciplinariedad entre las propuestas terapéuticas pareciera regir, incluso aún más en los tratamientos por prepaga llevados a cabo por John Mauro, en los que no se centralizan en un mismo efector de salud o centro terapéutico.

La participación de profesionales de distintas disciplinas no implicó necesariamente la articulación permanente entre diferentes servicios, ni abordajes cooperativos y sostenidos entre los equipos intervinientes. Tampoco garantizó abordajes no fragmentarios ante el sufrimiento psíquico.

- Abordaje inclusivo e integral

El parcelamiento de saberes y prácticas en la multidisciplina, también es acompañado por una aparente falta de abordajes integrales e inclusivos que impliquen una verdadera articulación intersectorial. En las entrevistas no se ha aludido al trabajo integral entre profesionales de la salud y de las escuelas a las que asisten las infancias en contextos migratorios.

Si bien las mismas han sido escolarizadas y los lazos tanto educativos como sociales con sus pares no se interrumpieron en base a sus problemáticas, no se habrían implementado acciones en conjunto entre diversos sectores. Incluso la posibilidad de añadir a la estrategia una maestra integradora, pareciera desdibujarse de las propias decisiones e incumbencias de la institución escolar.

Tampoco se han descrito intervenciones que tendieran al armado de redes de conexiones existenciales productoras de vida fuera del sistema de salud (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012), lo que colaboraría en

instaurar un enfoque comunitario para que los procesos de salud/ enfermedad/ atención/ cuidado pudieran basarse en la comunidad, promover construcciones colectivas y fortalecer los lazos sociales. De ese modo, primaría un modelo prioritariamente asistencialista e individualista que conservaría algunas características hospitalocéntricas.

- Accesibilidad farmacológica e internación

De la evidencia recolectada en este trabajo, en las narrativas de las madres o padres que se han entrevistado no se hizo mención a la presencia de interconsultas con psiquiatras ni a la prescripción de medicación psicofarmacológica.

Tampoco se aludió a la necesidad de llevar a cabo internaciones hospitalarias, sino que, por el contrario, los abordajes se realizaron de manera ambulatoria.

- Accesibilidad geográfica y territorialidad e itinerario de la accesibilidad

Si bien en las entrevistas se aludió a la realización de tratamientos con una cercanía relativa a los lugares de residencia de los niños y las niñas, la continuidad de la atención en los servicios no pareciera estar siempre garantizada.

Por un lado, esto último se evidenciaría en el relato de Darinka quien relató la incertidumbre que le generaba que su hijo alcanzara determinada edad y, con ello, se suspendiera su posibilidad de permanecer en un dispositivo terapéutico, sin tener certezas respecto de cómo continuaría su itinerario.

Por otro lado, la irrupción inaudita de la pandemia por Covid-19 también se constituyó en una dificultad en la continuidad de la atención brindada. Se identificó que los itinerarios terapéuticos han sido fuertemente atravesados por aquél acontecimiento: esto implicó interrupciones en los tratamientos (como con Elmer), la discontinuidad del trabajo con algunos de las y los profesionales que venían sosteniendo dichos espacios terapéuticos (como la psicóloga y la fonoaudióloga de John Mauro) y reconversiones de los dispositivos presenciales (como en el caso de Zenón). En algunas situaciones, pese al intento de sostener los tratamientos en una modalidad virtual, ante la resistencia de las infancias de trabajar de manera online, se intensificó la comunicación y articulación de profesionales con los cuidadores y cuidadoras de las mismas. De ese modo, dialogaban respecto de recursos lúdicos y pedagógicos para que pudieran advenir como intermediarios e intermediarias con sus hijos e hijas. Esta instancia fue valorada positivamente por la madre de John Mauro, quien incluso planteó que aquella experiencia debiera ser conservada como un modo habitual en el trabajo de profesionales con familias.

Sumado a ello –tal como se puso de manifiesto en el relato de Darinka–, se advirtió que, en el viraje de la atención presencial a la virtual, las desigualdades económicas y las dificultades en el acceso a dispositivos

tecnológicos, Wifi y datos móviles se hicieron presente en la escena terapéutica como un obstáculo no fácilmente omisible.

- Participación y apoyo

Los tratamientos promoverían el involucramiento de la familia nuclear de los niños y niñas en dichos espacios terapéuticos. Es decir, sí se facilitaría la participación de madres y padres en los espacios terapéuticos de sus hijos e hijas (como los progenitores de Elmer con su psicóloga, los de John Mauro con la fonoaudióloga y psicóloga, la mamá de Zenón con la psicopedagoga) y, tal como lo refirió Darinka, los talleres para madres y padres brindados en el Hospital brindarían apoyo socio-sanitario a grupos de familiares. Pese a ello, según el relato de las personas entrevistadas, es posible pensar que los tratamientos ofrecidos no promoverían participaciones activas del niño o niña en el entorno social ni promoverían necesariamente su integración comunitaria.

Esto permite interpelar la posibilidad de practicar una clínica ampliada en la cual el contexto social, económico y político se encuentren realmente incluidos dentro del debate clínico y psicopatológico, así como entender a las personas en situación de sufrimiento en su contexto (Amarante, 2015).

En relación a los apoyos, en las entrevistas solamente se hizo mención a la figura de la “maestra integradora” aunque en ninguno de los casos se decidió incluirla dentro de la estrategia.

III. Cuidados no remunerados en salud

Considerando la organización social del cuidado y aquellos modos en los que las familias resuelven la reproducción de la vida de manera cotidiana, deviene necesario incorporar los aportes de los estudios feministas para analizar las relaciones de género como variable para la caracterización de los itinerarios terapéuticos de las infancias en contextos migratorios.

Es posible vislumbrar que en aquellas trayectorias en las que se apeló al modelo de atención biomédico, en las entrevistas se hizo referencia a las madres como aquellas personas que realizaban con mayor frecuencia las actividades directas e indirectas de cuidado en relación a sus hijos. Los mismos no solamente son personas dependientes en función de su edad sino, que, en algunos casos, también requieren cuidados especiales dados sus condiciones y sus problemáticas que podrían dificultar su comunicación, su socialización, su expresión de necesidades y deseos.

Como se planteó anteriormente, las identificación de las necesidades de atención en salud fueron llevadas a cabo por las madres, lo que podría indicar una dimensión de conexión tanto personal como emocional, empática y afectiva entre cuidadoras y niños –como fue señalado por Daniela “Me demoré todo ese tiempo en convencer a todo el mundo que para mí John Mauro no hablaba” y por Darinka “Yo me di cuenta antes de que cumpla dos años que mi hijo tiene una dificultad”–.

Además, el sostenimiento y continuidad de tratamientos con profesionales estuvo a cargo de ellas, siendo quienes sostenían la provisión de espacios acorde a las necesidades de sus hijos e hijas. Sumado a la dimensión de la gestión del cuidado, que implicaría los traslados y la coordinación de horarios –entre otras tareas– (Pautassi, 2007, 2021), también se le sobreagrega las situaciones de espera en los espacios terapéuticos a los que asisten sus hijos e hijas, las entrevistas con profesionales, el acompañamiento en la realización de estudios y la gestión administrativa para sacar los turnos en instituciones de salud, recibir reintegros de la prepaga y obtener el CUD, entre más cuantiosas tareas. Esto podría conducir a consecuencias insoslayables en la presión que recae sobre el propio tiempo disponible para las mujeres y las limitaciones que pudieran surgir para llevar a cabo otras actividades, incluso en el mercado laboral y su vida económica (Rodríguez Enríquez, 2015). El tiempo podría entenderse como un determinante social de la salud que afecta la posibilidad de acceso al sistema de salud y de desarrollar hábitos de vida saludables (Strazdins et al., 2015 en Pecheny y Palumbo, 2017).

A través de las historias de vida, se ilustra que la carga no se encuentra distribuida igualitariamente entre los personas adultas de la familia, entendiéndose a las tareas de cuidado como concentrándose “naturalmente” sobre las mujeres (Esquivel, Faur y Jelin, 2012), pese a que ellas también estuvieran insertas en el mercado laboral –como Daniela, Beatriz y Liseth– o lo hubieran estado anteriormente, hasta que las tareas de cuidado familiar dificultaron abocarse a otras actividades productivas sí remuneradas –como la mamá de Zenón y de Elmer–. Esto concuerda, a su vez, con la afirmación respecto de que el cuidado de la salud que toma lugar en los hogares suele ser no remunerado, femenino, inequitativo e invisible, lo que genera repercusiones económicas, sociales, laborales y también de salud tanto en quienes lo realizan como sobre aquellas personas a las que se destinan dichas actividades (Hernández Bello, 2009).

A su vez, la transformación en la dimensión de la vida cotidiana que implica la confirmación de un diagnóstico y el inicio de tratamientos de sus hijos, en muchos casos es seguido por una concentración de las actividades diarias de las madres en función de las terapéuticas de sus hijos e hijas, gestiones administrativas, actividades de cuidado y labores domésticas. Esto también permea la subjetividad de las cuidadoras y permite advertir los modos en los cuales los procesos de biomedicalización logran, incluso, saturar la vida cotidiana e impactar en la formación identitaria (Bianchi y Jurado Rodríguez, 2018).

Complementariamente, es interesante destacar que en las entrevistas mantenidas con el papá de Elmer, a diferencia de lo que aconteció con el resto de las madres, él profundizó exhaustivamente sobre su propia experiencia migratoria y de vida. Sobre aquello manifestó muchos detalles y reflexiones, pero al consultarle preguntas sobre su hijo, las contestaciones tendieron a ser más escuetas y planteaba no conocer bien las respuestas a las indagaciones, sugiriendo que las conversara con la mamá del niño. Esto, tal vez, permitiría

ilustrar cómo las actividades de cuidado también son delegadas hacia la mujer no solamente en las tareas de orden “práctico” sino también en la carga mental que las mismas suponen. La división sexual en las responsabilidades del cuidado no remuneradas –y que, en estas familias, dada la cantidad de tratamientos no se realiza solo al interior del hogar sino en múltiples otros escenarios de espera, como los consultorios– pareciera sustentarse en la consideración de las actividades de cuidado como propiedades de lo femenino y maternal, entre ellas la ejecución de un “rol emocional” en el cual serían las encargadas de que su familia fuera feliz y saludable (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Pese a lo recién mencionado, se advierte que los padres son convocados por los equipos profesionales a participar en las entrevistas de orientación y también en talleres familiares. Según los relatos de las historias de vida, al menos el papá de Elmer y John Mauro han asistido a dichos espacios, aunque Kabil ha planteado más dificultades en su participación, tanto por sus horarios laborales como al interrogarse respecto a una verdadera necesidad de asistir a los mismos (aquello fue percibido más como una “exigencia” de la psicóloga a cargo del tratamiento de su hijo que como una instancia que resultara valiosa para él). Del relato de Daniela, puede identificarse que el padre de John Mauro ha participado, al menos, de entrevistas con la psicóloga, fonoaudióloga y neuróloga de su hijo.

Para concluir, se acuerda con Pasarin (2011) respecto de que usualmente es la madre quien desarrolla un rol central en el proceso de salud / enfermedad / atención / enfermedad de su hijo o hija y ejerce un gran poder dentro de la red de atención ante su malestar: suele ser quien diagnostica el padecimiento y evalúa su gravedad, decide si el mismo amerita una demanda de atención, efectiviza la consulta inicial y acompaña al niño o niña en el tratamiento. También Baeza et al. (2019) afirma que usualmente son las mujeres migrantes las que acuden a las consultas en el sistema de salud, ya sea por consultas propias como acompañando a familiares o miembros de la comunidad.

IV. Trayectorias migratorias en clave intergeneracional y estigmas (entre lo caduco y lo imperecedero)

Por un lado, es destacable que muchas de las madres y los padres han sido, en sus propias biografías personales, niños, niñas o jóvenes en contextos migratorios: Daniela nació en Colombia, emigró a Ecuador y luego retornó a Colombia para, en su juventud, vivir en Estados Unidos durante algunos años antes de instalarse en Argentina. Al describir su historia, plantea: *“porque yo también fui una niña migrante”*. Kabil narró con gran afectación su migración de pequeño desde el pueblo Itacurubí de la Cordillera hacia al monte, luego a la ciudad de Asunción y, posteriormente, a pesar de su negativa, la Provincia de Buenos Aires en su juventud. También Darinka se desplazó de su pueblo natal en Omasuyos a la Ciudad de La Paz durante su adolescencia y, a los 18 años, a CABA. A su vez, Beatriz había transcurrido sus primeros años de vida en una zona de la conurbación en Huancayo, luego migró a Lima, posteriormente se instaló junto a su pareja e hija en la selva en Pichanaqui y tiempo más tarde se trasladó a Buenos Aires. En aquella combinatoria de circuitos migratorios compuestos por trayectos internos en cada país y, luego,

internacionales se advierte a los mismos como procesos históricos que pueden articularse entre sí y que, incluso, dan cuenta de la construcción de relaciones, en diversas escalas, entre personas migrantes (Rivera Sánchez, 2017).

Muchas de las familias pueden considerarse como transnacionales (Herrera, 2004), manteniendo vínculos sociales a ambos lados de las fronteras nacionales a través de distintas modalidades de solidaridad social y económica con circulación de recursos, informaciones y lazos. Las mismas cobraron distintas formas en las historias de vida relevadas, recibiendo en sus hogares a los y las recién llegados (como el tío de Kabil, las hermanas de Darinka, familiares de Beatriz, Liseth albergando a su madre, hermana y sobrina), sosteniendo vínculos de cuidado (como los padres de Liseth que cuidaron de Luis en Ecuador), enviando remesas (como en la familia de Darinka) y manteniendo lazos de proximidad a pesar de la distancia.

Si bien no ha sido el objetivo de la tesis caracterizar las experiencias vitales de madres y padres como niños, niñas o adolescentes que estuvieron en contextos de movilidad humana, esto ha encontrado su lugar en la reconstrucción de las trayectorias migratorias. Son historias atravesadas por los desplazamientos, algunos de ellos en fronteras nacionales aunque también cruzando las murallas que separaban al ámbito rural al urbano, el que ha sido señalado como una práctica de cruce con efectos insoslayables. Las movilidades internas y las transnacionales caracterizan dichas historias, sus búsquedas, inestabilidades y vulnerabilidades.

Asimismo, en sus relatos, aparece encarnada la posibilidad de retornar a sus países de origen (como en el caso de Kabil) o trasladarse a otros destinos en diversos puntos del planisferio (como Daniela o Liseth). Incluso aquel deseo, según el discurso de sus madres o padre, también estaría presente en sus descendientes (como Elmer –quien, refiere su papá, quisiera mudarse a Estados Unidos–, Zury y un hermano mayor de Zenón –quien, según su madre, le gustaría migrar a Inglaterra –. Esta cuestión permitiría ubicar las dificultades en imaginar o construir un proyecto de futuro en la tierra que habitan.

Estas vivencias, fantasías e ideas dan cuenta de que los niños y niñas en contextos migratorios encuentran conjugaciones propias del verbo “migrar” en distintos tiempos verbales que trascienden aquellos movimientos que los preceden y en los que pudieron no haberse visto participar de manera activa. Incluso, dicho verbo puede tomar lugar en múltiples localizaciones (el allí –el lugar de origen de sus familias o el propio–, el aquí –lugar de residencia actual–, el más allá –otros espacios posibles habitar–). De ese modo, origen y destino ya no resultarían inmutables puesto que las migraciones no siempre aseguran cambios irreversibles en el lugar de residencia. Además, se advierte el término “migrante” en tanto gerundio, lo que manifiesta el carácter procesual de la movilidad territorial y la posibilidad de pensarla en clave intergeneracional.

En los relatos de familiares que residen hace muchos años en Argentina, también emergió la pregunta por la “caducidad” de su carácter en tanto migrantes y el señalamiento a la esencialización de aquella persona que ha llegado de otro país, congelando su identidad en función del territorio en el que nació.

Kabil planteó que en su familia *“no es que seguimos con la cultura de allá. No, no. Nos manejamos de acá”*. Una reflexión similar surgió cuando se imaginaba retornando a vivir a Paraguay y no pudiendo hallarse en los ritmos de vida que mantenía antaño, antes de su migración. Es que él tampoco es el mismo. Las palabras paradójicas y provocadoras que recupera Pescetti: *“no estamos obligados a hacer del lugar en el que nacimos nuestra tierra natal”* (2022: 41) movilizan la posibilidad de preguntarse por los alcances de aquello predeterminado aún desde el origen y lo que se encuentra en estado de permanente búsqueda e indeterminación.

Su hijo Elmer *“se siente muy argentino”* y narra que cuando él habla en guaraní, el niño le pide que le hable en castellano porque es argentino y no paraguayo. Explica: *“Es muy, como te puedo decir, él no se siente, digamos, la forma de ser de él no siente que él es hijo de extranjeros”*. Por su parte, Daniela describe: *“yo soy una turista en los países en donde crecí, yo soy de acá, no... ya después de 14 años... ¿qué colombiana ni qué colombiana? Lo único que me queda es el hablado, el acento que no se me va”*.

Estas cuestiones permiten vislumbrar el interrogante respecto a la (im)posible caducidad del término migrante para nombrar a quienes han modificado su lugar de residencia en algún momento de su trayectoria vital. ¿Acaso existiría una fecha de vencimiento para dicha catalogación?, ¿Se continúa llamando “niña o niño” a aquellas personas que lo han sido en algún momento (es decir, absolutamente toda la población adulta)?, ¿Qué adjetivos continúan acompañando de por vida a quienes los portan?, ¿La regulación migratoria o la naturalización pondría fin a aquel gerundio?, ¿De qué modos el nacionalismo metodológico continúa construyendo una gramática migratoria que apela a una escala estatal – nacional que cataloga de manera perpetua como “migrantes” a quienes se desplazaron a través de las fronteras, pero quizás ya se han instalado en su país de destino y se perciben como integrantes de dicha población (Massó Guijarro, 2013)?

En la misma clave, ha comenzado a plantearse la existencia de un marco conceptual cosmopolita enfocado en la interrelación de influjos y condicionamientos tanto nacionales como internacionales: se han creado constelaciones generacionales en las que se presentan esperanzas, expectativas de igualdad, pretensiones, desilusiones, miedos o conflictos que trascienden los marcos de las fronteras del Estado nacional (y que se articulan con procesos de globalización, interconexión y desigualdad social a escala mundial) que permitiría ubicar una expansión de modos de vida transnacionales (Beck y Beck-Gernsheim, 2008).

Si la identificación nacional suele variar a través del tiempo de residencia en el país de destino (Aparicio y Portes, 2014), es un desafío la no adjudicación de identidades estáticas y, complementariamente, la posibilidad de advertir la potencia irreductible de las experiencias migratorias, incluso de manera

intergeneracional. En ese punto, se percibe la tensión entre visibilizar la dimensión migratoria y, a la vez, evitar la esencialización u ontologización de la migración.

Recapitulación

Para responder al primer objetivo específico, se describieron y analizaron los itinerarios terapéuticos desde las perspectivas de cuatro madres y de un padre migrantes regionales. A los fines de organizar la información recolectada a partir de las historias de vida, se siguieron tres dimensiones centrales en cada uno de los relatos: historia familiar de la migración; detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña y, cuando sucediera, confirmación del diagnóstico; atención a los padecimientos.

De los cinco itinerarios terapéuticos reconstruidos, en tres de ellos se acudió al sistema formal de atención en salud y se identificó que la confirmación del diagnóstico pareciera haber advenido como un acontecimiento que determinó cambios importantes en sus vidas y dinámicas de conciliación entre los cuidados y trabajos remunerados en la familia. En los otros dos, se apeló solamente a las prácticas sociales con sentido de cuidado (la respiración, la distracción y permanecer al aire libre en entornos verdes).

En las figuras 1, 2 y 3 se representan los itinerarios de Zenón, John Mauro, Elmer; en los mismos es visible la trayectoria seguida, la cantidad de profesionales intervinientes, los diagnósticos emitidos, la centralidad de las madres en el cuidado de sus hijos (y, en las historias de John Mauro y Zenón, también como quienes detectaron la necesidad de atención de dichos niños) y la apelación al CUD.

Posteriormente, se procedió a la discusión de los resultados. La misma se llevó a cabo a partir del análisis transversal del material obtenido en las entrevistas, el que se ordenó en tres ejes centrales que se generaron *ex post* (a saber, modelos de atención de los padecimientos; intervenciones disciplinarias en salud mental; organización social del cuidado) y su articulación con teorías usadas como marco de referencia.

Se halló que los saberes y experiencias de familias migrantes latinoamericanas no siempre se vinculan con formas de atención popular o tradicional: también pueden estar permeados por otros modelos de atención. En ese sentido, la psicología sería un modelo de atención utilizado y reconocido también por las personas migrantes entrevistadas en el país de destino. Primaría el pragmatismo en las decisiones que adoptan las familias, las que intentan resolver sus problemáticas de salud en determinado espacio y tiempo para responder a situaciones específicas. Se esbozó la posibilidad de que la consulta o asistencia de niños y niñas en contextos migratorios a tratamientos con profesionales de la salud mental pudiera advenir como un modo de asimilación cultural porteñizada, en la que se incorporan prácticas y sentidos del nuevo contexto.

Además, se identificó una profusión de profesionales de la salud mental que evaluaron o brindaron tratamiento a Elmer, Zenón y John Mauro. Se destacaría el predominio de multitratamientos y una falta de integración o entre los mismos, así como de un relato que los integrara, incluso, narrativamente.

El parcelamiento de saberes y prácticas en la multidisciplina es acompañado por el déficit de abordajes que impliquen una verdadera articulación intersectorial. Tampoco se describieron intervenciones que apuntaran

a la creación de redes de conexiones existenciales productoras de vida fuera del sistema de salud (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012), lo que colaboraría en instaurar un enfoque comunitario para que los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado pudieran basarse en la comunidad y fortalecer los lazos sociales.

También se vislumbró que el sostenimiento y continuidad de tratamientos con profesionales estuvo a cargo de las madres de dichos niños, siendo ellas las que sostuvieron la provisión de espacios acorde a las necesidades de sus hijos. Sumado a la dimensión de la gestión del cuidado (que implicaría los traslados y la coordinación de horarios), también se sobreagrega las situaciones de espera en consultorios, entrevistas con profesionales, acompañamiento en la realización de estudios y la gestión administrativa para sacar los turnos en instituciones de salud, recibir reintegros de la prepaga y obtener el CUD. La distribución desigual de la carga entre las personas adultas de la familia ocasionaría, entre otros efectos, una pobreza de tiempo en las mujeres madres migrantes.

Objetivo 2: Identificar y analizar las valoraciones de madres y padres migrantes regionales respecto de las experiencias vivenciadas en el sistema de salud mental en CABA al consultar por las problemáticas de sus hijos e hijas, así como sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención

*“Lo cierto es que, si tuviéramos tiempo para hablar, todos nos declararíamos excepciones (...)
Pero, a veces, no hay tiempo para escuchar con tanta atención,
Para tantas excepciones, para tanta compasión.
No hay tiempo, así que nos dejamos guiar por la norma.
Y es una lástima enorme, la más grande de todas”
John Maxwell Coetzee, 2002: 94.*

En las entrevistas se hizo alusión, por un lado, a valoraciones de las experiencias atravesadas en la búsqueda de atención en sistema sanitario de CABA en lo relativo a la salud mental de las infancias en contextos migratorios regionales. Si bien la exploración se orientó a conocer dichas apreciaciones, en el trabajo de campo también emergieron situaciones vivenciadas por las personas adultas al acudir a los servicios de salud. Algunas de las mismas se han incluido en este capítulo porque tienen el potencial de afectar y permear tanto las decisiones como valoraciones respecto del itinerario de sus hijos e hijas.

Por otro lado, también se le otorgó lugar a las consideraciones de las familias para la implementación de un enfoque intercultural en la atención. De ese modo, no solamente se identificaron las experiencias y afectaciones que acompañaron los procesos de atención en salud mental, sino que también se introdujo una perspectiva cuyo énfasis se colocara en las potencias. Esta categoría de “orientación a las potencias” (Valencia-Suescún, et al., 2015) invita a desafiar miradas sesgadas por la carencialidad para develar aquellas capacidades de acción que, en reiteradas ocasiones, pueden permanecer opacadas. Las mismas se vincularían tanto con las potencias personales o relacionales de niños, niñas como las de sus agentes relacionales (como sus madres o padres). Si bien las experiencias migratorias suelen asociarse a vulneraciones de derechos –incluso en el sector salud– y esto tiende a reproducir una mirada victimizante respecto a aquella población, es indispensable avizorar los aspectos que intentan trascenderlas. De ese modo, se busca identificar cómo dichas familias también se asumen como capaces de realizar aportes para la construcción de cuidados en salud, lo que les permite sobrellevar situaciones complejas que pudieron haber atravesado y participar propositivamente de dichos procesos. Este enfoque se orienta a la participación de las personas entrevistadas como sujetos con agencia y busca facilitar la resignificación de las vivencias pasadas a partir de la creación de nuevas realidades y posibilidades.

Valoraciones respecto de las experiencias atravesadas en el intento de aliviar el sufrimiento psíquico de sus hijos e hijas

A partir de la lectura del material obtenido en las entrevistas, las valoraciones de las experiencias atravesadas en la búsqueda de atención en el campo de la salud mental de las infancias migrantes se agruparían en cuatro dimensiones:

- I. Dimensión macrocontextual, que alude a las políticas públicas y legislaciones en Argentina
- II. Dimensión institucional, se refiere al funcionamiento de las instituciones, servicios y programas
- III. Dimensión micro, vinculada con las prácticas profesionales en salud / salud mental
- IV. Dimensión 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.

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).

Pasa que, para la economía de Perú, hay que tener plata. Uno para ir al médico, hasta para ir a vacunarte, tenés que tener plata (...) Todo es plata entonces, por eso, capaz Argentina, muchos de muchos países inmigramos, porque acá 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).

Es que ustedes acá dan servicio de salud de forma gratuita sin que tengas ningún documento. Por lo menos en Colombia, si tú no eres colombiano, o no tienes tu documento colombiano, hospital no, olvídate (...) (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela).

No tengo que pagar yo nada, lo pagan directamente ellos [se refiere a la prepa].... y es tanta la cantidad de facilidad... Esto no pasa, en los países donde yo viví esto no pasa. Yo, en Estados Unidos, tú lo pagas aparte, todo es por fuera. En Colombia igual, en Ecuador lo mismo. Pero total... en Ecuador mi sobrinito menor... uno de mis sobrinos tiene disfasia, y el también, tiene terapia del lenguaje, y todo es por fuera. O sea, tu seguro no lo paga... (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

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).

Si bien Liseth no ha consultado con profesionales de salud mental en Argentina, aludió a la valoración de una experiencia que atravesó al requerir atención a través del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias) y en una guardia en un Hospital General de Agudos tras una caída de su madre en un transporte público. Respecto a aquello, rememora que las atendieron “súper bien” a pesar de no tener otra cobertura de salud, que le hicieron diversos estudios de imágenes y también el procedimiento de colocación de un yeso:

Llamamos a una ambulancia, nos buscaron. Obviamente te preguntan: "bueno, ¿tienes obra social?, ¿tienes esto?", obviamente “no, nada”. Y pues bueno, nos atendieron igual, súper bien, porque bueno, le hicieron todo. Le dijeron: “¿dónde le duele?”, y donde le dolía, le hicieron estudios, le hicieron tomografía, le hicieron su radiografía en el pie, en la columna, para ver por la caída. Es grande, tenían que ver, también, y examinarla bien. Así que bueno, la enyesaron, todo maravilloso (Liseth, mamá de Luis, nacida en Venezuela)

Desde la perspectiva de Libertad, profesional entrevistada que se desempeña en un Hospital Pediátrico, muchas familias migrantes vivenciarían 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, tienen 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).

Tres de las cinco personas entrevistadas también destacaron la posibilidad de acceder al CUD y las asignaciones familiares que otorga ANSES, más precisamente la Asignación por hijo o hija con discapacidad. Tanto Elmer como Zenón y John Mauro poseen dicho certificado único de discapacidad.

Vos llegás, haces tus cosas, haces el CUD, el gobierno te ayuda (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

De manera complementaria, en el marco de la presente investigación se realizó un pedido de información a la Agencia Nacional de Discapacidad como método para recolectar datos estadísticos en torno a NNyA que tuvieran CUD, especificando su nacionalidad, estatus migratorio, tipo de discapacidad, edad, género y provincia. Si bien hubo una respuesta favorable ante dicho pedido y fueron enviadas tablas con datos vinculados con la solicitud, la información no estaba desglosada de un modo tal que permitiera responder cabalmente a la indagación.

Tabla 13. Cantidad de niños, niñas y adolescentes con CUD, según nacionalidad, en el país (Argentina)

Nacionalidad	Cantidad	Porcentaje
Argentina	98.628	99,3
Venezuela	259	0,3
Paraguay	161	0,2
Bolivia	96	0,1
Perú	53	0,1
Estados Unidos	20	0
Colombia	16	0
Brasil	10	0
Chile	4	0
Ecuador	4	0
Rusia	4	0
Uruguay	4	0
Armenia	2	0
Antártida	1	0
Alemania	1	0
Rep. Dominicana	1	0
España	1	0
Reino Unido	1	0
Honduras	1	0
Haití	1	0
Italia	1	0
Corea del Sur	1	0
El Salvador	1	0
Total	99.271	100%

Fuente: Tabla elaborada a partir de la información suministrada por la Agencia Nacional de Discapacidad, a través del Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPcD). Fecha: Julio año 2022

Tabla 14. Cantidad de niños, niñas y adolescentes extranjeros con CUD, según estatus migratorio, en el país (Argentina)

Estatus migratorio	Cantidad	Porcentaje
Permanente	273	42,5
Temporaria	63	9,8
Precaria	8	1,2
Transitoria	3	0,5
Sin datos	296	46
Total	643	100%

Fuente: Tabla elaborada a partir de la información suministrada por la Agencia Nacional de Discapacidad, a través del Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPcD). Fecha: Julio año 2022

Nota aclaratoria enviada por dicha Agencia: Estatus migratorio. Tipo de residencia de la persona con discapacidad (para aquellos que son extranjeros).

- a. Residente permanente: todo extranjero que, con el propósito de establecerse definitivamente en el país, obtenga de la Dirección Nacional de Migraciones una admisión en tal carácter.
- b. Transitoria: Este tipo de residencia es para aquellos extranjeros que permanecen en el país por un corto período de tiempo, generalmente menos de 3 meses.
- c. Temporal: Este tipo de residencia es para aquellos extranjeros que permanecen en el país por un período prolongado.
- d. Precaria: La residencia precaria es la que se otorga mientras se tramita la residencia (temporal o permanente). Tiene una duración de 3 meses.

A partir de la información relevada, es posible destacar que si bien el 99,3% de las niñas, los niños y adolescentes que poseen CUD son de nacionalidad argentina, también hay personas nacidas en otros países que lo tienen: un 0,3% de ellas proviene de Venezuela, 0,2% de Paraguay, 0,1% de Bolivia y de Perú, siendo seguidos por Estados Unidos, Colombia y otros países.

Pese a que la gran mayoría de NNyA que poseen CUD ha nacido en el país, aquello no necesariamente significa que sean infancias y adolescencias que no participen en contextos migratorios. Algunas de ellas pueden formar parte de familias migrantes (como es, precisamente, el caso de John Mauro, Zenón y Elmer) aunque aquello no es posible de determinar en función de la información obtenida. Asimismo, los datos suministrados por la Agencia Nacional de Discapacidad permiten confirmar que no es necesario ser residente permanente para poder obtener el CUD. Sin embargo, el trámite para obtener dicho certificado puede verse demorado, ya sea por el pedido de nuevos estudios o evaluaciones en Argentina y por la falta de documentaciones del país de origen de las personas migrantes (Ortemberg, 2022)⁵.

II. Dimensión institucional

Se describieron algunas situaciones conflictivas en las valoraciones vinculadas con las experiencias a nivel institucional. Pese a ello, para algunas personas entrevistadas, las mismas fueron planteadas como “quejas” ante cuestiones que consideraban que debían funcionar de manera distinta y, para otras, las carencias o dificultades no fueron concebidas como problemas sino que aparecerían como cuestiones naturalizadas.

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

⁵ Paralelamente, a través del Decreto 7/2023 se redujo de 20 años a 10 el tiempo de residencia requerido en Argentina para recibir pensiones sociales por invalidez (para personas migrantes), así comenzando a incluir a las infancias migrantes con discapacidad. Anteriormente, por el requisito temporal, NNyA se encontraban excluidos de la posibilidad de incorporarse al sistema previsional, lo que impactaba en el derecho de acceder a la protección y seguridad social en iguales condiciones que aquellas personas nacidas en Argentina. Pese a la importancia de los avances en la reglamentación, aún perviven puntos a revisar en la agenda de derechos de las personas migrantes con discapacidad (CELS, 2023).

alternativas que resultan factibles para quienes conducen los tratamientos disciplinarios 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 (...) Pero ella quiere que yo hable con mi mujer o convencer a mi mujer: llevalo tal día. (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:

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)

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 las mismas acarrearán en términos de accesibilidad al derecho a la salud.

En la familia de Zury, su hermana Dulce había acudido a un tratamiento psicológico en un equipo de salud mental infanto-juvenil al año siguiente de haber arribado al país. En aquél entonces, durante algunos meses asistió a un Hospital General de Agudos en el noroeste de la ciudad. Al consultar respecto de cómo recuerdan dicha experiencia, Dulce narró que a ella la enojaba mucho el hecho de tener que llegar demorada a su escuela para acudir al turno asignado con su terapeuta.

A mí, la verdad me daba bronca porque yo llegaba tarde a la escuela (Dulce, 16 años, nacida en Perú)
Su mamá, sin embargo, no manifestó aquello como problemático ni planteó reparos frente a dicha experiencia expresada por su hija.

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)

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 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 destino y el no arancelamiento de hospitales y centros de salud públicos en Argentina. De esa manera, podrían vivenciarlo más como un acto de beneficencia o ayuda del cual resultan receptoras que como un derecho humano que el Estado debe garantizar. A su vez, esto permitiría preguntarse respecto a la obstaculización o no, del auto-reconocimiento de la población migrante como sujeto de derecho en el país de acogida, también considerando que durante décadas se la mantuvo en situaciones de irregularidad.

III. Dimensión micro

Las personas entrevistadas han manifestado sus apreciaciones respecto de las prácticas profesionales: plantearon su reconocimiento respecto de la atención recibida y los equipos profesionales que brindan tratamientos a sus hijos e hijas, indicando las importantes mejorías que han percibido 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)

Se ve que [el Centro de Rehabilitación] es buenísimo porque va mucha gente y atiende bien a los chicos, porque, pobrecitos, hay chicos... viste que están mal (Kabil, papá de Elmer, nacido en Paraguay)

También señalaron que el intercambio con aquellos equipos profesionales les han brindado herramientas importantes para la crianza de sus hijos, tanto en los talleres para madres y padres (como refirió Darinka) como en los espacios de entrevistas de orientación a la familia (como mencionó Daniela).

Por su parte, Beatriz comentó que las entrevistas que ella había mantenido con la psicóloga que había atendido a su hija en el Hospital le habían resultado de gran ayuda para ella 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:

[Cuenta que le exclamó a su esposo] la amo a la fono más que a vos (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

... 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.

Al consultarle cómo percibía que era la comunicación con los equipos de profesionales, Darinka 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. Frente a dicha exigencia, él le solicitó que se comunicara con su esposa.

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... Y a veces... llamo ahí y le digo "pero yo estoy trabajando, hablá con mi señora todo eso, vivimos juntos, dormimos juntos, comemos juntos"... fã... [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 ya que percibió que *“la dictadura a ustedes los dejó como muy... que no los culpo, los dejó muy sensibles con esto de obedecer, de seguir las reglas”*. 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 determina 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)

Daniela 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)

Aquella falta de consideración de las y los profesionales respecto a los modos de habitar el cuerpo, los maquillajes y estéticas de personas migrantes también fue retratada por dos situaciones descritas por Olivia, en su trabajo en el ámbito público con personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. 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.

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)

Dicha entrevistada también planteó la existencia de diversas situaciones cotidianas de falta de miramiento por las diferencias culturales que se reproducen incluso dentro de las instituciones destinadas al abordaje de personas refugiadas, migrantes y solicitantes de asilo. Relató una escena en la que una empleada de la institución que estaba realizando una suplencia de otra compañera, insistió numerosas ocasiones a una madre que provenía de Bolivia con su bebé para que lo desabrigara e incluso terminó quitándole ella misma el gorro y los guantes al hijo de dicha mujer.

Nos pasa a todos, siempre hay algo que nos suena raro, nos parece loco. Hay un trabajo que hacer en el hablar constantemente con el otro, que implica tener la flexibilidad de saber que el otro piensa, hace y lee la realidad distinta (Informante Clave, Olivia)

Olivia intervino señalando a la trabajadora que la experimentación del frío o las maneras de abrigar también son culturales y que es necesario respetar esos modos, a menos que aquello represente un verdadero riesgo para el niño. También le planteó que era importante encontrar otras formas de comunicación posibles.

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 las importantes diferencias entre la sociedad de origen y la de destino en relación a la connotación social y cultural de los malestares o problemáticas vinculadas con la salud mental, dando cuenta de cómo se ha construido el discurso en torno a ellas.

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. Además, 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.

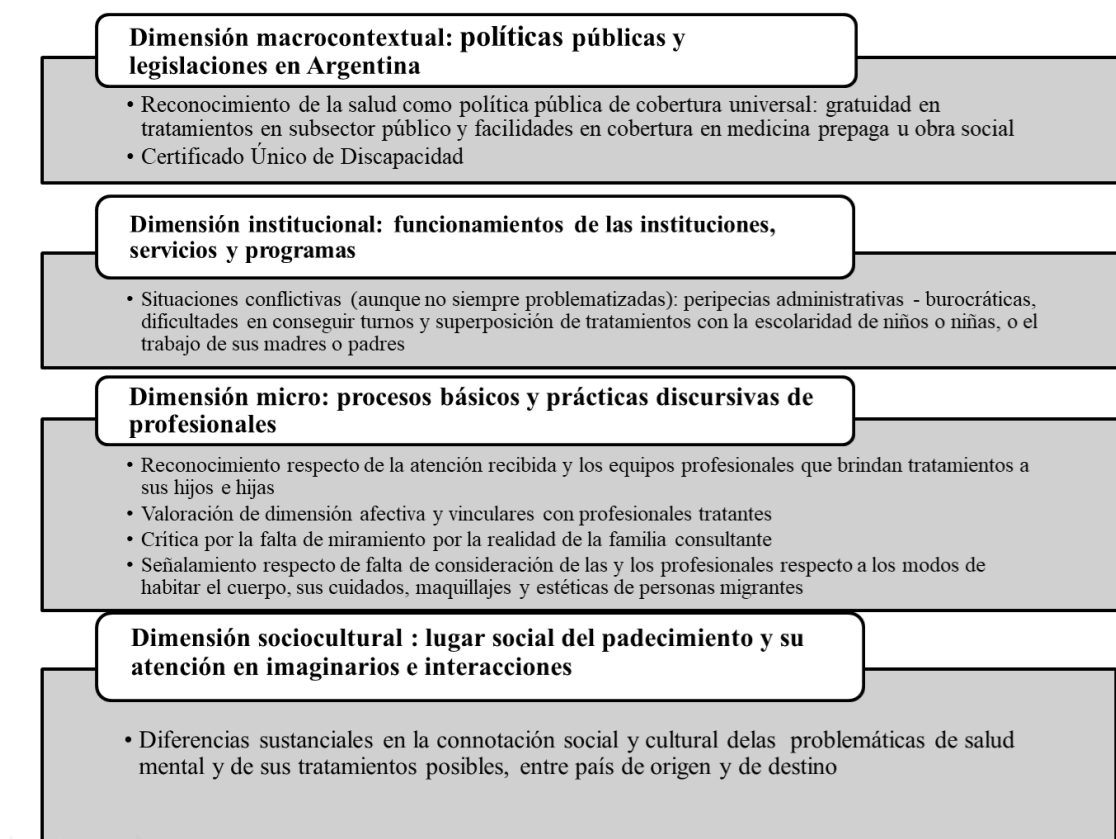
Explicó que ante la misma situación que le aconteció a su hijo, la familia de su marido (que es de origen argentino) plantearía "*bueno, déjalo, pobre, dale su tiempo*" pero en su país de origen "*sería: ´dale duro´*". "Dale duro" y "dale tiempo" aparecen como dos respuestas frente a un mismo malestar.

Planteó que el modo en el que "*aquí*" se trata la cuestión de la salud mental, sin tanto estigma como en otros países, modifica enormemente el modo en el que las familias pueden acompañar y lidiar con dichas situaciones: "*Eso creo que cambia mucho... te quita un estrés menos, ¿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 y que "*allá en Paraguay siempre hay mafias, hace veinte, veinticinco años atrás, eran más jodidos. Te iba a pasar algo, allá te podés morir tranquilamente*".

Figura 4. 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



Fuente: Figura de elaboración propia

Consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención en salud mental

*“Todas las divisiones son mentira
salvo la que divide los cuerpos en dos
grupos incomprensibles entre sí.
Aquellos que se han roto y los que no.
Los rotos no pedimos demasiado:
que se nos quiera, sí,
que los que no han vivido la fractura
tengan paciencia
si mascullamos viendo las noticias
o hacemos el amor
con un poco de miedo (...)”*
Ben Clark, 2018

A partir de las vivencias de las madres y padres de infancias en contextos migratorios que hubieran consultado en el sistema de salud mental, se desplegaron sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención en salud mental.

Sus planteos aluden a dos dimensiones elaboradas *ex post* que, pese a ser indisolubles entre sí, pueden ser diferenciadas analíticamente:

I. Relación terapéutica y respeto por el semejante

II. Reconocimientos, conocimientos y la potencia de las preguntas

A continuación, se desarrollan ambas dimensiones.

I. Relación terapéutica y respeto por el semejante

Una de las entrevistadas planteó que para que se implementara un enfoque intercultural en la atención, era fundamental que las y los profesionales evitaran realizar comentarios estigmatizantes o burlas en función del país de origen de las personas migrantes. Esta práctica, según refirió, sería habitual no solo en la sociedad argentina sino también en las y los trabajadores del sistema de salud, lo que generaría una sensación de ofensa en la población migrante.

El chiste siempre es el mismo, del narcotráfico, la merca, la coca. "Pregúntale al Colo, que el Colo sabe dónde se vende esa misma merca" (...) Entonces, creo que el dejar de ofender me parece muy importante. Sí es fácil no ofender al otro... ni todos los brasileros son felices, ni todos los colombianos somos narcotraficantes, ni todos los venezolanos son pobres (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

Al formular dicha sugerencia, Daniela evocó recuerdos de una experiencia que había atravesado al ser atendida por un ecografista a través de su prepaga en Argentina. En el transcurso de la práctica médica –en la cual Daniela estaba semidesnuda– el especialista desplegó comentarios asumiendo que ella, al igual que sus connacionales, habría arribado al país con el dinero recabado a partir del ejercicio del narcotráfico. Cuando ella logró reincorporarse y mencionar que lo reportaría a las autoridades del centro de salud por sus ofensas, el médico se disculpó refiriendo que se trataba de una broma.

Me dice: "¿y de dónde sos vos?", y yo le dije: "yo soy colombiana", y me dice: "ah, muy bien, ¿te viniste con toda la guita que hiciste vendiendo coca?" Me dijo. Y yo [risa nerviosa], tenía la panza al aire, con el coso dentro [se refiere al transductor], y yo [risa nerviosa]... Entonces, yo lo miré y le dije: "¿perdón?", y me dice: "no, viven acá como reyes con la plata del narcotráfico que hiciste, ja, ja, ja" pero estaba yo con los pantalones abajo (...) Entonces en seguida me cambió la cara, no le dije nada, me estaba vistiendo. Y le dije: "¿sabe qué?, lo voy a reportar con Swiss Medical, yo tengo su nombre, y me parece que usted está muy mayor para hacer ese tipo de chistes, de bromas". Y el tipo se queda: "ay, no discúlpame, era una broma, por favor, no te pongas así" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

Por otra parte, la estigmatización también puede plasmarse a través de preguntas, no solamente de comentarios jocosos. Una de las informantes clave (Bárbara, psicóloga, nacida en Venezuela) propuso la importancia de la evitación de interrogantes inconducentes, surgidos por mera curiosidad. Narró que, en situaciones, las mismas podrían plantearse incluso de manera inocente por quienes las emiten pero que

tendrían el potencial de generar un intenso dolor al impactar sobre heridas de las personas migrantes que aún no han cicatrizado.

Te lo preguntan 50 veces al día en todos los espacios. Y yo creo que en el fondo es algo hospitalario, la gente trata de evocar algo y lo que tiene es lo que vio en televisión. Y es tristísimo, o qué se yo, por ejemplo, no sé en una época era el “¿se está muriendo de hambre tu familia?” (...) Eso está todo el tiempo dándote en la lla, sobre todo porque es una pregunta superficial, una curiosidad, pasar el tiempo. Ocurre todo el tiempo, incluso en espacios de salud o en espacios de atención comunes. Yo creo que es algo que se debería evitar (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

En ese sentido, advirtió la importancia de preguntar estrictamente lo pertinente en función del vínculo que se establezca con las personas migrantes. En caso contrario, sugirió abstenerse de comentarios banales y objetualizantes respecto a los orígenes o el contexto en los países de origen. Si bien en algunos casos, dichas alusiones no tendrían tonos ofensivos, el efecto repetitivo conduciría a un desgaste en las personas migrantes.

Evitar hablar de cosas que no se refieren a lo que vas a hacer, a menos que puedas hacer algo con eso. Es decir, si yo estoy en un espacio donde la persona me puede ofrecer otras redes está buenísimo que la persona me pregunte si yo comí o no por la crisis de Venezuela, pero si estoy sacando la licencia de conducir, ¿para qué me vas a hacer esa pregunta, por más tonta que parezca? Piensa que esa pregunta que viste en Canal 9 seguramente me la hayan hecho 20 veces ese día (...) Entonces yo creo que guardar un silencio respetuoso... no tienes que decir nada... puede ser mucho más potente que dar una opinión o preguntar algo, no sé, de más. Sobre todo cuando realmente no te importa (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

También sugirió “*monitorear sus creencias frente al tema de la migración y de la población que tienen en frente*”. Esto implicaría evitar la propia ignorancia respecto de los estereotipos o prejuicios que las y los profesionales tienen respecto de las personas migrantes con quienes trabajan e, incluso, enunciarlo.

El clásico estereotipo de la migración venezolana del millonario, o el boliviano pobre, los estereotipos, prejuicios... y si puede, enunciarlos, incluso (...) Yo creo que la sensación de normalizar ese estereotipo, ponerlo sobre la mesa, en lugar de ignorarlo y pretender que eres igual (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

Asimismo, otra consideración transmitida por Darinka para el trabajo de equipos de salud con población migrante se vinculó con el pedido de tener paciencia hacia las personas provenientes de otros países; la misma también se plasmaría en la solicitud de comprensión de las diferencias existentes y de explicaciones claras respecto a las indicaciones profesionales solicitadas.

Que tengan paciencia, que tengan comprensión... porque no somos iguales... a los que estamos migrando tenés que repetirle dos veces en los posible para que te entiendan... repetir algunas veces porque la gente no entiende... tenés que decir dos veces, tres veces (Darinka, mamá de Zenón, nacida en Bolivia)

Dicho pedido fue congruente con el de Daniela, quien planteó la importancia de tener mayor paciencia con las personas que provienen de otros países y hacerles sentir que son personas bienvenidas en el nuevo contexto:

Pero hay que tenerle un poquito... una doble de paciencia (...) Y sientes que los demás no te tienen paciencia, porque es así, y punto, así es como se vive acá, "devuélvete a tu país". Me parece que es importante que el niño sepa que va a ser bienvenido en cualquier lado (...) Habiendo sido una niña migrante, me hubiera gustado que me tuvieran más paciencia (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

Beatriz utilizó el mismo significante, paciencia, al consultarle respecto a qué le recomendaría a profesionales de la salud mental en hospitales y centros de salud.

No sé, deberían tener paciencia (...) Paciencia para atender, para escucharle porque algunos se cansan y dicen: "ya está, chau" Algunos te hablan, te aconsejan, otros no (Beatriz, mamá de Zury, nacida en Perú)

Beatriz también hizo alusión a la importancia del tiempo brindado para el encuentro psicoterapéutico y a la necesidad de una modalidad activa de contención y orientación. Esto implicaría la evitación de la despersonalización en el vínculo entre consultante – profesional, en el cual se provoca la evanescencia de la singularidad de la otra persona.

II. Reconocimientos, conocimientos y la potencia de las preguntas

Por un lado, emergió la propuesta de otorgarle centralidad al reconocimiento de la diversidad existente entre personas que incluso nacieron en el mismo país e interesarse por comprender la pertenencia étnica e historia de la familia que consulta, sin rápidamente hacer presuposiciones en función del país de origen de las personas.

Es que tampoco [los profesionales de salud mental] saben mi background. Yo me crié en Ecuador, viví en Colombia, viví en Estados Unidos. Yo no soy 100% pura colombiana (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

Daniela también señaló advertir que del mismo modo en el cual puede haber una heterogeneidad de experiencias en el allí (país extranjero), también hay una falta de univocidad en el aquí. Aquello implica vislumbrar y reconocer la necesidad de explicitar las alusiones en relación al "aquí", lo que descompletaría la idea de una única referencia posible.

"Porque aquí", me dice el colegio. Entonces, una vez, le dije a Karina, la psico: "¿aquí qué?, ¿aquí en el [nombre de la escuela a la que asiste John Mauro], ¿aquí en el país?, ¿aquí qué?" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia).

En esa misma línea, surgió el planteo respecto de la importancia de adquirir conocimientos sobre la situación de aquellos países de donde provienen las personas que consultan para, así, aproximarse a los motivos posibles de las migraciones y las coyunturas de las mismas.

Si estás en un espacio donde concurren muchas personas migrantes, estar informado sobre lo que ocurrió y ocurre en ese país, entender un poco por qué hay tantas personas de ese país que vienen a este país (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

Se hizo referencia a la relevancia de conocer los tiempos de la migración de los niños y las niñas, destacándose las diferencias que pueden emerger en función del tiempo transcurrido desde la llegada al

país. Esto permitiría advertir la posibilidad de su integración a la nueva sociedad así como la adopción de preferencias y pertenencias vinculadas al país de acogida.

Yo creo que es muy importante preguntarle que hace cuánto está. Porque por más que su mamá sea colombiana, y su papá sea peruano, si lleva 10 años acá, el niño es completamente argentino. Sus comidas, sus amigos, sus gustos. Tal vez, de vez en cuando, se coma un ceviche, y se tome un jugo colombiano, pero es muy importante saber un poquito del background del niño, hace cuánto está acá, si el niño está recién llegado... (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia)

Asimismo, Daniela propuso *“no dar nada por sentado con un niño migrante”* y Bárbara revalorizó las preguntas que tienen potencia desnaturalizadora para las propias personas migrantes al narrar su historia y aquello que pudo haberse tornado opaco para sí mismas.

Dentro del área de salud mental hay una cosa de lo natural, cuando yo te digo “boleto” y que tú me preguntas qué es, y que yo tengo que explicarte qué es, eso puede ser una forma de volver a pensar en algo que yo naturalicé (...) A veces la pregunta puede ser profundamente terapéutica, porque hay cosas que eran súper normales para ti y ves la extrañeza en el otro (...) Y creo que cuando el profesional hace un esfuerzo por “lo entiendo todo” se pierde un poco esa riqueza, la verdad es que no te está entendiendo nada (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

Complementariamente, dicha informante clave 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 de la consultante.

Yo siento que ella [la psicóloga] no entendía lo que yo le estaba diciendo. Por ejemplo, el común venezolano es de familia extendida matricentrado. 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. (...) El problema es un problema de todos. Y sobre todo en crisis (...) 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 objetivos terapéuticos de las y los profesionales, pudiendo anteponer su a priori conceptual frente al contenido que planteaban las personas consultantes.

Del mismo modo, 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. Planteó que al narrar sus sensaciones de angustia y temor al encontrarse en Argentina con el Programa Precios Cuidados –lo que, a ella, le recordaba a los inicios de la situación de crisis en Venezuela con la implementación del control estatal de

precios—, su psicóloga en vez de dar lugar a dichas reviviscencias y poner en relación con la historia previa de la consultante, justificaba, desde su posicionamiento ideológico – político, la existencia de dicho programa.

Yo quería que [la psicóloga que me recomendaran] fuese venezolana, que fuese extranjera de cualquier nacionalidad o que fuese una persona mayor (...) Pero terminé con argentinos, era un desencuentro. Me imagino que también le pasa a la gente acá, pero ¿cómo es que no se entiende que no es un tema de si me gustan o no los precios cuidados? Entonces yo llego y puto por los precios regulados (...) y del otro lado me devuelven lo importante de los precios cuidados porque más gente puede acceder a eso. Está bien, yo eso lo entiendo y me parece bien, yo consumo precios cuidados, pero no puedo dejar de recordar... claro, después de mucho tiempo acá te das cuenta de que Argentina no es Venezuela y no lo va a ser, pero cuando lo veía al principio pensaba: ‘así comenzó todo’, es como volver al momento y ya con la experiencia vivida te da una ansiedad y una angustia que te querés ir corriendo (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

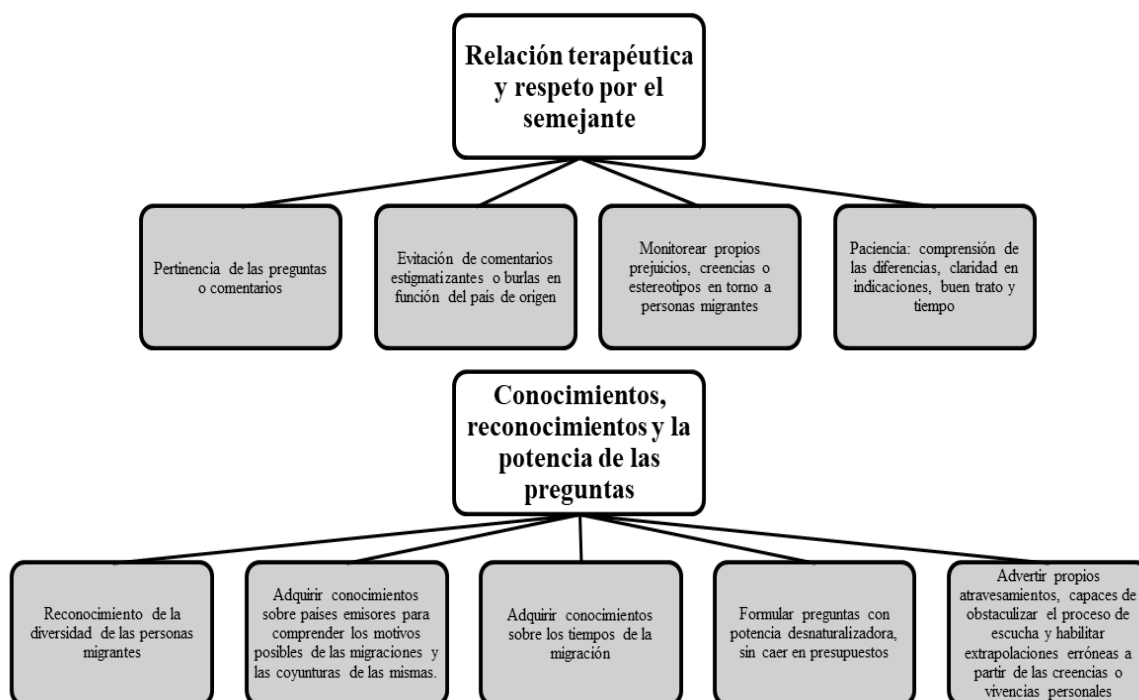
Bárbara hizo alusión a los modos singulares en los que dichas políticas podían encarnarse en vivencias y padecimientos singulares, seguramente desconocidos e inadvertidos para terapeutas argentinos o argentinos. Narró que con la llegada de la escasez y la hambruna entre 2016/ 2017, su abuela sufrió por ya no poder acceder a la compra de dulce de mamón, que era una comida típica que cocinaba para Semana Santa. También comenzó a aislarse y perder el vínculo que sostenía con sus tres mejores amigas, quienes solían visitarla a su hogar de manera frecuente, dado que ya no podía ofrecerles e invitarlas a tomar aquello que le gustaba a cada una: una de ellas tomaba café, la otra té y la última whisky, bienes que ya no podía comprar.

Lo que más lamentaba mi abuela... mi abuela tiene 3 amigas, una que toma café, una que toma té y otra que toma whisky. Ella evitó que sus amigas volvieran porque no había para comprar (...) Y eso tiene que ver con dejar de vincularse con otros, dejar de vivir tus rituales o tus fiestas. El mamón, al que Uds. llaman papaya, había pero con unos costos muy elevados. Podías tener el dinero pero no para invertirlo en eso. Se convirtió en un problema (...) Entonces yo llego y puto por los precios regulados, cuento lo de mi abuela, lo importante que es el café, el whisky, y del otro lado me devuelven lo importante de los precios cuidados porque más gente puede acceder a eso (Informante clave Bárbara, nacida en Venezuela).

Aquella situación narrada por Bárbara se constituiría en una invitación a la apertura epistemológica hacia el reconocimiento del padecimiento subjetivo en su verdadera complejidad: es posible sufrir por lo que la falta de mamón o té puede implicar en determinado contexto y biografía personal. Si bien aquello no figuraría en los manuales clasificatorios, es necesario no caer en un borramiento de la subjetividad de quien sufre.

De manera similar, también refirió la necesidad de evitar “bajadas de línea” ideológicas y políticas en los espacios terapéuticos, intentando vislumbrar que cada país ha tenido su propia contienda entre la “derecha” y la “izquierda”, así como los estragos que aquello pudo haber ocasionado. De ese modo, expresó la necesidad de no realizar extrapolaciones, tomando como parámetro la historia singular de la Argentina para declarar verdugos o héroes a personajes de otros países de la región.

Figura 5. Planteos para la construcción de una atención respetuosa con las costumbres culturales y sanitarias, lenguaje y creencias en personas en contextos migratorios



Fuente: Figura de elaboración propia

Discusión de los resultados

*“Con la hospitalidad se trata de lo mismo, ella es hostilidad y hospitalidad a la vez;
Al mismo tiempo fronteras, muros, leyes erigidas cuidadosamente por el anfitrión/soberano, y cuerpos, sujetos,
herencias, derechos performando la identidad y el nos-otros.
El extranjero como una figura o arcano sacrificial permite figurar un límite que no preexiste”*
Ana Paula Penchaszadeh (en González, 2016: 76)

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. Esto permitiría vislumbrar la importancia que tienen las políticas sociales en las vidas concretas de las personas migrantes, pudiendo facilitar su inclusión en el país de destino.

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.

El CUD se trata de un documento público, cuya tramitación es gratuita y voluntaria. Para obtenerlo, es preciso que una Junta Evaluadora Interdisciplinaria determine la existencia de alguna discapacidad física, sensorial, mental o intelectual que conlleva desventajas para la integración familiar y social de la persona que lo solicita. El mismo permite ejercer derechos y acceder a las prestaciones que fueron previstas en la Ley Nacional 22431 y Ley Nacional 24901. Habilita a una cobertura del 100% en aquellas prestaciones (tratamientos, medicamentos, equipamientos) que fueron solicitadas en relación a dicho certificado, traslados en transporte público terrestre de manera gratuita, el símbolo internacional de acceso que permite un libre estacionamiento en lugares permitidos, asignaciones familiares que incluyen la asignación familiar y la ayuda escolar anual por hijo con discapacidad y exención de algunos impuestos o peajes –entre otros–. Para el acceso al CUD, además de la presentación de diversa documentación, es necesario presentar original y fotocopia del DNI o del Certificado de Residencia Precaria vigente. En los plazos en los que este último tenga su vencimiento, también lo hará el CUD (Agencia Nacional de Discapacidad, 2022).

Pese a que dicho certificado deviene en una vía que habilita el acceso a distintas prestaciones dispuestas por la Ley 24.901 –y que, incluso, los equipos profesionales advierten a las familias de sus pacientes que el mismo representa una formalidad que responde a necesidades administrativas–, también puede generar implicancias en la constitución subjetiva de las infancias y en los modos en los que las personas adultas que se encargan de su crianza pueden vincularse con ellas. Las apreciaciones que las personas migrantes entrevistadas pronunciaron en torno al CUD permitiría ubicar las tensiones intrínsecas a dicho certificado: por un lado, habilita la posibilidad de resolver las necesidades de sus hijos e hijas y de otorgar “beneficios” –que podrían advenir en un lugar reparatorio frente a condicionamientos y restricciones– a través del mismo y, por el otro, puede tener un potencial de arrasamiento al producir marcas vinculadas con procesos de medicalización y patologización (Prado, 2023).

Tal como se mencionó, Argentina posee una cobertura universal y gratuita en torno a la salud (así como a la educación) y, además, un marco normativo de avanzada en torno a los derechos de las personas migrantes. La valoración positiva en torno a la existencia de políticas sociales en el país, permite avizorar la potencia de una regulación migratoria que promueve la inclusión y el acceso a derechos.

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 CUD y el acceso gratuito a la salud alcanza a las familias migrantes, a diferencia de lo que acontece en otros países de la región.

En torno a la respuesta de la Agencia Nacional de Discapacidad ante el pedido de información, si bien la misma ha sido oportuna y relevante, es posible dilucidar que aún no está disponible la posibilidad de entrecruzar los desgloses de las categorías consultadas. Esto repercute en la calidad del análisis de los datos obtenidos y en los alcances que el mismo habilitaría.

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).

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. Dicha tensión podría vincularse con dos aristas particulares.

Una de ellas sería la comparación entre la atención recibida en el sector formal de salud en Argentina respecto de aquella que consideran que obtendrían en sus países de origen. Idoyaga Molina (2003) plantea que si bien las personas migrantes pueden ejercer críticas en relación a los servicios de salud en el nuevo contexto –en relación a 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.

La otra arista se vincula con la posibilidad de percibir que el ejercicio de la salud es un derecho y no un acto de beneficencia o caridad (Stolkiner, 2004). 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.

La posibilidad de construcción de ciudadanía de una persona extranjera es compleja y articula distintos niveles que la impiden o la tornan viable: uno de ellos alude al propio entendimiento de ser sujeto de derechos (Pereyra, 2005), lo que deviene central para poder exigir su cumplimiento. 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 en relación a las barreras simbólicas y culturales a la accesibilidad de este sector a los servicios de salud.

En otro orden, emergió en el discurso de Darinka la alusión a la necesidad de hacer extensas filas a la madrugada para conseguir turnos en los efectores del subsector público de salud, dado que los mismos se otorgarían hasta completar los cupos asignados. Esto no fue aludido por Daniela –en relación a 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 cotidianeidad 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; Siciliani, 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).

En relación a 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.

En torno a la dimensión micro, se destacó el reconocimiento de madres y padres a las o los profesionales tratantes, tanto por las mejorías que divisaron en sus hijos como por las herramientas teórico-prácticas que les han brindado en los talleres o entrevistas. También se hizo alusión a los aspectos afectivos que se establecieron con reciprocidad entre ellas y las especialistas que habrían atendido a sus niños, especialmente en las narrativas de Daniela, Darinka y Beatriz.

Se identifica 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.

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 ex-centricidad.

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 a 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 descritas 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 lingüístico 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). Un ejemplo de ello sería lo acontecido con el significante “obediencia” o “Precios justos”, tal como narraron Daniela y Bárbara.

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 que 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.

En lo relativo a la dimensión sociocultural, en las entrevistas se destacaron las importantes diferencias entre la sociedad de origen y la de destino en relación a la connotación social y cultural de los malestares o problemáticas vinculadas con la salud mental, dando cuenta de cómo se ha construido el discurso en torno a ellas.

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, plantearía que el malestar es construido en vinculación con los discursos profesionales (Moreno-Altamirano, 2007).

Tal como se desarrolló en el análisis del objetivo específico número 1 de esta investigación, se destaca una marcada pregnancia del discurso 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 las 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.

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.

En relación a las consideraciones de las personas migrantes entrevistadas para la implementación de un enfoque intercultural en la atención en salud mental, se destaca la centralidad que se le otorga a la noción de respeto en la relación terapéutica. Galende (2015) la define como aquel vínculo asimétrico entre quien demanda cuidados y quien los brinda; esta última persona debiera asumir el respeto hacia la otra como partícipe en igualdad de condiciones respecto a su palabra y condición subjetiva. Sería necesario considerar a la otra persona como dotada de razón, autonomía y voluntad. A la vez, la base ética en salud mental estaría dada por comprender que dicha asimetría se daría entre sujetos semejantes, pese a que habría una diferente posición entre ellos en lo relativo a la responsabilidad.

Cuando las personas migrantes relatan situaciones que han atravesado en el sistema de salud en las que se enfrentaron a burlas o comentarios peyorativos en relación a su nacionalidad, la dimensión del respeto aparecería flagrantemente adulterada. Estas murmuraciones de las “malas lenguas” propagan descalificaciones y daños: clasifican, desprecian, hieren a quienes buscan atención (Percia, 2020). Asimismo, cuando se multiplican las preguntas banales, curiosas e inconducentes en torno a las situaciones de sus países de origen, podría caerse en una objetualización de la otra persona a la que se le ocasionaría zozobra por el solo motivo de mantener una conversación casual. Al respecto, Percia (2020) recupera el dicho popular de “morderse la lengua” como expresión que concierne a un cuidado en espacios de salud que se autoimpone la detención. Pausa para interrogarse si es preferible decir, preguntar, hacer o es conveniente no hacerlo: disuadir el dar rienda suelta a la propia lengua si es que la misma avasallará o impondrá direcciones morales a la otra persona. De ese modo, algunas abstenciones podrían devenir como modos de cuidar que practicarían el profundo estar ahí sin apuros, preguntas o pedidos, pero a la espera de lo incierto que pueda advenir. Con el mismo horizonte, los cuidados no debieran “tirar de la lengua” de las personas ni sacarles palabras o confesiones por la fuerza (incluso la persuasiva): por el contrario, los cuidados se vincularían con la posibilidad de estar disponibles en aquellas instancias en las que las lenguas –muchas veces, con llagas y dolor– se sueltan a hablar.

Las personas entrevistadas también plantean la importancia de la confrontación de las y los profesionales en torno a los propios estereotipos respecto a las personas migrantes con quienes trabajan, es decir, evitar sostener la propia ignorancia respecto de los prejuicios encarnados en cada quien. Respecto de lo antes mencionado, se recuperan los aportes de Ulloa (2012) respecto de los saberes crueles. Los mismos pueden surgir –y, tal como se manifiesta en las entrevistas, efectivamente lo hacen– cuando aparece algo que sacude aquello establecido o normalizado para quien ejecuta dicha crueldad. No solamente se discrimina al portador de la diferencia o de la pauta cultural distinta, sino que también se le muestra fastidio u odio, suprimiendo su condición de prójimo. Contrariamente, existen también otros saberes que cuentan con la curiosidad como motor: estos son capaces de evitar la tentación de rellenar, colonizar y conquistar lo radicalmente distinto con lo ya conocido previamente. Así, se erigen contra los saberes canallas e ignorantes que procuran *“saber toda la verdad sobre la verdad y discrimina todo otro saber que no coincida con el suyo”* (Ulloa, 2012: 113).

Si la ética implica el reconocimiento del semejante y su dignidad –o, en términos de Skliar (2017), poder ser tratado con *cualquieridad*, como si fuera cualquier persona y no como mero ser vulnerable o desviado–, las hostilidades dirigidas contra quienes buscan asistencia en salud conllevarían a dañar vínculos que podrían producir cuidados.

En otro orden, es llamativa la insistencia en la alusión a la palabra “paciencia” por parte de las personas entrevistadas. Etimológicamente, proviene del latín *pati* que significa sufrir; *patiens* sería su participio que, al traducirse al castellano, derivó en “paciente” (cualidad del que sufre). En ese sentido, resulta paradójico que sean las y los “pacientes” quienes les pidan a los equipos profesionales que sean “pacientes” con ellas y ellos. Se generaría un desplazamiento de aquella cualidad, al no aludir plenamente a la figura de “consultante” (paciente que espera) sino a la de quien ocupa el rol profesional (que, usualmente, es esperado por aquellas personas que recurren a su atención). Aquello no es un mero juego de palabras sino que evoca la necesidad de problematizar las esperas: las mismas se asocian con relaciones de poder y se tratan de experiencias contingentes de carácter social. En las escenas de espera hay normas sociales implícitas e internalizadas que estructuran las interacciones y, que pese a no estar siempre intencionalmente dirigidas a producir efectos de dominación, aún los pueden generar sin proponérselo. La espera como relación social implica, al menos, a dos sujetos: quien espera y quien (se) hace esperar (en tanto acto o poder potencial) (Palombo y Pecheny, 2017) Así, solicitar a las y los especialistas que sean “pacientes” se constituiría en una invitación a dinamizar posiciones rígidas de poder.

A su vez, al plantear la importancia de hacer sentir que aquellas personas recién llegadas son bienvenidas en el nuevo contexto, se introduciría la noción de hospitalidad. En ese sentido, Derrida (2006) plantea las tensiones constantes entre la hospitalidad condicional y la incondicional. La primera aludiría a una lógica de invitación del anfitrión que filtra, regula y controla la llegada del otro; en cambio la incondicional se relaciona con aquello incalculable, con la visitación de un otro más allá de todo cálculo y a quien se recibe más allá de todo saber. Esta entrada sería un acontecimiento: no se trata de pensar si es posible o no recibirla sino de advertir cómo acontece y cómo su llegada modifica las condiciones. También alude a la dimensión de la hostilidad o violencia presente en aquél vínculo: la “hostipitalidad”. La dimensión ética debiera estar guiada por el intento de un vínculo no destructivo hacia el otro (Penchaszadeh, 2017).

Otra categoría que emergió en el planteo de las personas entrevistadas es aquella vinculada con los conocimientos de los países de origen de las personas migrantes, el reconocimiento de las diferencias existentes (en el allí y en el aquí) y la potencia de las preguntas como modos de conmover falsos instituidos. La posibilidad de que los equipos tratantes conocieran algunas coordenadas respecto de las situaciones sociopolíticas y económicas de los países desde los cuales provienen las y los migrantes conllevaría recuperar una doble mirada hacia la migración que también implique al origen (y no solamente al destino). En ese sentido, Sayad (2010) sostiene que si se desconociera las condiciones de origen de quienes migran – como si su existencia realmente se iniciara al cruzar la frontera e ingresar al país de destino, siendo solamente un inmigrante y no también un emigrado– se tendría una visión tanto etnocéntrica como imparcial del fenómeno migratorio.

De manera complementaria, en las entrevistas también se planteó la importancia de evitar presuposiciones en relación al origen. Aquello implicaría una mirada no esencialista que, por un lado, no homogenice a todas las personas en función de su nacionalidad y, por otro, vislumbre que Argentina, y quienes habitan en ella, tampoco son idénticos entre sí. El reconocimiento de las diferencias –tanto en las personas recién llegadas como en las autóctonas– permitiría atomizar la ilusión de uniformidad en el interior de cada país y visibilizar la existencia de distintas configuraciones culturales que operan, a su vez, en diferentes escalas (Grimson, 2014).

Respecto a lo manifestado por una entrevistada al narrar que en su espacio terapéutico no se había explorado la construcción de la noción de familia en su lugar de origen –y que, así, se extrapolarían categorías analíticas descontextualizadas que terminarían patologizando sus modos de vinculación–, sería dable recuperar los aportes de Bleichmar (1993, 2009) para distinguir conceptualmente la noción de constitución del psiquismo –vinculada con variables que trascienden ciertos modelos históricos y sociales– del concepto de producción de subjetividad; esta última alude a la constitución de la singularidad humana en el entrecruzamiento entre los universales necesarios y las relaciones particulares. Se encuentra más ligada la construcción social del sujeto y se articula con las condiciones en las que el mismo se inscribe espacial y temporalmente. Mientras que las reglas del funcionamiento psíquico suelen conservarse a través de la historia, la subjetividad se encuentra atravesada por aquellos modos de representación por los cuales las sociedades definen aquello necesario para conformar sujetos aptos que puedan desplegarse en su interior. En ese sentido, entrarían en tensión aquellas cuestiones que se consideran universalizables e invariantes de aquellas otras que son contingentes y cuya generalización podría devenir en una falacia. El desarrollo de Menéndez (2000) respecto de que impera un uso limitativo de lo cultural que se concentra en determinados actores y espacios, excluyendo a otros, bregaría por invitar a que las y los profesionales también consideren sus propios atravesamientos por los factores culturales.

También se señaló la importancia del ejercicio de reflexividad por parte de las y los profesionales: en relación a sus posibles prejuicios xenófobos, a sus modos de (pre)suponer los modos de subjetivación de otras personas y de cómo debieran atravesar situaciones de padecimiento, también respecto a los modos en los que sus posicionamientos políticos se infiltran en la escena analítica y se extrapolan. En ese sentido, el saber psi podría ocupar un lugar privilegiado para comprender la implicación de las personas trabajadoras o investigadoras, vislumbrando que sus propias posiciones (tanto políticas, morales como afectivas) pueden tornarse en obstáculos epistemológicos (Llobet, 2019).

Esto sería congruente con lo planteado por Galende (2015) al referir la centralidad de la inclusión de la dimensión de la subjetividad tanto en el objeto como en el sujeto de conocimiento en el marco de una

relación intersubjetiva. Si no se consideraran las categorías de las personas usuarias de los servicios de salud y se interpretaran los fenómenos por ellas descritas en función de las categorías de pensamiento de la cultura del o de la profesional tratante, podrían recaer en el ejercicio de prácticas etnocéntricas (Grimson, 2020).

Asimismo, el planteo de que los equipos tratantes debieran conocer los tiempos de la migración de los niños y las niñas introduce la noción de que la condición migratoria también debiera acompañarse de la contemplación de otras dimensiones de la diversidad. En este caso, la entrevistada señala la variable del “tiempo de llegada al nuevo país” la que, sin dudas, genera efectos concretos en las infancias en contextos migratorios y sus familias, ya sea en la posibilidad de acceder a la regularización de su condición migratoria como en la adquisición de nuevos códigos lingüísticos, armado de redes, entre otras cuestiones. Diversos estudios han referido que es necesario considerar las distintas etapas del proceso migratorio, las que implican desafíos y vulnerabilidades específicas (Drachman, 1992; Kirmayer et al., 2011).

Recapitulación

Para responder al segundo objetivo específico, se apeló al material provisto por entrevistas a cuatro madres y un padre migrante, a informantes clave y un pedido de información pública solicitado a la Agencia Nacional de Discapacidad.

Se identificaron y agruparon las valoraciones respecto de las experiencias atravesadas en el intento de aliviar el sufrimiento psíquico de sus hijos e hijas. En cada una de las cuatro dimensiones (elaboradas *ex post*) se expresaba otro nivel de análisis de dichas apreciaciones. A partir de la Figura 4 se sintetizan los resultados arribados. Los mismos aluden, en primera instancia, al reconocimiento unívoco de las personas migrantes entrevistadas a la salud como política pública de cobertura universal en Argentina y a la posibilidad de que hijos pudieran acceder al CUD. Las políticas sociales generan efectos concretos en las vidas cotidianas de las familias migrantes, facilitando su inclusión en el país de destino y también condicionando sus elecciones en relación al modelo de atención a los padecimientos.

Dentro de la dimensión institucional, se señalaron algunas situaciones conflictivas en torno al conseguir turnos en el subsistema público, a la superposición de los tratamientos con el horario escolar de las niñas y los niños o con el horario de trabajo de las personas cuidadoras u otras peripecias burocrático – administrativas. Pese a ello, aquellas cuestiones no fueron problematizadas o percibidas de manera distónica por todas las personas entrevistadas.

En la dimensión que atañe a las prácticas profesionales en salud mental, se destacó la valoración positiva de la dimensión afectiva y vincular sostenida con diferentes profesionales, además de su dominio técnico. Paralelamente, en algunas entrevistas se señaló la falta de miramiento respecto de la realidad atravesada por

las familias consultantes y la ausencia de consideración respecto de sus modos de habitar el cuerpo, sus estéticas y vínculos de cuidado. Por último, emergieron diferencias sustanciales halladas entre el país de origen y de destino de aquellas familias en torno a la connotación social y cultural de las problemáticas en salud mental y de sus tratamientos posibles.

También se identificaron los planteos expresados por las personas migrantes entrevistadas para la implementación de una atención en salud mental desde un enfoque intercultural. Los mismos aludieron a dos dimensiones, también creadas *ex post*, que se plasman en la Figura 5. Una de ellas hace referencia a la importancia de la relación terapéutica y el respeto por el semejante: esto implica la evitación de comentarios estigmatizantes o burlas en función del país de origen, la pertinencia de las preguntas o comentarios, el monitoreo de profesionales respecto de sus propios prejuicios, creencias o estereotipos en torno a personas migrantes y la paciencia (comprensión de las diferencias, claridad en indicaciones, buen trato y tiempo).

La otra dimensión concierne al reconocimiento de la diversidad de las personas migrantes, así como la importancia de que los equipos de salud adquieran conocimientos sobre los países emisores para comprender los motivos posibles de las migraciones o las coyunturas de las mismas. Además, se enfatizó la necesidad de que las y los profesionales pudieran aprender sobre los tiempos de la migración (con sus desafíos específicos), la necesidad de formular preguntas con potencia desnaturalizadora (sin caer en presupuestos que coagulen sentidos) y advertir los propios atravesamientos, capaces de obstaculizar el proceso de escucha y habilitar extrapolaciones erróneas a partir de las creencias o vivencias personales de profesionales.

Objetivo 3. Caracterizar las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas pertenecientes a familias migrantes regionales, así como sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en el sector público estatal.

*“Rume ayiwvn che geafun, piwvn
welu chumgechi kay, eyimi
—kamapu— gymaleymi?”⁶
Elicura Chihuailaf, 1952*

Manifestaciones de sufrimiento psíquico y condiciones de producción

Durante las entrevistas realizadas a profesionales de la salud mental, no se solicitó la formulación de diagnósticos psicopatológicos en torno a niños y niñas en contextos migratorios sino que se indagó sobre sus sufrimientos psíquicos, los que podrían incluir situaciones presentes en la vida social que no necesariamente resultaran patológicas.

Es menester destacar que dichas apreciaciones aluden a descripciones referidas por profesionales de la salud mental y no a la dimensión del propio padecer de los niños y las niñas respecto a su experiencia subjetiva o su percepción en torno a vivencias de malestar. Asimismo, también se buscó explorar cuáles eran los modos en los que los y las profesionales tomaban en consideración los determinantes de su sufrimiento psíquico. Es decir, pesquisar qué dimensiones de la vida eran ponderadas como importantes en la producción de padecimiento de las infancias en contextos migratorios, sin por ello pretender el establecimiento de generalizaciones universalizables o la explicitación de explicaciones causales en torno a los malestares identificados.

Por último, es importante clarificar que las respuestas brindadas por las y los profesionales estuvieron orientadas por sus propias experiencias en la atención a la población infantil migrante en efectores públicos de CABA.

Se encontraron dos perspectivas, antagónicas pero no excluyentes, respecto de las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas de familias migrantes regionales. Mientras que algunos de los discursos de profesionales que se entrevistaron identificaban problemáticas de salud mental recurrentes en dicha población en contexto migratorio, otros consideraban su dispersión o inespecificidad.

⁶ Traducción del mapuche al español:
*"Podría ser inmensamente feliz
me digo
pero cómo, si tú —lejana— estás
llorando?"*

La primera perspectiva haría referencia a “dificultades en la adquisición del lenguaje” (también “tardía adquisición del lenguaje” o “problemas en el lenguaje”), “mutismo selectivo”, retracción o inhibición, psicosis, problemáticas psíquicas severas que implicarían fallas en la constitución psíquica infantil, desafíos en el desarrollo y dificultades en la socialización.

No te voy a decir que sean todos psicóticos ni nada por el estilo pero hay alguna prevalencia. Tampoco digo que los que sean argentinos no les pueda pasar, pero se relaciona mucho con las condiciones de vida (CENTES, fonoaudióloga, Zuleika).

La mayoría son derivados por problemas en el lenguaje, no en el aprendizaje (Hospital General, psicopedagoga, Uma)

Mutismo selectivo (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Estos chicos suelen pronunciar mal, hablar mal (CeSAC, fonoaudióloga, Erica).

Surgen cuestiones que tienen que ver con lo vincular, con la dificultad en la adquisición del lenguaje en los nenes más chiquitos. Después, ya en edad preescolar y escolar, algo que tiene que ver con esto pero más asociado con la conducta: berrinches, están muy retraídos, son muy desordenados en su motricidad (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Por su parte, una segunda perspectiva planteaba que los motivos de consulta niños y niñas migrantes serían similares a los de otros niños y niñas de nacionalidad argentina de una edad similar, no estableciendo particulares distinciones.

En algún aspecto [las consultas] no son distintas a las de otros niños que pueden mantener relaciones vinculares, familiares, en conflicto, con tensión, donde haya otros padecimientos mentales en adultos o que haya otras situaciones complejas que hagan su cotidianeidad difícil y con sufrimientos diversos. Esto creo que los iguala a cualquiera de las niñeces y adolescencias (Hospital pediátrico, trabajadora social, Libertad)

No te puedo diferenciar síntomas según la nacionalidad (Hospital General, psicóloga, Ximena)

A la vez, es destacable que aquellas dos perspectivas podían coexistir en simultaneidad en las mismas personas entrevistadas. Tal es el caso de Darío (CeSAC, psicólogo) quien afirmaba *que “no hay un patrón o algo que iguale las consultas”* de los y las consultantes de familias migrantes pero, minutos más tarde, advertía: *“estoy tentado de decirte [que sufren de] de angustia. Porque me parece que la angustia es lo que está detrás de toda esta situación que el chico migrado. Incomprensión del otro que a él lo frustra”*.

También Zulema (CeSAC, psicóloga) refería que *“yo no encontraría un motivo de consulta particular... las consultas son muy variadas y de niveles de gravedad muy diversos (...)”* aunque, durante la entrevista, también planteó la recurrencia de *“dificultades en los vínculos fundamentalmente, asociados con problemas de conducta, falta de control de esfínteres (...) El lenguaje es un tema. El vocabulario y el lenguaje es un tema para ellos”*.

Se encontró que en algunos discursos de profesionales de la salud mental se señalaría una posible asociación entre nacionalidades y características de las infancias migrantes, principalmente en relación a niñas y niños de origen boliviano.

Hay pocas consultas de familias migrantes por disfonías porque los chicos bolivianos no son gritones (CeSAC, fonoaudióloga, Erica).

No encuentro un niño boliviano en el recuerdo que haya venido por haber hecho cosas muy locas en la escuela (Hospital General de Agudos, psicóloga, Helena).

(...) el chico boliviano no presenta dificultades de conducta por reacción. No es que generan lío, enojos sino que lo que hacen es retraerse, no hablar, no hablan con el docente, no hablan con los compañeritos, no juegan (CeSAC, psicólogo, Darío).

Se sugeriría la presencia de determinados atributos como propios o inherentes de las personas que nacieron en un determinado país: de ese modo, aquellas infancias provenientes de Bolivia no serían disruptivas en la escuela, no conversarían, ni gritarían en dicho contexto. Esto mismo también se ubicó en algunos discursos de profesionales en relación a características de dichas familias migrantes, en algunos casos emparentadas con la sumisión, el alcoholismo y la violencia física. Más aún, se ha planteado que en la cultura boliviana *“importa poco el lenguaje”* (sic) y que la comunicación entre madres e hijos o hijas se basaría en el lenguaje gestual y los apretones. A su vez, se hizo referencia a que dichas familias suelen ser desconfiadas y miedosas, por lo cual los niños y las niñas permanecen dentro de sus hogares: *“están metidos adentro (...) salen poquitísimo”* (sic).

Figura 6. Perspectivas de profesionales de salud mental en torno a las manifestaciones de sufrimiento psíquico de infancias en contextos migratorios



Fuente: figura de elaboración propia

En las entrevistas se hizo mención a la multideterminación del sufrimiento psíquico, incluyendo las múltiples maneras en las que se engarzan diversas dimensiones. En algunos casos se explicitó dicho modo de pensar la determinación del padecimiento (como en el discurso de Damiana e Ilan) y, en otros, no se verbalizó conceptualmente dicha mirada compleja sobre los malestares de las infancias aunque sí se apeló a identificar un cúmulo de diferentes condicionantes implicados.

Es algo multifactorial. Yo no te puedo decir que es una única causa lo que genera el trastorno, digamos. Como que en general tiene que ver con algo más genético que viene también con los niños, más del lado de lo biológico, después hay algo más vincular, que se da como en ese encuentro de esa mamá y de ese papá con ese niño. Y también los recursos del niño frente... en esa interacción. Y después bueno, la cuestión social y cultural, y la historia familiar (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Lo que produce esta situación no es algo sino que son muchas cosas. Y como estas situaciones son muy heterogéneas, es difícil hablar de causalidad (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Porque obviamente la adaptación es un trabajo mental particularmente importante. Y las condiciones en las que ese trabajo mental debe hacerse... se hará mejor o peor de acuerdo a una cantidad de condiciones de la familia o del espacio, el entorno en el que están (Departamento de Salud Mental en Facultad de Medicina, Quique)

La cuestión migratoria fue señalada en la mayoría de las entrevistas como posible generadora de sufrimiento psíquico. Sin embargo, en el discurso de los y las profesionales no resultó unívoco el modo de concebir el impacto del fenómeno migratorio en la salud mental en la niñez sino que se distinguieron distintas lecturas en cuanto al mismo. A pesar de que dichas aristas no estuvieran formalmente diferenciadas por quienes se entrevistaron, es dable realizar una disquisición entre las mismas con el fin de conceptualizar analíticamente los posibles efectos del fenómeno del desplazamiento territorial en la población infantil.

Dentro de los condicionantes identificados, podrían englobarse distintas categorías:

- I. Duelos migratorios
- II. Efectos de la migración en la reconfiguración familiar: pre-migración, trayectoria y asentamiento
- III. Discriminación, exclusión y estigma en contextos de socialización
- IV. Condiciones materiales de existencia de las infancias y sus familias

Dichas categorías son desarrolladas y desglosadas a continuación:

I. Duelos migratorios

En numerosas entrevistas se aludió al padecimiento ocasionado por la añoranza de las personas significativas del entorno del niño o niña que han permanecido en su país de origen o el de su madre o padre. Dicha añoranza estaría vinculada con sentimientos de desarraigo y pérdida.

Y el trasplante. Si dejan afectos... Muchos fueron criados por las abuelas allá y de pronto un día la madre los hace venir (Hospital General, psicóloga, Helena).

La distancia con la familia de origen. Y cuando vuelven no son los mismos (...) Siempre pensar a la inmigración como un duelo, ¿no? Y eso abre una marca (Caleb, psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil)

Pasa que chicos vienen de Paraguay o Bolivia sin los padres o que los padres se vinieron antes y se quedaron con un abuelo que los crió, entonces se vienen y es un desarraigo terrible. Y una vez que están acá con un problema de salud mental, implica toda una movida en función de quién es su familia, dónde va a estar más contenido. Es complejo (Unidad de Letrados, Art. 22 Ley 26.657, psiquiatra, Gabriel)

Me parece que es más propio este dolor primario, este duelo primario de la separación de su familia de origen propio de la migración (CENTES, fonoaudióloga, Zuleika)

Hay cuestiones de desarraigo, que los chicos quedan al cuidado de un familiar y sus padres migran, como que se sacrifican por estas cuestiones que tienen que ver con lo económico (Centro Especializado de Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo)

Un duelo no puesto en palabras, no trabajado, no hablado, no superado (Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, psicóloga, Luna).

En los casos en los que niños y niñas permanecieron separados de sus madres o padres por un período de tiempo para luego reencontrarse en el país de destino con ellas o ellas, el desprendimiento de aquellas figuras que cumplieron la función de cuidado cuando se encontraban lejos de sus progenitores también se constituiría en una fuente de sufrimiento.

Es decir, el reagrupamiento familiar que implica el (re)encuentro con sus mamás o papás no borraría los sentimientos de pérdida asociados al alejamiento de quienes los habían cuidado con anterioridad, incluso abriendo el interrogante, para aquellas infancias, respecto de *“quién es su familia”* (sic).

En diversas entrevistas, las y los profesionales plantearon vivencias de inmensa soledad en el país de acogida en las que, a diferencia de los modos en los que se habrían dado las migraciones anteriormente: en la actualidad, podría primar una debilidad en la construcción de redes.

Esta cuestión de los procesos migratorios que fueron cambiando, con un gran desarraigo. La gente está muy sola. Por eso te dicen que los dejan a los chicos solos mientras vienen a buscar turno para atender a su bebé, por ejemplo. Esta cuestión de cómo se construyeron redes en otro momento son distintas a ahora (Hospital General de Agudos, Trabajadora Social, Karina).

Acá vienen, se asientan y a lo mejor no hay vínculo familiar, no está esto de estar con la abuela o de que van a comer con la familia ampliada, esto no está (...) Quizás se apoyan en los vecinos pero no hay familia. Se pierde esto de la transmisión (...) (Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, psicóloga, Luna).

Mis pacientes lo que más refieren es como de extrañar mucho a sus familiares, a los abuelos, a los tíos, como que ubican algo de mucha soledad viviendo acá (...) no logran armar mucha red por ahí acá (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Al duelo por las amistades y las familias, también se sumaría el duelo por la ausencia de contacto con su grupo étnico y su cultura.

(...) el chico añora su lugar, añora sus parientes, sus abuelos, sus tíos, sus primos, sus amiguitos del lugar donde vivían (...) Ese dolor de no encontrar espejos, de que las distancias sean tan grandes... distancia en término de posibilidades de identificación. Me parece que de eso sufren (CeSAC, psicólogo, Darío)

También se aludió al duelo por la tierra, dado que en muchos casos no solamente hay un desplazamiento de un país a otro sino desde un ámbito rural hacia otro urbano.

Generalmente, el que migra es el chico rural, de zonas rurales. Ahí hay una extrañeza de los lugares y todo lo demás (CeSAC, psicólogo, Darío).

Son chicos que estaban en el campo y vienen acá [en la ciudad] (Hospital General, psicóloga, Helena).

Esto altera la cotidianeidad respecto a los paisajes, olores, sonidos, colores, vínculos con el tiempo, la naturaleza y otros seres vivos.

II. Efectos de la migración en la reconfiguración familiar: pre-migración, trayectoria y asentamiento

También se mencionó los modos en los que los procesos migratorios generan efectos en las reconfiguraciones familiares.

Si se tomara en consideración las distintas etapas de los mismos (Drachman, 1992) –pre migración, tránsito o trayectoria y asentamiento e integración en el país de destino–, podría establecerse que en relación a la pre- migración desde el lugar de origen, numerosas personas entrevistadas aludieron a la fragmentación familiar y a los efectos que pueden generar en las infancias tanto la maternidad o paternidad a distancia como las cadenas transnacionales de cuidado.

[Yo creo que algo que genera mucho padecimiento] es el hecho de tener que venir... en general familia que suele viajar primero la mamá, o el papá, para encontrar trabajo, entonces hay todo un período de separación, digamos, cuando los papás están como a distancia. Entonces hasta que el papá logra conseguir trabajo y se mudan todos para acá (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

(...) que algunos niños quedan al cuidado de sus abuelos en Bolivia mientras que otros vienen a la Argentina junto con sus padres” (Hospital General, psicóloga, Ximena)

En las entrevistas no se hizo mención a aquellos padecimientos que pudieran haber sido efecto de la instancia del viaje desde los países de origen hacia destino aunque sí se hizo referencia a que las condiciones en las que la migración hubiera tenido lugar, pueden producir consecuencias importantes como generadoras de padecimiento en las infancias. En ese sentido, algunas dimensiones (como si el desplazamiento hubiera sido planificado o no, si la decisión de migrar hubiera surgido por una situación traumática familiar o por crisis políticas o estaría ligada a la búsqueda de mejores horizontes de vida, si en el nuevo destino habría una red familiar o comunitaria que recibiera a la familia) fueron visibilizadas en algunas entrevistas.

Y en los casos de las migraciones de los chicos, sí me parece que tiene impacto porque en lo general tiene que ver con una situación bastante trágica, que la madre se vino porque no tenía para comer, que los padres se separaron, de que se murió uno de los padres. En general, hay algo de eso... hay otras familias que no, que ha venido toda la familia ya armada y se instalan. Ahí, la migración se tolera de otra forma (CeSAC, psicóloga, Zulema).

Tiene que ver con el tema de cómo se enferma uno psíquicamente, las crisis, los procesos sociales, económicos... Y las inmigraciones también tienen que ver con eso, con situaciones políticas complejas, poco favorables. En relación a salud mental, depende el nivel que esas crisis extremas que los hacen emigrar haya repercutido y con qué recursos pudieron hacerle frente a esa situación (Centro Especializado en Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo)

En cuanto a la etapa de asentamiento e integración en el país de destino se aludió a que la llegada a un nuevo territorio y cultura también implicaría un proceso de adaptación a la nueva realidad así como una redefinición de roles, incluso a nivel familiar y en las dinámicas de poder al interior de dicha institución.

Cuando vuelve el nene, que lo dejaron a los tres y ahora tiene ocho, esperan encontrar lo mismo que dejaron y obviamente no tiene nada que ver, hay un choque muy fuerte (...) Los nenes acá rápidamente empiezan a tomar otra forma de moverse, hasta en los ritmos vas viendo que el nene va y viene va viene y la mamá va despacito, atrás (CeSAC, psicóloga, Zulema)

(...) Pero los chiquitos, entonces, terminan traduciéndole al padre lo que la maestra les dice, imaginate, bueno, los líos que se pueden generar en una conformación intrafamiliar, psíquica, donde hay una migración más esto (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

En las entrevistas también se refirió que, como efecto de la migración, surgen dificultades vinculadas con la posición intermedia a la que estas infancias son convocadas a ocupar en relación a sus familias y a la sociedad receptora, soportando una tensión entre la adaptación a la nueva realidad y la conservación de aquellas tradiciones y valores de su país de origen. Esta posición intermedia no solamente se pondría en juego en relación al bilingüismo sino que también atañe a cuestiones ligadas a la alimentación, a ritmos y gustos.

Mientras la mamá seguía con la cacerola y el guiso, los pibes querían milanesa con papas fritas. Los pibes se occidentalizan, en los pedidos y en los gustos (...) Tienen esta cosa paradójica de “vayan e intégrense” y a la vez “no se olviden nunca de dónde vienen ni de quienes son ustedes, de la tradición” (Grupo de Trabajo en Salud y Migración del Ministerio de Salud de CABA, psicóloga, Keila).

La posibilidad de identificarse con sus madres o padres –y los valores, exigencias, tradiciones que portan como efecto de aquella historia que los precede– también estaría obstaculizada. Dicha posibilidad identificatoria aparecería atravesada por la mirada estigmatizante de la población del país de destino, lo que podría generar un ocultamiento de la procedencia familiar.

III. Discriminación, exclusión y estigma en contextos de socialización

Otra posible condición de producción de sufrimiento psíquico que las personas entrevistadas ubicaron está vinculada con el hostigamiento, exclusión o burla que las infancias en contextos migratorios recibirían por parte de sus pares. Aquello fue concebido de diversas maneras, según el o la profesional: en algunos casos, se planteó al insulto como una cuestión naturalizada en relación a la modalidad de vinculación entre los niños y las niñas. A través de dicha mirada, podrían quedar veladas las dinámicas por las cuales algunas personas se tornarían más susceptibles a devenir receptáculos de burlas que el resto: no estaría en juego

únicamente la dimensión de las diferencias sino también la jerarquía desigual en cuanto a la valoración de procedencias.

Porque Argentina pareciera ser un país enormemente... es súper abierto pero después, cuando ves a los chiquititos, como los bulléan a los chicos en los colegios (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Aparece mucho la burla, ¿no? (...) no sé si es discriminación porque tengo la sensación de que en esa manera de relacionarse que tienen los pibes de colocar al otro en el lugar del menos (CeSAC, psicólogo, Darío).

[Una mujer migrante] me contó que tiene tres hijas con rasgos de pueblos originarios. Una es morena morena, mulata y una vez que le pegaron en la escuela. Ella fue a hablar y habló con dos maestros y la discriminaron a la hija y a ella. Le dijeron que se fuera, que por qué tanto se quejaba de acá si tenía todo de arriba, que los tenía podridos (Equipo Salud y Migración de ONG, Oliverio)

Se me ocurre volver a pensar en algunos aspectos que puedan generar discriminación, que los pudiese hacer sentir distintos en su relación con otros y otras niños y niñas del espacio escolar, de los espacios de socialización. Siempre lo vinculo porque creo que en las prácticas y en las convivencias aparecen todavía rasgos discriminatorios hacia familias migrantes (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Y después está todo este tema de las escuelas, de que los cargan, les dicen “bolita” y qué se yo (...) (CeSAC, psicóloga, Zulema).

Asimismo, apareció la noción de que se utiliza el rasgo propio como un modo de insultar al semejante, dando cuenta de un proceso en el cual el insulto proveniente de los pares se incorporaría y proyectaría para denigrar a los otros u otras.

El rasgo propio vuelto insulto es insoportable, a mi criterio (...) Lo que yo veo es que ahora todos tienen el rasgo y usan el rasgo propio para putear al semejante y entonces es difícil salir de ahí (Hospital General de Agudos, psicóloga, Helena).

Entre los compañeros se suelen cargar, hay distintos niveles de negritud (...) Me acuerdo que me hablaron de una nena que estaba muy acomplexada por su color de piel y que le decían “la negra”... era oscurita la nena. Y la nena le pidió a la mamá que la llevara a un médico para que le aclarara la piel (...) Son ellos los que se cargan (EOE, psicóloga, Karenina)

Aquellas dinámicas denigratorias también podrían provenir de personas adultas que debieran estar al cuidado de las infancias en contextos migratorios (como sus propias docentes). Participarían tanto de burlas como, incluso, de tomarse la atribución de modificar sus nombres por ser resultarles difíciles de pronunciar.

Lo que más me llamaba la atención... que la maestras fuesen partícipes y testigos presenciales... y activos del bullying que sufren los chicos (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

El primer día de clases, la maestra toma asistencia y le dice: “bueno, ayúdame a deletrear tu nombre”. Y ella le dice: “no me llamo... todos me conocen por Natalia”, “Pero, ¿no te llamás Natalia?”. “No, pasa que la maestra del año pasado, como dijo que era muy difícil mi nombre, me puso Natalia” (Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Ignacio)

Me enoja con mis compañeras porque dicen “está apunado, vino apunado” (EOE, trabajadora social, Ailén).

Además, se hizo referencia a la discriminación que recaería sobre las familias migrantes y cómo aquello podría dificultar su acceso a derechos.

Luego, la realidad de familias migrantes que sufren discriminación en nuestro país, que tienen bastantes dificultades en ordenar todo lo que tiene que ver con la documentación, y eso los pone en un lugar de mayor vulnerabilidad por el acceso al trabajo y a las instituciones (...) (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Hay una administrativa que me nombraron varias personas que está en un centro de salud dentro de la villa 31. Ella da turnos y es migrante... y que cuando da turnos dice: “hay que aguantarlas a ustedes, bolivianas de mierda, sucias”. Y ellas se indignan y me decían: “como si ella fuera otra cosa” (Equipo Salud y Migración de ONG, Oliverio)

Las representaciones estereotipadas que circulan respecto de las personas migrantes de países de la región generan efectos en la conformación de identidad de las infancias, generándose un interjuego entre las mismas y los modos en los que éstas son resistidas y apropiadas por ellas mismas.

Mis pacientes bolivianos no traen aportes de su cultura, no hablan de esculturas de Bolivia, ni refieren: “en mi país se hace tal cosa”. Tampoco aluden a lo perdido ni lo portan identificatoriamente (...) Si bien los padres tienen a Bolivia en el lugar de la idealización, los hijos no suelen hablar de sus orígenes como una cuestión a valorar. Son muy discriminados (Hospital General de Agudos, psicóloga, Ximena).

Concordantemente, en algunas entrevistas se hizo mención a su intento de “argentinizarse” (sic) u “occidentalizarse”. Si bien una entrevistada aclaró que “*No es que deberían estar escuchando todo el tiempo el tambor pero... se visten muy hip hop, con cadenas, gorritas (...) por efecto de la discriminación quieren dejar de ser lo que son*”, en esa misma negación se pondría en juego la tensión entre una identidad cerrada heredada al modo de una esencia inmutable o preconcebida, y otra más dinámica, sujeta a procesos de cambios y contingencias: ¿qué implicaría “dejar de ser lo que son”? , ¿qué “son”? , ¿al plantear que no sería necesario “*estar escuchando el tambor todo el tiempo*” no se estaría sugiriendo cierta mirada estereotipada respecto de lo genuinamente esperable de estas personas?

Un entrevistado (Camilo, musicoterapeuta, Centro Especializado en Salud Mental) introdujo los modos en los que los procesos de globalización generan efectos de pérdida o “contaminación” en la dimensión de las costumbres locales.

Y esta cuestión de la globalización hace que ciertas culturas invadan a otras y ciertas costumbres tienden a perderse o a borrarse, tiene que ver hasta con la forma de hablar, la terminología que se usa en cada comunidad. Por ejemplo, en esta familia boliviana, lo propio no estaba perdido, contaminado con esta cuestión más globalizante (...) Y la solución no era cambiar de cultura o decir “ahora viven acá, así que tienen que hablar como acá” (Centro Especializado en Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo)

De ese modo, se hizo lugar a la reflexión respecto del vínculo no solamente entre individuos sino también entre culturas en un proceso de una peculiar integración internacional.

IV. Condiciones materiales de existencia de las infancias y sus familias

Al indagar por las posibles condiciones de producción de sufrimiento psíquico infantil en las infancias en contextos migratorios, las y los profesionales entrevistados atribuyeron una notable importancia a las difíciles condiciones de vida que atraviesan algunas familias de estos niños y niñas: desocupación o trabajos

precarizados o emparentados con la explotación laboral, las responsabilidades de cuidado al interior del hogar que deben asumir los hijos o hijas mayores ante la ausencia de adultas o adultos responsables durante sus extensas jornadas de trabajo, entre otras cuestiones.

Tiene que ver mucho con esas condiciones de vida en las cuales quizás sí hay una marca que tiene que ver con la migración, que son quizás los que están en las peores situaciones y, cuanto más recién llegados, peor (...) tiene que ver con cómo es la cotidianeidad de las personas y de las familias que vienen de una situación migrante (Hospital General, trabajadora social, Karina).

Imaginate que si el padre estaba un poco preocupado porque su familia se había mudado, y él no tenía trabajo... imaginate cómo se van sumando las preocupaciones, el nivel de estrés, el nivel de angustia... y el nivel de... de todas las cuestiones que van generando como... mayor malestar, con la repercusión que todo eso puede llegar a tener en la familia después (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Lo más grave es esto de no tener espacio para jugar, de la soledad, el tener que arreglarse solo desde muy chiquito para muchas cosas, tener que cuidar a los hermanitos desde muy chiquitos, con lo cual tener un accidente es tremendo porque el culpable es el pibito de ocho años que está cuidando... digo, me parece que estas cosas son las más complicadas (CeSAC, psicóloga, Zulema)

Si bien el trabajo de las madres y padres de dichas infancias migrantes no es algo que de manera directa pareciera impactar sobre ellas (puesto que, técnicamente, no es su trabajo), dada la importancia de las y los cuidadores en los primeros años de vida, aquello no es meramente un dato de contexto sino que afecta intensamente a NNyA.

En algunos nenes la cuestión migratoria pudo haber afectado, cómo fueron mirados, sobre todo en nenes chiquitos cuyas madres pasan muchas horas en un taller de costura y entonces están solos mucho rato (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

A veces son papás que están en estos talleres con sistema de cama caliente (...) A veces la historia los supera. A veces trabajan de día a noche sin parar para pagar alguna deuda porque alguien les prestó y después les están cobrando los intereses (EOE, psicóloga, Karenina)

La mamá contó que ella trabajaba en un taller y que el nene estaba arriba, en una piecita. El nene tenía dos años y la miraba por un vidrio... y ella trabajaba abajo y él la miraba... son condiciones en relación a la constitución subjetiva muy deficientes (CENTES, fonoaudióloga, Zuleika)

También se plantean las condiciones de vivienda en espacios abyectos como una cuestión a considerar, ya que podría generar padecimiento. Tal como lo señalan las estadísticas del INDEC, hay una concentración de los migrantes de países limítrofes en ciertas áreas geográficas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – entre ellas, la zona sur–, en las cuales priman los asentamientos precarios y villas de emergencia. Dichos datos sociodemográficos fueron confirmados por los testimonios de las personas entrevistadas, quienes, por ejemplo, aseguraron: *“Nunca atendí un boliviano que no esté viviendo en la Villa”* (sic).

Generalmente migran, vienen a habitar lugares muy difíciles, muy chiquitos, hacinados. Esto también trae un problema para el niño porque se encuentra ahí con una dificultad que antes no tenía, que es la del lugar. Viene migrado, dejando cosas y encontrándose con otras dificultades en el ámbito en el que vive (CeSAC, psicólogo, Darío).

Generalmente esas familias viven en las villas en cuartos muy chicos y a veces los nenes quedan solos. Para mí, es el mayor problema que veo... la dificultad con la vivienda, el hacinamiento y la cantidad de horas que los chicos pasan solos (CeSAC, psicóloga, Zulema)

Muchos están encerrados porque no pueden circular por los pasillos de la villa porque les puede pasar cualquier cosa... entonces algunos viven en condiciones de hacinamiento muy graves y cuando después vienen a la escuela, se desbordan. Si ves dónde viven, entendés qué pasa cuando están en el patio de la escuela. O entendés por qué en el comedor quieren repetir tres veces (EOE, psicóloga, Karenina)

Considerando el discurso de las y los profesionales, vivir en la villa implicaría un plus de dificultades y desventajas en relación al hábitat: hacinamiento, indiscriminación y falta de intimidad al interior de la vivienda, ausencia de espacios verdes para la recreación, inseguridad urbana, circulación de estupefacientes, suciedad, falta de servicios básicos, peligros, accidentes, miedos. Dichos asentamientos informales podrían pensarse en términos de “espacios abyectos”, es decir, lugares caracterizados por la suspensión de la ley, el ejercicio silencioso de la violencia y cuerpos que resultan denegados e invisibles ante la mirada del “nosotros” (Murillo, 2010).

Las características señaladas por las personas entrevistadas darían cuenta de la importancia del ambiente, así como de las condiciones de vivienda, en la salud mental de las infancias y en su posibilidad de organizar tanto el propio mundo interno como las relaciones intergeneracionales.

El espacio es lo primero, el verde, el aire, el cercenamiento de la villa, el que salen y vuelan los tiros, el peligro que corren al salir de la casilla, el hacinamiento de la casilla, la mugre (...) Me parece que es la villa, las condiciones en las que viven, la cantidad de porquería que pasa, de paco, de droga y encima de la peor calidad (Hospital General, psicóloga, Helena).

Y la inseguridad, que no pueden salir a la calle, muchos tienen miedo, eso es bastante habitual. Muchas veces vienen consultas por eso: “No puede dormir desde que nos entraron a robar” o “desde que vio como mataban a uno adelante nuestro” (CeSAC, psicóloga, Zulema)

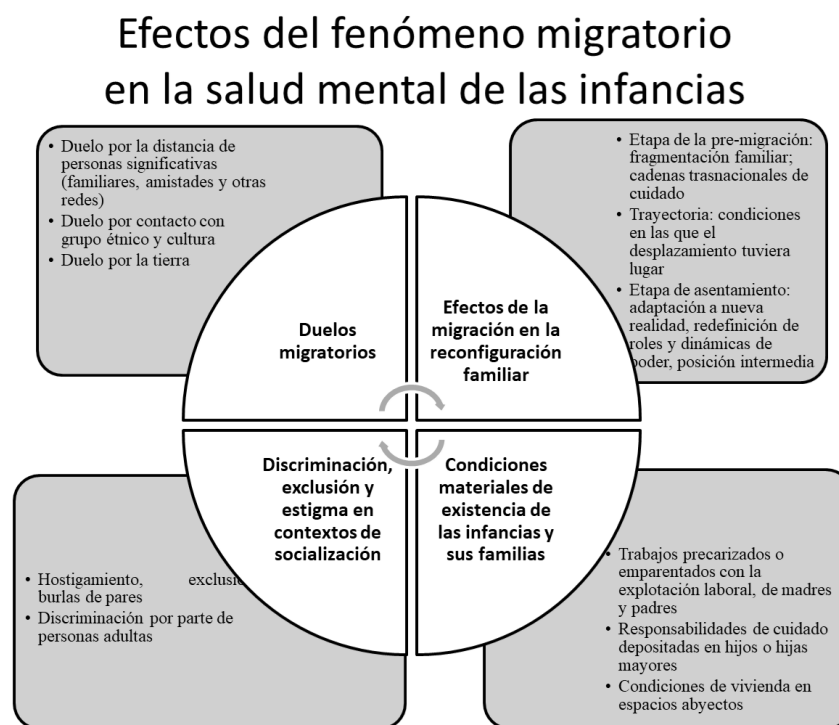
Dichas condiciones de vivienda y de vida también estarían asociadas a una mayor exposición a desigualdades, violencias y accidentes.

Yo pensaba también en las condiciones de vida luego de la migración... pensaba que no es lo mismo un niño que vive en una casa, aunque sea más o menos y que puede ir a la escuela, que un chico que vive en un taller clandestino donde no puede salir, no puede hablar y no se puede mover porque es peligroso. Eso evidentemente también tendrá sus efectos en la salud mental de ese niño (Informante clave, Lucrecia).

Uno no puede decir esto sí o no... es un combo...yo creo que acá la han pasado muy mal, no sé cómo la pasaban allá, imagino que también muy mal (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

De todos modos, la consideración de estas problemáticas como no necesariamente intrínsecas al proceso migratorio sino como producto de complejas dinámicas de exclusión que inciden en el hecho de que estas familias migrantes suelen atravesar difíciles condiciones de vida, fue vislumbrada solamente por algunos y algunas profesionales.

Figura 7. Perspectivas de profesionales de salud mental en torno a condiciones de producción de sufrimiento psíquico en las infancias en contextos migratorios



Fuente: Figura de elaboración propia

(In)visibilidad de datos. Entre percepciones, porcentajes y de(s)generaciones

Al indagar respecto de las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niñas y niños en contextos migratorios, germinó una categoría que no había sido previamente contemplada pero que, dada la insistencia con la que surgió en el trabajo de campo, se optó por desarrollarla. En ese sentido, esta categoría emergente es sistematizada y permite incrementar los resultados de la investigación al incorporar aquello que no había sido apriorísticamente considerado.

En las entrevistas mantenidas, la totalidad de las unidades de análisis refirieron haber trabajado en reiteradas situaciones con niñas y niños en contextos migratorios, dimensionando que dicha población busca atención en salud mental en aquellas instituciones. Incluso se hizo alusión a un altísimo porcentaje de consultas de niños y niñas migrantes, pese a que aquél cálculo de proporcionalidad no estuviera sustentado por un trabajo estadístico sino, más bien, por la casuística de las y los pacientes que estaban en tratamiento.

Sumado a ello, era usual que las y los profesionales entrevistados hicieran referencia a “infancias migrantes”, aludiendo con aquél término tanto a quienes habían nacido en Argentina como a quienes eran descendientes de personas de origen extranjero. Esto podría vislumbrar su consideración de la nacionalidad

de las familias como constitutiva de la identidad de ese niño o niña, más allá del territorio en el que efectivamente hubiera nacido.

Consulta mucha población migrante en el hospital. Aunque puede pasar que los padres hubieran nacido en otros países, no los chicos (Hospital General de Agudos, psicóloga, Melisa)

El 70% de los chicos que recibimos en el servicio son chicos que vienen de otros países o que son hijos de papás que vienen de otros países. En general de Bolivia, Perú, Paraguay, principalmente de esos países... muchísimas demandas de chicos migrantes, principalmente de Bolivia y Paraguay (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Estábamos en un 70, 80% de población migrante, los chicos siendo argentinos o siendo migrantes (Hospital Monovalente, psicóloga Luna)

Entre mañana y tarde las cifras eran un 60% niños de familias extranjeras, la mayoría argentinos pero de familias extranjeras (Hospital Monovalente, psiquiatra, Caleb)

Esta cuestión también fue dimensionada por una madre entrevistada, quien planteó que su hijo es argentino aunque aquello no es siempre advertido por muchos equipos tratantes, homologando el lugar de origen de su progenitora con el de su hijo. Sin embargo, en otros casos sí se reparaba en el señalamiento y aclaración respecto de que algunos de dichos niños y niñas eran de nacionalidad argentina, pese a los orígenes de su familia.

Entonces le dije [a la psicóloga del niño]: "Kari, John Mauro es argentino, yo soy la colombiana (...) John Mauro no es colombiano, nunca ha vivido en otro país" (Daniela, mamá de John Mauro, nacida en Colombia) Hay dos cuestiones. Una es la migración de los padres, que es lo que más se ve, porque la mayoría de los chicos son argentinos. Atendemos chicos bolivianos, pero la mayoría son argentinos (CeSAC, psicóloga, Zulema)

Lo tradicional que hemos recibido siempre en la institución es la población de familias de origen boliviano con niños argentinos o familias argentinas de origen boliviano... o también familias peruanas o familias de origen paraguay y, en estos últimos tiempos, familias de origen colombiano (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

Cuando se procedía a elaborar una equivalencia (entre la nacionalidad de aquellas personas que había nacido en Argentina con la de sus progenitores o abuelos y abuelas cuyo país de origen era otro), no simplemente se hacía mención a la ascendencia migratoria de las niñas y niños: la misma parecía funcionar como predictora de la de su descendencia, al modo de la *ius sanguinis* como criterio jurídico que concede nacionalidad en función de la filiación entre las generaciones.

Es que casi no hay no migrantes en el Hospital. Es primera generación, segunda o tercera. Yo no veo un argentino nacido acá que esté viniendo al hospital desde hace bastante (Hospital General de Agudos, psicóloga, Helena).

De ese modo, la noción de “generaciones” de migrantes y la dificultad de algunas corrientes migratorias (principalmente, las más racializadas) de desmarcarse de la portación de “diferencias nacionales”, parecería verse dificultada por la mirada presente en la sociedad de acogida. También se entrevió que la adjudicación de las personas en tanto “migrantes” podría estar basada en su imagen y su fenotipo, tratando a la

nacionalidad como ligada a rasgos visibles. Es decir, la portación de signos corporales como el color de tez, el tipo de pelo o incluso la indumentaria utilizada por niñas y niños, podría devenir como un indicador para la atribución de nacionalidad. Aquella cuestión fue señalada, principalmente, al hacer referencia a las personas provenientes de Bolivia.

Las consultas al Hospital son de niños bolivianos. Es Bolivia esto. Visiblemente se ve (Hospital General, Ximena).

Si bien la nacionalidad de niños y niñas es un dato que, en ocasiones, está presente en las hojas de admisión u orientación en los efectores de salud, el mismo no suele sistematizarse en la ficha de bases de datos ni figura dentro de los “Datos personales” solicitados en el SIGEHOS. Aquél es un sistema informático integral y unificado desarrollado por la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA. Al recorrer distintas secciones de datos identificación de pacientes, las personas entrevistadas refirieron encontrar los siguientes pedidos de información a ser completada, los que se reconstruyen en la *Figura 8*. Al indagar sobre dichos datos, con extrañeza, algunas entrevistadas mencionaron que les resultaba llamativo que no estuviera solicitado el dato de la nacionalidad en dicho sistema: *“Ah, la nacionalidad no figura por el sistema de SIGEHOS... y ahora que me preguntan sobre esto y que estoy empezando a investigar, veo que en las fichas de las admisiones tampoco figura la nacionalidad”* (Hospital General, psicopedagoga, Uma). Es posible identificar que si bien se solicita el número de documento en el SIGEHOS (y no exclusivamente el DNI argentino), y que a partir de ello podría identificarse el tipo de cédula de identidad solicitada, no aparece específicamente el ítem “nacionalidad” dentro de la información pedida.

Asimismo, al solicitar información desagregada por género, edad, nacionalidad y situación migratoria ante la Dirección de Salud Mental del GCABA, se encontró que la misma tampoco se encuentra disponible. Las estadísticas se encuentran fragmentadas por efector y usualmente no están armonizadas de manera transversal entre las distintas instituciones, no permitiendo tener una mirada integral de lo que acontece al interior de los distintos servicios de salud mental del subsector público en CABA ni permitiendo una comparabilidad. Asimismo, los datos estadísticos suelen hacer referencia a prestaciones realizadas y no a las personas usuarias que las hubieran recibido. Tampoco se encuentra disponible información desglosada por información personal como la nacionalidad, situación migratoria (migrante con permiso de residencia, migrante en situación migratoria irregular, peticionante de asilo o refugio), género o edad. Dichos pedidos de información fueron realizados en el marco de una investigación llevada a cabo por IJDH UNLa – UNICEF (2021-2022)⁷.

⁷ Tal como se explica en la respuesta de un pedido de información brindada a través del número NO-2022-14814559-GCABA-DGSAM (4 de Mayo 2022, Centro Ameghino), NO-2022-18071917-GCABA-HIJCTG (12 de mayo, 2022, Hospital Tobar García) y NO-2022-23285681-GCABA-DGSAM (27 de junio de 2022, Centro 1).

Figura 8. Datos de pacientes del SIGEHOS



Apellido, nombre

Edad:

Documento:

HC Nro.:

Med. de cabecera:

Equipo de salud:

Identidad

Apellido Nombre autopercebido

Nombre legal

Sexo

Contacto

Domicilio

Otros datos de Domicilio

Piso Depto.

Localidad Provincia

Teléfono Contacto

Teléfono Celular Teléfono Particular

Teléfono Laboral

email

Datos Obra Social

Cobertura

Plan

Nro. Afiliado

Equipo de Salud

Médico/a de cabecera

Especialidad

Nombre del equipo de salud a cargo

CESAC a cargo

Dirección del CESAC

Teléfono del CESAC

Integrante del equipo

Área programática

Fuente: Figura propia, a partir de los datos relevados del SIGEHOS

En la misma línea, si bien en el Primer Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (llevado a cabo en 2019 por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones) se incluyó dentro del instrumento de recolección de datos una pregunta destinada a conocer el país de nacimiento de las personas internadas, En los resúmenes ejecutivos y otros documentos oficiales publicados con los resultados, no se encontraron datos relativos a la nacionalidad en la caracterización de la situación de las personas internadas. Esto fue consultado tanto los informes ejecutivos, notas publicadas por Centro de Prensa del Ministerio de Salud de la Nación, documentos oficiales publicados por el Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y a través de comunicaciones informales que se intentaron establecer con profesionales que participaron de la elaboración del Censo.

Sumado a ello, a diferencia del resto de las jurisdicciones del país, en la estadística que da cuenta de la cantidad de consultas ambulatorias que se sucedieron en establecimientos del subsector oficial (en función del servicio o unidad operativa), CABA no desagrega los datos según grupo etario ni distingue entre “salud mental” y “salud mental en pediatría”. Así, las estadísticas según el DEI, no permitirían identificar dichos datos en la ciudad (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2021: 15). En cuanto a los datos de estadísticas vitales que dicha Dirección elabora, los indicadores de natalidad, mortalidad infantil y perinatal (entre otros) no se han elaborado en función de la nacionalidad sino por jurisdicción de residencia (2022).

Pese a la importancia que se le atribuye al país de nacimiento de la ascendencia de niñas y niños para incluir el adjetivo “migrante” como un calificativo que también haga referencia a dichas infancias, la pregunta por el lugar de origen de sus progenitores no siempre toma lugar, como estrategia protocolizada, en los efectores de salud. No se trata de una información “sugerida” a recabar en las fichas de admisiones u orientaciones. Damiana (Hospital Pediátrico, psicóloga) comentó que no tienen un “*registro objetivo en función de la nacionalidad*” pero que ella suele indagar sobre los orígenes del niño o niña en las primeras entrevistas con sus progenitores o personas cuidadoras. Refirió que, en el formato de las planillas de entrevistas de orientación, figuran muchos pedidos de datos de familiares significativos –como su nombre y apellido, edad, escolaridad y ocupación– pero no su país de origen. También explicó que no hay una guía de preguntas estandarizada para seguir en las entrevistas de las y los profesionales integrantes del equipo sino que las mismas dependen de su criterio o el diálogo que se genere con las familias.

La verdad es que no tenemos registro objetivo en función de la nacionalidad... en general lo que es la primera entrevista a los papás, ahí sí preguntamos mucho, bueno... historia familiar y parte de esa historia es de donde vienen los papás, si son de Argentina, donde nació el niño, en qué contexto (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Melisa (psicóloga, Hospital General de Agudos) transmitió que en su práctica clínica le resulta importante conocer dichos datos ya que los mismos le permitirían aproximarse a los modos de crianza en los países de origen de las familias de consultantes y, así, considerarlos tanto en su lectura de situación como en sus

intervenciones. En el efector en el que ella es coordinadora de equipo, el dato de la nacionalidad del niño o niña sí sería solicitado en la ficha de orientación en soporte en papel: “[en la admisión] se pide la nacionalidad de los niños, después uno por interés [enfatisa esta palabra] puede preguntar por su nacionalidad o la de los padres” (Hospital General de Agudos, psicóloga, Melisa).

Helena, en el equipo que coordina, plantea no preguntar el lugar de nacimiento de los progenitores de los niños y niñas por quienes se consulta. Refiere evadir dicho interrogante por considerar que esto podría provocar vivencias de persecución en las familias migrantes o paranoia. La ausencia de dicho pedido de información, tal vez, podría ser pensada como una herencia del modo en el cual el equipo resolvió internamente aquella situación conflictiva en épocas en las que aún no había sido reglamentada la Ley Nacional de Migraciones –cuando aún estaba vigente el Decreto Ley Videla, el que en su artículo 103 refería que las instituciones asistenciales debían exigir la acreditación de la identidad a las personas extranjeras–. En ese sentido, pudo haberse tratado de una táctica para correrse del lugar de denuncia de situaciones de irregularidad migratoria y habilitar la posibilidad de un encuentro de confianza que no fuera vivenciado persecutoriamente por aquellas familias. Sin embargo, en la actualidad, conocer dicha información no solamente no podría generar una denuncia sino, como lo refiere la actual Ley Nacional de Migraciones, todo lo contrario: ayudar con los trámites para facilitar la regularización de dicha familia.

Tal como lo propone Goffman (2006), y considerando la situación planteada por Helena respecto a la evitación de la pregunta por la nacionalidad de la familia, es importante señalar aquella inseguridad relativa al estatus o incertidumbre que acompaña a las personas estigmatizadas y está fuertemente presente en las interacciones sociales, en las que ignoran en qué categoría resultarán ubicadas por las demás personas, sabiendo que ellas podrían definirlo.

Ni en pepe se lo pregunto [al dato del lugar de nacimiento de la madre] como un dato de la admisión... Hace diez años era re grosero decir: ‘¿usted dónde nació?’ Era como decir: ‘¿usted es de acá?’ [Risas]. Generaba una paranoia molesta entonces uno, más vale, tenía la intención de hacer como que era todo lo mismo, entonces ni preguntabas (Hospital General, psicóloga, Helena)

Por último, es interesante advertir que las tensiones en la adjudicación identitaria –la que pareciera trascender la eficacia de la *ius solis* como modo de definir la adquisición de una nacionalidad– aparecerían tanto en profesionales como en los niños, niñas y sus progenitores en contextos migratorios.

Esta pregunta que se hace un chiquito: ‘mamá, ¿yo soy argentino o soy boliviano? Yo tengo DNI pero me dicen boli’. La mamá no sabía qué contestarle y le preguntó a las profesionales y ellas tampoco sabían qué contestarle. Porque... ¿qué se le contesta? La mirada del otro social también te determina... (Grupo de Trabajo en Salud y Migración del Ministerio de Salud de CABA, psicóloga, Keila).

Un padre me dijo: “Hace veinte años que estoy acá, ¿hasta cuándo voy a ser inmigrante? Y vos lo ves de una esquina a otra y decís: “acá viene un boliviano” por el aspecto, por lo cultural, por todo. Y él me decía: “vine a los veinte, tengo cuarenta, ¿hasta cuándo voy a seguir siendo inmigrante?”, como diciendo “bueno, ¡córtenla!” (Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, psiquiatra, Caleb)

Estas dos situaciones en las que un niño se pregunta por su nacionalidad, pese a haber nacido en territorio argentino, y un padre se interroga respecto a cuánto tiempo debe transcurrir para dejar de ser percibido como un inmigrante, permitirían vislumbrar que –tal como lo enuncian Keila y Caleb– las miradas de otros sociales (como grupo de pares, docentes, trabajadoras y trabajadores de la salud) también generarían efectos en la auto-percepción e identidad de las personas en tanto nacionales o extranjeras.

Las marcaciones nacionales sustentada en la imagen no solamente unifican en una dimensión imaginaria a las infancias argentinas hijas de migrantes con sus padres, madres, abuelas o abuelos –tornando imposible su demarcación a través de las generaciones y perpetuando el estigma– sino que también daría cuenta de la posición de quien realiza el enunciado y de una manera particular de definir pertenencias, generando efectos concretos en la identidad y en la vida cotidiana de las personas.

Recuperando el planteo de Grimson (2020), las naciones son ontológicamente subjetivas y epistemológicamente objetivas. Aunque fueron construidas por seres humanos, tienen la potencia de posibilitar e imposibilitar la entrada a un país y de acceder a otros derechos. De ese modo, aunque las clasificaciones sean inventadas, afectan y modelan las vidas concretas de las personas más allá de sus voluntades individuales.

Discusión de los resultados

A través de las preguntas formuladas en las entrevistas se permitió una aproximación a las concepciones que las y los profesionales de la salud mental poseen respecto al malestar de los niños y las niñas en contextos migratorios, así como sus posibles condiciones de producción. Estas cuestiones se consideraron relevantes dado que la racionalidad de las prácticas terapéuticas que se desarrollen dependerá del conocimiento que se hubiera construido en torno al sufrimiento mental (Galende, 2015: 165).

A continuación, se plantean dos dimensiones a desarrollar:

- I. sufrimiento psíquico y sus condiciones de producción. Esta dimensión busca iluminar la articulación entre el material obtenido en el trabajo de campo y las teorías en relación al sufrimiento psíquico y sus condiciones de producción.
- II. De(s)generaciones. Esta dimensión se propone indagar respecto de la categoría emergente que versa sobre la (in)visibilidad de datos, las percepciones de trabajadores y trabajadoras de los servicios de salud en cuanto a la presencia de población migrante en los efectores y cómo se superponen las nociones respecto de la noción de “generación”, degenerándose.

I. Sufrimiento psíquico y sus condiciones de producción

No se encontró una univocidad en los planteos de las personas entrevistadas en relación a una especificidad de las manifestaciones de sufrimiento de las infancias en contextos migratorios, lo que permitiría sostener un pensamiento crítico respecto de aquella tendencia a establecer universalizaciones diagnósticas respecto de las personas migrantes.

Pese a ello, ha sido recurrente que dentro de las manifestaciones de padecimiento de aquellas infancias, se señalaran dificultades con el lenguaje, ya sea por una tardía adquisición de la lengua como por mutismo selectivo u otras complicaciones que pudieran emerger. En esa línea, Alves (2016, 2017) plantea a la “lengua síntoma” –en tanto formación reactiva– como un observable en la clínica con estos niños y estas niñas: por un lado, podrían aparecer dificultades en el aprendizaje de la nueva lengua que se vinculan con la tarea de apertura que implica la experiencia migratoria. Dicha adaptación podría interpretarse como posibilidad de perder la propia identidad y, así, la lengua revestiría un carácter sintomático al obstaculizar el armado de nuevos lazos sociales. Por otro lado, también podría acontecer que se diera un radical borramiento de la lengua materna (ya sea porque la misma estuviera ligada a vivencias traumatogénicas o como efecto del intento de adaptación camaleónica al nuevo contexto, su cultura e idioma); de este modo, habría un despojo de las primeras identificaciones con la lengua madre. La misma devendría síntoma, generando una sensación de extranjería al encontrarse con una persona coteránea y desarrollando una inhibición en la competencia lingüística que podría complicar el vínculo con semejantes de su lugar de origen primigenio.

La alusión al “hablar mal” de estas infancias migrantes también podría ser efecto de determinados discursos sostenidos en formas normativas de hablar y prácticas segregativas que se emiten desde un valor de verdad. Las mismas tenderían a etiquetar, clasificar en diagnósticos y disciplinar a niños y niñas que se hallan entre dos lenguas (Otero et al., 2021). Es necesario contemplar que los idiomas trascienden los vocablos y sintaxis, además implican códigos, velocidades, temas (Company, 2021).

En otro orden, se hallaron algunos discursos teñidos por una mirada sustancializadora respecto de rasgos inherentes a determinadas nacionalidades con marcadores racializados. Los mismos podrían devenir en tanto formulaciones explicativas de algunas características o problemáticas, como si las mismas dependieran de procedencias nacionales o étnicas. De ese modo, se correría el riesgo de esencializar rasgos y naturalizar situaciones conflictivas sin una interrogación profunda respecto de sus condiciones de producción: ¿ante qué tipo de dinámicas estas infancias se “retraen”? ¿son “silentes” o silenciadas en la dinámicas escolares?, ¿a qué podría responder ese “situarse en menos”? ¿se tratará de una posición subjetiva típica de las personas oriundas de un país vecino?, ¿o también puede asociarse con la asunción de una posición desventajosa en la jerarquía social a la cual se convoca ocupar? La consideración de la cultura

como determinante de características y conductas de ciertos grupos migrantes podría emparentarse con elementos de racismo cultural, si se utilizara ese sistema clasificatorio para la inferiorización o exclusión. Así, las desigualdades en las condiciones sociales se ocultarían bajo el manto de las “diferencias culturales” como causa explicativa.

En relación a las condiciones de producción de sufrimiento, la mayoría de las y los profesionales que participaron en las entrevistas es portadora de una mirada compleja acerca de las mismas. Se cuestionaría tanto la ilusión de una realidad infantil universalizable en clave naturalista como la creencia de que la experiencia migratoria implica, por sí misma, una única tramitación psíquica y un destino homogéneo.

Para las personas entrevistadas, los duelos migratorios tienen un lugar relevante en la producción de padecimiento dadas las numerosas pérdidas y elaboraciones necesarias que dicho proceso implica. Al tratarse de duelos múltiples que pueden activarse en distintas situaciones, los mismos cobran gran importancia durante la migración, ya que refuerzan la sensación de “estar entre” idiomas, dos tiempos, dos lugares, entre lo transitorio y lo definitivo, la estima y el rechazo, generaciones que permanecen y otras que se marchan (Santi, 1998 en Calvo, 2005). A su vez, algunas de las pérdidas son vivenciadas de manera ambigua porque no desaparecen absolutamente sino que, más bien, implican una separación temporo-espacial de aquello asociado al país de origen (Boss, 2001 en Calvo, 2005). Además, puede suceder que las personas adultas cuidadoras tengan una menor disponibilidad psíquica para conectarse con las necesidades emocionales de sus hijos e hijas, lo que implicaría que su función como pantalla protectora anti estímulos – capaz de moderar y filtrar la cantidad de excitaciones para así evitar que el psiquismo infantil se vea desbordado en su capacidad de procesamiento (Benyakar, 2005) – se vea afectada. Complementariamente, cuando las trayectorias migratorias implican desagrupaciones y reagrupaciones del núcleo familiar, estos movimientos generan afectaciones en las relaciones intergeneracionales, fraternas y con la familia extensa que pudo haber cumplido un rol central mientras el niño o la niña permaneció lejos de su madre o padre. Los cuidados a las infancias y sus contextos de socialización son transformados en las fases del proceso migratorio, alterando su vida cotidiana, vínculos, identidades. Después de años de distancia con su madre o padre, las infancias pueden no reconocer su autoridad al reagruparse nuevamente (García Borrego, 2011).

Se aludió a las reconfiguraciones familiares que acompañan las distintas etapas del proceso migratorio. En las mismas, los vínculos establecidos en el núcleo familiar pueden resultar oscilantes y llegar a tensarse intergeneracionalmente al transformarse los roles, relaciones de poder y capacidades de cada integrante. Esto es expresado por diversas personas entrevistadas que hicieron referencia a que las infancias poseen otros ritmos más acelerados o manejan mejor la nueva lengua que quienes las proceden.

La “aculturación disonante” haría alusión a que usualmente son los hijos y las hijas quienes se aculturán de una manera más veloz que las generaciones anteriores, lo que puede conducir a una inversión de roles intrafamiliares al ser quienes pueden oficiar como representantes o traductores de las personas adultas.

A su vez, para las infancias en contextos migratorios, la inclusión puede no realizarse cabalmente; así, no se percibirían totalmente como autóctonas ni como cabalmente pertenecientes al país de origen de su familia. En el caso de los hijos e hijas de personas migrantes, su biculturalidad implicaría tanto la expectativa de asimilación al país receptor como la continuidad de la sociedad de origen de su familia, lo que podría conllevar al rechazo de la cultura de su madre y padre o al repliegue al interior de su grupo de personas con el mismo origen (Portes en Gavazzo, 2013).

También se hizo mención a la discriminación, estigmatización y exclusión que vivencian las infancias en contextos migratorios provenientes de países de Latinoamérica. Recuperando el concepto de que “migrante” hace referencia a una condición social –usualmente subordinada–, más que un estatus jurídico político (Sayad, 2008), es factible divisar el impacto que podría tener que otras personas designen la identidad de “migrante” a un niño o una niña por el país en el que nació su familia, por más que aquél lugar se constituya solo en una referencia lejana.

Mediante burlas, hostigamiento o apartamientos, quedarían expuestas diferencias que no solamente darían cuenta de su cualidad de ser “distintas” sino también de ser consideradas como inferiores, negativas, desjerarquizadas: modos de hablar, rasgos fenotípicos, ubicación en una posición de clase y el acceso (o no) a determinados bienes de consumo –tal como expresó Zury al narrar que compañeras la habían señalado como “pobre” por no tener muñecas–, nombres propios –como narró Luis, lo que le aconteció a él y a su padre–, estéticas. En ese sentido, el comentario respecto de que algunas de aquellas infancias tenderían a buscar “argentinizarse” y rechazar lo propio de su cultura de origen podría estar vinculado con la percepción de una imagen de sí que, expuesta en un espejo en la sociedad receptora, devolvería una connotación negativa que se intentaría disipar.

En relación a las condiciones de vida, las mismas aparecen jerarquizadas por las personas entrevistadas como posibles generadoras de sufrimiento psíquico. Esto permite reconocer la determinación social de la salud y la consideración respecto a que en el proceso salud /enfermedad /atención/cuidado las dimensiones de clase social y las relaciones de poder (vinculadas a la nacionalidad, etnia, género, edad, entre otras) modulan modos de vivir, enfermar y morir.

La salud mental está asociada a la satisfacción de necesidades de vivienda, ambiente, alimentación, educación, vestimenta, trabajo: no es algo que suceda en seres aislados fuera de su contexto e historia. Se trataría de un proceso de determinación con inmensa complejidad en el que es necesario ubicar que las situaciones colectivas, las condiciones materiales, económicas, culturales y sociales en las que se insertan las vidas de las personas también producen malestares.

En esa línea, en los discursos de los profesionales se encontró una asociación entre la condición migratoria y la ubicación desfavorable en la estructura socio-económica. Dicha aparente correspondencia –que, pensada de manera crítica, en vez de confirmar características denigratorias respecto de la población mencionada, señala mecanismos de exclusión al interior de la estructura social– contribuye en la tarea de ubicar estas cuestiones en términos de interseccionalidad. En ese sentido, el solapamiento entre ambas condiciones (origen nacional y clase social) en el discurso de los entrevistados quizás señale la combinación de factores que intervienen en la producción de sufrimiento psíquico y en la dificultad de disociarlos cuando se encuentran tan íntimamente imbricados.

Es posible esbozar que, ante segmentos poblacionales que suelen tener peores indicadores socio-demográficos, la incidencia de los aspectos económicos y sociales se hace menos desdeñable al momento de considerar las determinaciones de su padecer. Esto dialoga con la escasa mención a la atribución de factores biológicos como condicionantes de producción de padecimientos mentales de las infancias migrantes, introduciendo el interrogante respecto de un posible eclipsamiento de los factores biológicos cuando la vulnerabilidad social aparece como protagonista (Montobbio, 2013). A diferencia de lo que acontece con otras infancias –como, por ejemplo, aquellas diagnosticadas con ADHD, en las que frecuentemente se apela a la etiología biológica y, tal como lo enuncia Iriart (2014), su sufrimiento es interpretado como un desbalance bioquímico a controlar mediante tratamientos y/o fármacos, sin problematizar el contexto actual de reconfiguraciones y disputas capitalistas–, en la mayoría de las entrevistas predominaron hipótesis explicativas que distan de la atribución a la importancia de los factores neurológicos o biológicos frente a los malestares de niños y niñas en contextos de migración internacional (Poverene, 2015).

Por último, profesionales introdujeron en su análisis cómo los condicionantes ambientales, económicos, sociales, institucionales y culturales afectan la salud mental infantil, no cayendo en explicaciones unilineales que disociaran el padecimiento de las dinámicas intersubjetivas. A través de una mirada que contempla las condiciones objetivas de vida de estas infancias y las pondera como fundamentales en su multidimensionalidad para explicar su sufrimiento psíquico, las personas entrevistadas identificaron los efectos subjetivos que puede generar un contexto en el que los privilegios y “precaridades” (Butler, 2010) están distribuidos desigualmente.

II. De(s)generaciones

A partir de las entrevistas mantenidas, pudo identificarse el fenómeno de denominar a hijas e hijos, nietas y nietos de personas que provinieron de otros países como una “segunda o tercera generación de migrantes”. En ese punto, es interesante que la categoría de “*migrantes*” aparezca en los discursos de profesionales vinculada a la población usuaria y no a sí mismos o sí mismas. Es decir: ¿cómo opera la noción de

generaciones de migrantes también en las personas trabajadoras en servicios de salud?, ¿también se autoperciben como migrantes por haber sido, en muchos casos, descendientes de personas extranjeras?, ¿o hay algunas identidades nacionales que son más fácilmente consideradas como foráneas que otras?

Esta tendencia a atribuir la noción de extranjería en función de rasgos fenotípicos (los que solamente podrían verse “erosionados” con el paso del tiempo y la “mezcla” en la reproducción con personas que tuvieran otros fenotipos) podría estar asociada a una racialización de la nacionalidad. La misma hace referencia a aquella idea de que la pertenencia a una nación dependería de factores sanguíneos o genéticos (Karasik, 2005, Caggiano, 2005, Caggiano, 2011 en Courtis y Pacceca, 2011).

Así, la marcación nacional sustentada en la imagen unificaría en una dimensión imaginaria a las infancias argentinas hijas de generaciones anteriores de migrantes, tornando imposible su demarcación a través de las décadas y perpetuando un tipo de estigma *desacreditado* (Goffman, 2006) y fácilmente detectable. De ese modo, pese a que una persona extranjera pudiera realizar un procedimiento de cambio de estatus en su situación legal, el mismo no sería reconocido en tanto tal a nivel social.

Además, con la racialización de la nacionalidad como modo de definir pertenencias y contabilizar a la descendencia de migrantes que hubieran nacido en Argentina como personas extranjeras, no solamente se genera una confusión en relación a su numerosidad real al acudir a servicios públicos sino que también genera efectos en la vida cotidiana de las personas y en su identidad, tal como se plasma en el relato de Keila (informante clave)⁸.

Tomando los aportes de Goffman (2006), podría pensarse que la “*indeseable diferencia*” que portan las y los migrantes deviene en una característica mediante la cual se procede a su definición, generando estigmas y tratando al atributo de su nacionalidad como desacreditador. Dicho autor identifica tres tipos de estigma, uno de ellos se refiere explícitamente a “*los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia*” (Goffman, 2006: 14). De ese modo, es dable preguntarse si existen nacionalidades más desacreditadas que otras en las que se transmitiría hereditariamente aquella marca que teñiría y estigmatizaría a todos los integrantes de la familia, incluso a través de las generaciones. Esto, a su vez, permite vislumbrar aquello descrito por Sayad (2008) respecto que ser migrantes se trata de posiciones relativas de aquellas personas que atraviesan las fronteras nacionales. Es decir, lo designa una condición social y no necesariamente una situación de estatus jurídico que podría transformarse.

⁸ Al escribir, evoco una entrevista realizada en el año 2012 en la Villa 1 11 14 –en el marco de un relevamiento epidemiológico que llevé adelante junto con Médicos del Mundo Argentina–: una mujer argentina proveniente de un pueblo de Jujuy me comentó, con angustia y vergüenza: “*tengo complejo de boliviana*” por poseer rasgos andinos y ser discriminada en múltiples situaciones por ello. Esta situación vislumbra la dicotomía existente entre capital e interior en Argentina, en la cual “las provincias” (y, aún más, las que se acercan con las fronteras a otros países andinos) pueden resultar extranjerizadas al distanciarse de la imagen homogénea que el centro construye y autopercibe.

En lo relativo a la invisibilidad de datos de las infancias en contextos de migración, los mismos suelen ser escasos y sin los criterios de desagregación necesarios para habilitar un análisis completo. Además, prima el déficit de articulación entre los datos recolectados, lo que socava la posibilidad de caracterizar sus condiciones de vida y sus necesidades particulares, para la implementación de políticas públicas acordes. En lo relativo a las hijas y los hijos de personas migrantes, se identifica la falta de inclusión de dicha dimensión en la recolección de datos, lo que la invisibiliza aún más (Ceriani Cernadas, 2023; IJDH UNLa – UNICEF, 2023).

Si bien es posible inferir que hay un caudal considerable de consultas de niñas y niños de familias migrantes latinoamericanas en los equipos de salud mental en efectores públicos en CABA, queda pendiente advertir, efectivamente, qué dimensión o porcentaje de la población consultante ha nacido en otros países o forman parte de hogares migrantes. De ese modo, en –en muchos casos– la atribución de nacionalidad de niñas y niños queda sujeta a lo que “*visiblemente se ve*” (Ximena, psicóloga, Hospital General) y no sería el criterio del “derecho de suelo” el que operaría determinando cuáles personas son consideradas extranjeras y cuáles “argentinas” –criterio vigente en el país desde el año 1853–. Así, las apreciaciones personales de trabajadores y trabajadoras de la salud podrían *degenerar* (hacer perder las características originales) la categoría de migrante. Al no contar con información fehaciente al respecto, se generan obstáculos para dimensionar la presencia efectiva de las infancias en contextos migratorios en los servicios de salud mental, la que habilitaría una revisión de prácticas (tanto técnicas, administrativas como incluso formativas) en función de aquella dimensión.

También se desprende de las entrevistas la importancia de conocer la procedencia de madres y padres de niños y niñas que consultan a los equipos de salud mental. Pese a ello, el dato del país de nacimiento de las y los progenitores no es formalmente solicitado en la admisión ni en la historia clínica sino que es solamente explorada por las y los profesionales intervinientes a quienes les interese profundizar en dicha información. En ese sentido, es dable pensar en una especificidad en lo que respecta a los procesos de atención y cuidados en salud mental en el que la nacionalidad de progenitores de niños y niñas sí resulta información relevante a contemplar (a diferencia de lo que podría, quizás, resultar de interés para otras especialidades médicas). Esto permitiría comprender más cabalmente tanto las concepciones de infancias y crianza como considerar las necesidades específicas que pueden emerger en un contexto migratorio.

Lo recién desarrollado es compatible con los hallazgos de IJDH UNLa/UNICEF (2023) que también iluminan las limitaciones existentes en la producción y desagregación de la información de organismos públicos de múltiples sectores y niveles de gobierno. En muchas ocasiones, los criterios para recolectar y desagregar datos no facilitarían arribar a información relativa a niños y niñas que nacieron en otros países o que son hijos o hijas de migrantes. Esto dificulta la identificación de datos que podrían ser relevantes,

incluso para las políticas públicas, y que aportarían un marco de mensurabilidad respecto al acceso de migrantes a la salud y a sus necesidades específicas de atención.

Recapitulación

Para responder al tercer objetivo específico, se caracterizaron y analizaron las manifestaciones de sufrimiento psíquico de niños y niñas de familias migrantes internacionales y sus condiciones de producción, desde los discursos de profesionales de salud mental del sector público estatal e informantes clave. También se apeló al pedido de información pública a la Dirección de Salud Mental del GCABA, se consultó el SIGEHOS (sistema informático integral y unificado del Ministerio de Salud del GCABA) y a documentos oficiales publicados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud o el Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

A partir de las entrevistas a profesionales, se encontró la existencia de dos perspectivas antagónicas aunque no excluyentes entre sí: la identificación de problemáticas de salud mental recurrentes en las infancias migrantes regionales (dificultades en la adquisición del lenguaje, mutismo selectivo, retracción o inhibición, psicosis, problemáticas psíquicas severas que implicarían fallas en la constitución psíquica infantil, desafíos en el desarrollo y dificultades en la socialización) y la consideración de una inespecificidad en las mismas. Esto se ve representado en la *Figura 6*.

En relación a dimensiones de la vida ponderadas como importantes en la producción de padecimiento de las infancias en contextos migratorios regionales, se halló que la cuestión migratoria fue identificada en las entrevistas como una importante generadora de sufrimiento psíquico. Pese a ello, su impacto no sería monolítico: albergaría, dentro suyo, distintas aristas: los duelos migratorios, los efectos de la migración en la reconfiguración familiar; la discriminación, exclusión y estigma en contextos de socialización y las condiciones materiales de existencia de las infancias y sus familias (lo que puede encontrarse sintetizado en la *Figura 7*). De ese modo, no primaron explicaciones que disociaran el sufrimiento psíquico de dinámicas intersubjetivas ni de condiciones objetivas de vida. Los efectos de los procesos migratorios serían multidimensionales en las infancias y trascenderían la dimensión intrapsíquica, estando íntimamente ligados a un contexto en el cual las precaridades se han distribuido desigualmente.

En otro orden, se identificó –como categoría emergente– la transmisión intergeneracional del estigma de la migración, principalmente en aquellas poblaciones racializadas. En esos casos, las y los profesionales de la salud mental tenderían a adjudicar las nacionalidades de las infancias en función de la de sus generaciones anteriores, como si el criterio jurídico de la *ius sanguinis* fuese el que rigiera en Argentina.

Por último, también se encontró la ausencia de datos desagregados que permitieran caracterizar o dimensionar de manera integral la atención a infancias en contextos migratorios en los servicios de salud mental en el subsector público en CABA.

Objetivo 4: Identificar y describir los abordajes utilizados en el campo de la salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias implementadas en la especificidad del encuentro intercultural

“Cuidados no infunden miedo. No agitan amenazas. No ejecutan castigos. No se molestan con la dificultad. Cuidados alojan terrores e indiferencias desvalidas”
Marcelo Percia, 2020

Abordajes utilizados en el campo de la atención en salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios

A partir de las entrevistas, es posible identificar que en las instituciones que fueron objeto de estudio se implementaron diversos abordajes destinados a las infancias en contextos migratorios. Algunos de ellos implicaban tratamientos terapéuticos individuales con niños o niñas, espacios grupales y acompañamientos desde otras disciplinas, como el trabajo social.

En el caso de los efectores del sector salud, estas alternativas no estarían concebidas de manera exclusiva para atender a dichas infancias en contextos migratorios ni se trataría de dispositivos específicamente diseñados para el trabajo con sus familias: eran los abordajes implementados usualmente y en los cuales podrían incluirse. A diferencia de ello, los abordajes llevados adelante por el Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados sí se encontraban especialmente planificados para la población extranjera con la que trabajaban.

A continuación se identifican distintos abordajes nombrados por las y los profesionales que se entrevistaron durante el trabajo de campo, reconociendo que pudo haber habido transformaciones en los mismos y que no se trata de un listado exhaustivo. A su vez, dados los distintos funcionamientos, recursos y áreas existentes entre las instituciones del subsector público de salud y el Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, se presentan de manera diferenciada los abordajes que se desarrollaron en ellos.

También es indispensable aclarar que existen otras instituciones y programas en el sector público estatal que pueden intervenir con infancias en contextos migratorios pero las mismas no han formado parte de la investigación.

En el ámbito del subsector público de salud en CABA, aquellas y aquellos profesionales que se entrevistaron y habían realizado la carrera de psicología, destacaron la implementación del abordaje psicoterapéutico individual con orientación psicoanalítica.

Yo estoy en defensa absoluta del encuadre individual, me parece que la transferencia es una herramienta muy poderosa (Hospital General, psicóloga, Helena).

Uno propone lo que uno tiene... yo les propongo un dispositivo clínico psicoanalítico, es lo que yo les ofrezco. Con algunos juegos y con la disposición de la palabra y la escucha (...) Yo opero psicoanalíticamente con el niño tratando de que ese niño pueda posicionarse respecto de su propio decir y advenga en el sentido de algo de su deseo (CeSAC, psicólogo, Darío).

Aquello no implicó, sin embargo, la ausencia del trabajo de los equipos con las familias de aquellas niñas y aquellos niños a través de entrevistas mantenidas con sus madres y padres. Las mismas también fueron consideradas como partes integrales en el proceso de atención y cuidado.

Se hace como una orientación a los padres. Pero siempre en relación a ellos como papás, no sé cómo explicarlo, como que es un espacio de educación a los papás (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

También escucho a la mamá, ojo, y al papá. La propuesta es analítica, la propuesta es iniciar un tratamiento y el objeto del tratamiento es el niño (...) Entre una de las cosas que yo tengo para poder hacer que ese niño padezca menos, es a sus papás. Sus papás no son los que están en tratamiento. Esta diferencia es... No obstante, son los que lo traen, no obstante son quienes crean condiciones de vida de ese niño (CeSAC, psicólogo, Darío).

También un entrevistado que tenía formación en clínica musicoterapéutica, con orientación psicoanalítica, mencionó la importancia del trabajo con las familias en los espacios terapéuticos que él conduce, además de los espacios individuales en los que se aborda un *hacer* a partir de elementos que se constituyen en otro tipo de soporte del lenguaje, como la voz, el silencio, instrumentos musicales y distintos sonidos. Mencionó que la musicoterapia estaría vinculada con aspectos culturales, sociales y comunitarios, así como explicó su disposición a jerarquizar el entorno sonoro de cada consultante y visibilizar la importancia de la dimensión de lo oído en la constitución psíquica de las personas: los sonidos, ritmos, juegos vocales, balbuceo, melodías y músicas dejarían huellas fundamentales.

Si uno no trabaja con la familia con niños es como nada... El chiquito va a jugar bárbaro pero después vuelve a la familia donde quizás es el lugar enfermando, donde aparecieron los síntomas (Centro Especializado en Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo)

El trabajo con las familias podría implicar, también, una modalidad distinta a la de la participación de entrevistas de orientación: el presenciar el tratamiento del niño o niña con su terapeuta (principalmente en el abordaje de infancias con desafíos en el desarrollo). Esto redundaría en que pudieran observar el modo en que profesionales se vinculan, aproximan, dirigen, contienen y juegan con el niño o niña, tal como fue comentado por Damiana.

En otro orden, al indagar sobre la existencia de otro tipo de dispositivos de abordaje para el sufrimiento psíquico infantil, se refirió que se desarrollaron experiencias de trabajos grupales con niños y niñas.

En el CeSAC, más allá de las consultas individuales con profesionales, también se implementaba el dispositivo de juegoteca integrada que podía funcionar como una posibilidad de recepcionar a aquellas niñas y niños que aún no habían iniciado un espacio terapéutico individual.

(...) es un espacio de recepción para familias que vienen por alguna consulta sobre un niño y que, mientras o hasta tanto se les ofrezca algún otro abordaje que puede ser individual, hay un espacio ahí de juego (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Pese a ello, dicho profesional percibió que algunas instituciones (como las escolares) no considerarían a dicho dispositivo como un abordaje válido para dar respuesta al sufrimiento psíquico en las infancias. En ese sentido, narra que si un papá le dijera a la escuela que su hijo acude a la juegoteca, recibiría como respuesta que lo llevara a un (verdadero) tratamiento. Frente a eso, plantea: *“nosotros le devolvemos que está viniendo a la juegoteca. Parece como si no fuera adecuado o suficiente...”* (CeSAC, psiquiatra Ilan).

También en el Hospital General de Agudos las profesionales entrevistadas aludieron a una hora de juego grupal que se proponía generar estabilidad a través del establecimiento de un encuadre, instituir reglas de “no violencia” e intentar reemplazar la acción por la palabra. El mismo era guiado por los principios fundamentales del psicoanálisis y era coordinado por las psicólogas del equipo, quienes se propusieron generar un dispositivo que pudiera ser más *“operativo socialmente”* (sic). En dicho espacio podían participar niños y niñas que ya estuvieran en tratamiento individual o también podían incluirse aquellas personas que estaban en lista de espera para iniciar espacios terapéuticos individuales, lo que tendría una doble función: en tanto herramienta diagnóstica para evaluar la urgencia de las situaciones clínicas que se derivarían y en tanto solución de compromiso que permitiría no dejar *tan* en situación de espera a quienes estaban aguardando disponibilidad para su atención.

A mí me parece que siempre lo más fuerte es el tratamiento individual, no es lo más operativo socialmente, no es lo que más rinde, es mejor tener a diez que de a uno, pero la transferencia también se diluye (Hospital General, psicóloga, Helena).

En el Hospital Pediátrico también funcionaba un taller de juego semanal. Los niños y niñas acudían al mismo tres veces por mes y las personas adultas a cargo concurrían la semana restante para trabajar distintas temáticas, tales como “crianza”, “puesta de límites”, “alimentación”, “escuela” (sic). Aquel dispositivo grupal era coordinado por dos o tres psicólogas y funcionaba como un espacio adicional al tratamiento psicoterapéutico individual, que permitía vislumbrar cómo era la interacción entre pares. Además, promovía una mayor red de apoyo para las madres: *“El taller sirve como un lugar de que puedan encontrar una red, entonces después las mamás se arman el WhatsApp del grupo del taller, se empiezan a pasar recetas, se empiezan a pasar consejos”* (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana). Dicha entrevistada

narró que el taller de juego era una instancia vincular entre madres y sus hijas o hijos en donde era muy productivo que las progenitoras se observaran unas a otras en la situación lúdica, pudiendo “*construir nuevos saberes de la maternidad en compañía de otras mamás*” (sic). Aquel dispositivo grupal habría devenido en un espacio de encuentro que, con el advenimiento de la pandemia, se descontinuó, junto a numerosas transformaciones que se dieron en los dispositivos de atención: tratamientos individuales que adquirieron la modalidad virtual o que, si se mantuvieron en presencialidad, espaciaron su frecuencia y debieron llevarse adelante prescindiendo de los juguetes en los consultorios (pese a la importancia que adquieren en el vínculo terapéutico con un niño o niña).

También en el Centro Especializado en Salud Mental funciona un dispositivo clínico de atención ambulatoria dirigido a infancias que atraviesan patologías severas. Es un Hospital de Día infantil conformado por profesionales de múltiples disciplinas que desarrollan diversas propuestas, tales como talleres terapéuticos grupales además de los tratamientos individuales.

En otro orden, una trabajadora social entrevistada refirió que la particularidad que tendría su formación disciplinar en el marco de un efector de salud sería la mirada en torno a la capacidad cuidadora de la familia y el trabajo a realizar con la misma en términos de sostén, alojamiento y acompañamiento.

Nuestra mirada es sobre la familia, sobre la capacidad cuidadora que tiene sobre ese sujeto enfermo y las posibilidades de acompañamiento y sostén y alojamiento que tenga ese grupo familiar, y todas las personas significativas, para poder acompañar el tratamiento y la mejor recuperación (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad).

Aunque el abordaje intersectorial no fuera explícitamente nombrado en la mayoría de las entrevistas, aquello podría imponerse como una necesidad frente al abordaje de un campo complejo.

No trabajamos solos, es imposible, necesitamos de otras instituciones que van a seguir un trabajo en cuanto a la supervisión, al acompañamiento cuando el paciente egresa... Y aunque siga en tratamiento ambulatorio necesitamos compartir esa responsabilidad con esos organismos (...) El hospital solo no puede trabajar nunca (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Hay una resolución que es macro y que no depende de un tratamiento (...) Pero si me preguntás por la salud mental, me parece que [el tratamiento psicológico] no alcanza. De ninguna manera alcanza” (Hospital General, psicóloga, Helena).

Es interesante destacar que en la última consulta realizada de manera virtual en la Guía de servicios de Salud de la Ciudad del GCBA (marzo de 2022), se halló en la última hoja un listado de “leyes útiles” a considerar. Entre ellas, figuraba –en este orden– un breve resumen de la Ley N° 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (1999), la Ley N°26.529, Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009), la Ley N° 25.871, Ley de Migraciones (2004) y la Ley N° 26.743, Ley de Identidad de Género (2012).

Dado el interés de la presente investigación por la temática migratoria, se considera importante que en una guía destinada a proporcionar información acerca de la disponibilidad y funcionamiento de la red de servicios a las que las personas usuarias del sistema público de salud pueden acudir, se incluya el derecho de la población proveniente de otros países para acceder al derecho a la salud, asistencia social y sanitaria más allá de su situación migratoria.

La inclusión de esta información referida a los derechos de las personas migrantes en el ámbito sanitario, trasciende la mirada securitaria (que emparentaría dicha cuestión con el control de las fronteras) y se constituye en un peldaño importante de señalar para el enfoque de derechos humanos.

En el Área de acompañamiento de Refugiados y Migrantes del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos funcionaba un equipo integrado por un psicólogo que hablaba inglés, una psicóloga que hablaba francés, otras y otros profesionales de psicología, trabajo social, antropología y psiquiatría. Complementariamente, también articulaban su labor con profesionales de la abogacía, con formación en derechos humanos, a quienes podían formularles consultas.

Aquél equipo implementó diferentes dispositivos: rondas de bienvenida –algunas de ellas se realizaban en español y otras en inglés, funcionando en el Centro de Orientación al Migrante– y atención individualizada, a la que podía accederse después de una evaluación de admisión en la que se determinara la pertinencia de que la persona accediera a un acompañamiento psicológico en dicho espacio (OIM, 2019). Kevin explica que el acompañamiento individual se trataba de una terapia de apoyo o holding pero que también se implementaron tratamientos vinculares o familiares. Asimismo, agregó que, en algunas ocasiones, el equipo ha visitado los domicilios de aquellas familias que no podían acercarse al Centro para trabajar con ellas y definir derivaciones a efectores cercanos a sus territorios.

El equipo va [a las casas de la familia] (...) y se hace como una derivación al lugar más cercano (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Si bien algunas de las modalidades de intervención llevadas a cabo por el equipo estaban específicamente orientadas al trabajo con las infancias en contextos de migración –como la atención individualizada para niñas y niños o los espacios vinculares o familiares–, en otros de ellos –como las rondas de bienvenida y el tratamiento para personas adultas– también se abordaban las problemáticas de salud / salud mental de los y las más pequeños en el trabajo con sus madres, padres o referentes afectivos (aunque de manera indirecta). Cuando, a partir de lo que hubiera emergido en el dispositivo grupal de contención “Rondas de Bienvenida”, consideraban oportuna una derivación a tratamiento psicológico, lo hacían al Centro de Asistencia (solamente en el caso de que se cumpliera con los criterios de inclusión determinados previamente por dicha institución). Sino, en su defecto, la derivación se producía a efectores públicos de salud.

En principio, serían las personas que tienen carácter de refugiadas (...) Después otro criterio es a personas que no tiene representación de embajadas en Argentina. Y, después, otro criterio muy fuerte es este que sean personas donde podamos constatar alguna violencia institucional, sea en el país de origen, en el transcurso o el de acogida en el país (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicóloga, Brisa)

Por su parte, para las Rondas de Bienvenida se convocaba a las personas que estaban en la sala de espera del Centro de Orientación aguardando ser atendidas (en el Anexo 4 se amplía información respecto a dicha institución). En algunos casos, las personas participaban una única vez, en otros se invitaba especialmente a quienes que ya habían asistido a otras Rondas con anterioridad.

Una vez hicimos una que vino gente que ya había venido otras rondas, la mayoría eran venezolanas y estuvieron hablando de comidas, cagándose de risa, recordando cosas de su país, fue súper alegre (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicóloga, Brisa)

En las Rondas –en las que principalmente participaban mujeres– se trabajaba sobre distintos temas de interés de las personas recientemente llegadas al país, tales como las dificultades en el acceso a un trabajo, consultas de índole administrativo y de acceso a derechos, relaciones de género o situaciones particulares que despiertan un monto grande de angustia, como es el caso reiterado de mamás que están acompañando tratamientos de salud de sus hijos o hijas y no cuentan con redes de apoyo.

Caen con una necesidad de encontrarse con otras personas o incluso con nosotras dos y utilizar el lugar como un lugar de descarga emocional. Les hacés unas preguntas y surge una angustia... quizás tal vez necesitaban generar un espacio en el que alguien que no conoce a nadie encuentra un lugar propicio para descargar cuestiones íntimas (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, antropóloga, Leandra)

Mucho de lo que hicieron las chicas y fuimos haciendo nosotras fue conectar entre migrantes. Hay una cosa en estos primeros años de la migración de mucha soledad y que... ¡a veces necesitan una amiga! (Centro de Orientación al Migrante, Olivia)

En las entrevistas se plantea la potencia de aquél espacio como posibilitador de generar nuevas conexiones existenciales con otras personas, inclusive con aquellas que atraviesan un mismo momento vital y comparten sus procedencias.

Asimismo, a partir de lo emergido en las rondas y del lazo establecido con sus coordinadores o coordinadoras, podía suceder que se generaran vínculos más permanentes en el tiempo con personas que acudían al Centro para buscar contención o conversar con las profesionales tratantes sobre aquellas cuestiones generadoras de malestar. Así, las mismas devenían como " *punto de referencia* " (sic).

Figura 9. Abordajes utilizados en el campo de la atención en salud mental del subsector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios

Abordajes	
Subsector público de salud en CABA Tratamientos individuales con el niño o la niña Espacios grupales con infancias: Juegoteca Integrada, Hora de Juego Grupal, Taller de Juego y Hospital de Día Espacios grupales con madres o padres Acompañamiento por profesionales de Trabajo Social	Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Tratamiento individual con el niño o la niña Tratamientos vinculares o familiares

Nota aclaratoria: Si bien en el Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados se desarrollaban también Rondas de Bienvenida, las mismas no figuran en esta figura porque fueron llevadas a cabo con adolescentes

Fuente: Figura de elaboración propia

En el marco del pedido de información pública realizado para la investigación IJDH UNLa – UNICEF (2022), de la cual la tesista formó parte, se obtuvieron datos respecto de los distintos abordajes sostenidos durante 2018 y 2019 en el Área de acompañamiento de Refugiados y Migrantes para la asistencia a NNA y personas adultas migrantes y refugiadas.

En el año 2018 se brindó atención mediante acompañamiento individual y/o familiar a tres personas menores de 18 años que se auto-percibían con género masculino. Uno de ellos tenía tres años, procedía de Turquía y era solicitante de refugio, con permiso de residencia temporal; otro tenía 17, su país de origen era Siria y poseía un visado Humanitario con DNI temporal; otro tenía la misma edad, provenía de República del Congo y también era solicitante de refugio, con permiso de residencia temporal. En dicho año también se atendió a una persona trans masculina nacida en Bolivia pero, al ya tener la mayoría de edad, quedó por fuera del relevamiento (véase *Tabla 3*).

En 2019 se brindó atención a 5 NNA, mayoritariamente a través de tratamientos individuales y familiares. Dos de ellas provenían de Venezuela y tenían DNI temporal (una, de 14 años, se auto-percibía con género femenino; el otro, de 16 con el género masculino), otro había llegado de Haití, era solicitante de refugio con

permiso de residencia temporal y tenía 17 años y los otros dos habían llegado de Siria (uno tenía 14 años y el otro 15, ambos recibieron visado humanitario).

Complementariamente, en el dispositivo grupal de contención “Rondas de bienvenida” participaron 4 adolescentes entre 14 y 17 años: la menor de ellas provenía de Venezuela y era solicitante de refugio con permiso de permanencia temporal; otro adolescente había venido del mismo país, tenía 16 años y se encontraba tramitando su permiso de residencia; otra adolescente de 17 años se auto percibía como trans-femenina, había nacido en Colombia y su situación migratoria era irregular; por último, otro adolescente de la misma edad había llegado desde Venezuela y estaba tramitando el permiso de residencia (véase *Tabla 15 y 16*).

En síntesis, a partir del pedido de información realizado al Centro Ulloa, se identifica que si bien se generaron espacios de escucha destinados a infancias en contextos migratorios regionales, mayoritariamente se trataron de intervenciones dirigidas a población mayor de 14 años.

Tabla 15. Atención psicológica de NNyA migrantes. Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa” 2018-2019

Año	Edad	Género	País de origen	Tipo de acompañamiento	Situación Migratoria
2018	3	Masculino	Turquía	Familiar	Solicitante de refugio, con permiso de residencia temporal
	17	Masculino	Siria	Individual y fliar.	Visado Humanitario. DNI temporal
	17	Masculino	Rep. del Congo	Individual	Solicitante de refugio, con permiso de residencia temporal
2019	16	masculino	Venezuela	individual y fliar	DNI temporal
	14	Femenino	Venezuela	individual y fliar	DNI temporal
	14	Masculino	Siria	individual y fliar	Visado Humanitario. DNI temporal
	15	Masculino	Siria	individual y fliar	Visado Humanitario. DNI temporal
	17	Masculino	Haití	Individual	Solicitante de refugio, con permiso de residencia temporal

Fuente: Pedido de información de Investigación: EX-2022-37197690- -APN-DNAIP#AAIP Centro Ulloa

Tabla 16. Participación de NNyA migrantes en el dispositivo rondas de bienvenida. Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa” 2018-2019

Edad	Género	País de origen	Situación Migratoria
17	Masculino	Venezuela	Tramitando permiso de residencia
17	Trans femenina	Colombia	Situación migratoria irregular.
16	Masculino	Venezuela	Tramitando permiso de residencia
14	Femenino	Venezuela	Solicitante de Refugio, con permiso de permanencia temporal.

Fuente: Pedido de información en el marco de la investigación “Migraciones y derechos de la niñez y adolescencia en Argentina en tiempos de pandemia”, desarrollada por el Programa Migración y Asilo del Instituto de Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y la oficina de UNICEF en Argentina: EX-2022-37197690- -APN-DNAIP#AAIP Centro Ulloa

Obstáculos hallados y estrategias implementadas

En relación a los obstáculos identificados y las estrategias implementadas, es importante clarificar que se procedió a la creación de una categorización que permitiera vincular las dificultades halladas por las y los profesionales que se entrevistaron con distintos recursos y alternativas que llevaron adelante en situaciones de encuentro intercultural. Es decir, no necesariamente ha sido planteado de esa manera por las personas entrevistadas sino que dicha correspondencia ha sido elaborada con fines didácticos.

A continuación, se presentan las siguientes dimensiones:

- I. Diferencias idiomáticas y en los modos de expresión
- II. Desconocimiento del contexto y subestimación de los efectos de la pertenencia de clase y configuración cultural
- III. Falta de políticas públicas para infancias migrantes y sus familias
- IV. Barreras de accesibilidad

I. Diferencias idiomáticas y en los modos de expresión

Uno de los obstáculos identificados por las y los profesionales que se entrevistaron ha sido la dimensión de las diferencias idiomáticas y en los modos de expresión. Las mismas están vinculadas tanto con los usos de la lengua compartida –que no siempre es compartida entre consultantes y equipos tratantes– como con los tiempos del habla, la sintaxis y la pronunciación de familias migrantes de diferentes orígenes.

O por ahí también el manejo del lenguaje en cuanto al tiempo en el habla (Hospital Monovalente, psiquiatra, Caleb)

A veces son cuestiones idiomáticas y a veces son cuestiones de que el otro tiene como otra forma de expresarse (Hospital General de Agudos, trabajadora social, Karina)

Al principio yo ni entendía lo que me decían. No entendía [imita sonidos incomprensibles con los labios semi cerrados] (Hospital General de Agudos, psicóloga, Helena)

Mis compañeras (...) me cargan y me dicen: “vos que entendés el boliviano” [risas] (...) (EOE, trabajadora social, Ailén).

También se señaló la falta de adaptación del vocabulario técnico utilizado por los equipos tratantes al comunicarse con las personas usuarias migrantes, así como la dificultad para empatizar con aquellas cuestiones que dicha población puede desconocer y, por ello, precisa indicaciones puntuales (las que no aluden únicamente al lenguaje profesional sino también a trámites a realizar). Complementariamente, se mencionó que el sometimiento (sic) de las personas migrantes de países limítrofes para con la figura del o la profesional operaría como obstáculo para plantear las dudas que pudieran haber surgido: *“no cuenta con otro recurso más allá de quien lo está atendiendo, entonces hay como una especie de veneración o de respetuosidad llevada a un límite que hace que no se animen a decir que no entendieron”* (Departamento de Salud Mental en Facultad de Medicina, Quique).

Quizás los dos hablan español pero la rapidez con la que habla el médico y el vocabulario que usa el médico no tiene nada que ver con el vocabulario conocido por el paciente, se encuentra con palabras totalmente nuevas, con indicaciones totalmente nuevas, con la necesidad de hacer trámites que nunca hizo en la vida (...) Entonces el profesional se queda satisfecho sabiendo que ha dado las indicaciones, que ha recibido del paciente la respuesta: “sí, entendí” pero el paciente después sale al pasillo, mira los papeles y no entiende nada (Departamento de Salud Mental en Facultad de Medicina, Quique)

Muchos no quieren preguntar cuando no entienden porque piensan que el otro se va a cansar. A lo sumo, si se animan, preguntan una vez y, si no entendieron, se cortó. Ella [una migrante joven] contaba que se dio cuenta de que el tipo [médico] se percató de que no lo había entendido y que la miraba y se reía... como que no iba a gastar tiempo en hablar de vuelta. Y que ella se reía también como para pasar el mal trago (Equipo Salud y Migración de ONG, Oliverio)

En respuesta al obstáculo idiomático, algunas de las estrategias implementadas en el trabajo con infancias de familias migrantes ha sido la apelación a personas que pudieran oficiar como traductoras o intermediarias, en aquellos casos en los que los niños y las niñas o sus familiares hablaran una lengua que nadie en el equipo dominara.

Zulema (psicóloga, CeSAC) explicitó que, en una ocasión, habían recurrido a algún intérprete que fuera miembro de la comunidad para conversar con familiares de niñas y niños en contextos migratorios, principalmente cuando aquellas personas hablaban únicamente quechua. Aquella estrategia también fue acompañada por un intento del equipo por *“decodificar lo que querían plantear cuando hablaban... uno todo el tiempo está tratando de ver la significación que se le da a ese problema de salud mental y a ese síntoma”*. Es decir, no solamente habría habido un intento por atravesar la barrera idiomática sino también un interés por otorgarle un lugar a las teorías etiológicas de la familia en relación al padecimiento.

La estrategia de apelar a personas traductoras o intermediarias no sería privativa del trabajo con población migrante regional sino que también se utilizaría con personas provenientes de otros países. En ese sentido, Libertad (trabajadora social, Hospital Pediátrico) recordó que en el efector se había atendido un niño cuya familia hablaba chino mandarín y que, para poder comunicarse –en el contexto de que el pequeño atravesaba una enfermedad orgánica de gravedad–, se contactaron con una institución ubicada en el barrio de Belgrano que contaba con personas voluntarias que hablaban dicho idioma y se ofrecían de manera gratuita a oficiar como traductoras. Además, narró el trabajo que habían realizado con una niña de origen haitiano y su familia: la niña tenía trece años cuando llegó a la Argentina, donde ya estaba instalada su madre y su hermana; ella había quedado al cuidado de su abuela. La niña oía voces desde hacía tiempo atrás y se había ausentado de su hogar por la noche; al encontrarla, estaba con la ropa mojada, en situación de crisis y no podría recordar qué le había acontecido. Se procedió a una internación en el hospital y se encontró que el tema idiomático era un limitante para la intervención, dado que la familia hablaba en un dialecto particular y la comunicación se había tornado complicada. Finalmente, se recurrió a un tío de la niña –que ya se encontraba radicado en el país hacía varios años– para que oficiara como “interlocutor” entre el núcleo familiar y los equipos tratantes: *“tuvimos que recurrir a este tipo de recurso familiar como para poder comprender mejor (...) Esto fue un poco la variable que usamos, no teníamos mucho más que esto”* (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad).

También Camilo narró que en el Centro de Especialización en Salud Mental se abordó una situación compleja de una niña de cuatro años hija que había salido de una internación por haber dejado de comer y tener un preocupante descenso de peso. Aquella nena era hija de una mamá argentina que había atravesado problemáticas de alimentación y de un papá senegalés con otras costumbres en relación a la comensalidad y alimentación: *“Él venía de una tribu donde comían en el piso, tienen la costumbre de que cuando son chiquitos los papás mastican la comida y se las dan. Eran costumbres opuestas, muy”*. Dado que su progenitor hablaba un dialecto específico propio de su país de origen y todavía no había aprendido a conversar en español, acudía a las entrevistas junto con un amigo que oficiaba de “traductor”.

Por su parte, en el Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados se hizo referencia a la posibilidad de haber conseguido becas para que sus profesionales tratantes pudieran tomar clases de idiomas (francés e inglés) para aprender o mejorar su dominio algunas de las lenguas maternas de sus consultantes.

II. Desconocimiento del contexto y subestimación de los efectos de la pertenencia de clase y configuración cultural (de las personas usuarias y de las trabajadoras de la salud)

Algunas personas entrevistadas señalaron como obstáculo que, en ocasiones, habría un “desconocimiento del contexto” que atraviesan muchas de las familias migrantes por parte de las y los profesionales. A partir de la ignorancia de sus condiciones de vida –como, por ejemplo, las construcciones en altura tan usuales en

los asentamientos más precarizados en donde mucha población nacida en el extranjero reside—, se tendería a llevar a cabo interpretaciones parciales respecto algunos de los problemas de salud (como las caídas en altura) o modalidades de cuidado de aquellas poblaciones.

(...) lo que hay es un desconocimiento del contexto. Las lecturas sobre la pobreza son distintas: “se cayó de vuelta desde la escalera” (...) pero cuando empezás a ver el tema de caídas en altura y demás, las condiciones edilicias de esas casas... la cosa no es “no lo cuidó”, está marcado por “no lo puedo cuidar” (Hospital General, trabajadora social, Karina)

A ver, por ejemplo: “el nene no hace caso, se porta mal” pero cuando te pones a investigar, el nene está todo el día solo en la casa... o por ejemplo: “no para de comer, engorda” y claro, el nene está todo el día solo en la casa con los paquetes de galletitas o chizitos (...) Uno trata de complejizar el asunto siempre” (CeSAC, psicóloga, Zulema)

En ese sentido, se encontraron miradas que echaban foco sobre los efectos de las cuestiones contextuales en lo que atañe a las prácticas de cuidado de las familias migrantes y también a configuraciones culturales distintas a las propias. Esto visibiliza los modos de crianza socialmente consensuados y la posibilidad de cuestionar el carácter de inevitabilidad o de “naturaleza” de aquellas costumbres y creencias que más se han extendido y estandarizado en cierto medio cultural.

Así, emergería una alternativa respecto de interpretaciones reduccionistas realizadas por actores que entenderían a las *diferencias* en la vertiente del déficit o sin la intermediación de una problematización que atañe a cómo las condiciones de vida de estas familias modelan los modos de crianza.

Está esta cosa de que, además, la madre tiene que ocuparse de que la nena aprenda a hacer las cosas de la casa, porque si no es una mala madre. Claro, si la nena no sabe arrinconar, como dicen ellos, ordenar, tender la cama, lavar, lavar su ropa, es una falta de su madre que no le enseñó. Y eso lo ven como un cuidado, ¿entendés? (...) El tema de la educación es un tema muy importante, es una forma de cuidado, Por eso las maestras se confunden y a veces dicen: ‘no les hacen mimos’. No les hacen mimos porque no es su forma, su forma de cuidar es esta: que cumpla, que tenga los cuadernos, que haga la tarea, que le haga caso a la maestra. Un padre que se ocupa de esas cosas es un buen padre (CeSAC, psicóloga, Zulema).

También se vislumbró que la pertenencia de clase social de las y los profesionales del campo de la salud mental podría impactar en sus lecturas respecto a lo que acontece en las familias migrantes consultantes. Aquello se ejemplificó con un comentario que un psicólogo residente había realizado en un Ateneo Hospitalario en un Hospital Monovalente, al referir que notaba como un observable clínico que, en la población migrante con la que trabajaba, las parejas de madres y padres de niños y niñas se separaban pero continuaban conviviendo bajo el mismo techo. Ante aquella situación narrada por el profesional entrevistado, agregó: “*Aquí hay un cruce, una lectura, una suposición previa que es absolutamente de clase*” y explicó que los supuestos de los equipos tratantes ocupan un lugar no desdeñable al evaluar la realidad o modos de vida de las familias consultantes.

Y acá no nos olvidemos de otro gran tema: es la diferencia socioeconómica - cultural entre terapeutas, agentes en salud y pacientes, ¿no? (...) Una vez vino una nena que venía del Gutiérrez, estaba muy maníaca y decía: “¿quieren que les imite a las psicólogas que me evaluaron?” Entonces sale de la puerta, vuelve a entrar al consultorio y dice: “Hola, ¿Cómo les va divinas?” [con voz nasal] (...) Todo el factor clase. Y el tema es que

en las supervisiones y demás poco se tiene en cuenta, poco se tiene en cuenta (Hospital Monovalente, psiquiatra, Caleb)

Ahí hay una cuestión económica pero que también va de la mano en relación a los recursos simbólicos y la capacidad de abstraerse con ciertos conceptos que nosotros manejamos y damos por hecho, y quizás no sea así para todos. Entonces uno como profesional se lo tiene que cuestionar, pero eso queda en cada quién (Hospital Monovalente, psicóloga, Luna)

Así como emergió el atravesamiento de la cuestión de clase social de las y los profesionales, las diferencias de configuraciones culturales disímiles entre consultantes migrantes y equipos tratantes nativos también se planteó como un desafío a sortear en los procesos de atención. Las mismas implicarían la problematización de aquello que podría ser advertido como normal y esperable o, por el contrario, patológico o inusual, tomando en consideración el fundamental rol del factor cultural. Sin embargo, esta interpelación quedaría “en cada quien” (sic) y sería poco considerada en los espacios de supervisión, lo que denotaría un escaso detenimiento en torno a la implicación de quienes trabajan en los servicios de salud.

En una de las entrevistas, un profesional planteó que la regla de neutralidad en la clínica psicoanalítica se constituiría en una ficción en el trabajo con personas migrantes, y que era necesario vislumbrar los propios condicionamientos e ideales culturales que incluso permean las intervenciones: “[la neutralidad] es como la tonada. El catamarqueño dice: ‘¿qué natural que hablamos!’ [lo enuncia con una marcada tonada y se ríe] (...) No existe la neutralidad, lo interesante es si uno puede ver lo condicionado que está” (sic).

En esa línea, se planteó las diferencias en el abordaje de la temática de la alimentación con niños y niñas pertenecientes a familias argentinas que comparten sus costumbres de comensalidad con las y los profesionales, respecto a aquellos otros y aquellas otras que no utilizan cubiertos ni comen alrededor de la mesa, no siendo eso un indicador de una problemática del niño o la niña sino una pauta cultural propia de su socialización. También se abrió el interrogante incluso diagnóstico, respecto de la ausencia de contacto visual entre niños o niñas y otras personas, al problematizar si la misma necesariamente podría vincularse con padecimientos psíquicos severos o si podría encontrarse atravesada por la dimensión cultural: “¿el chico no mira porque no puede mirar?, ¿o porque hay una cuestión cultural de que no miran?” (sic).

Súper difícil intervenir con cuestiones familiares, de pareja, de dinámicas, de poder, religión (...) son totalmente ajenas. Hay que ser muy cuidadosa, muy pertinente, tratar de generar apertura suficiente como “quizás hay algo de esto que se me escapa o que no puedo meterme por acá porque genero algo... me meto con algo muy arraigado”. ¡Y esa es una cuestión de aprendizaje tremenda! (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, antropóloga, Leandra)

Y en algunas diferencias culturales fundamentales como, por ejemplo, la vivencia del tiempo. Lo que cuesta que lleguen a una determinada hora, además son bolivianos que llegan de zonas rurales muchos (...) entonces “son las tres” no existe, digamos. ¡Esto es europeo! Entonces quizás vienen tres y veinticinco y dicen “hola, hola” pero... el espacio termina tres y media y no lo podemos empezar por cinco minutos (Hospital Monovalente, psiquiatra, Caleb)

Y cómo para nosotros también nos es difícil tomar contacto con una cultura que no sabemos las reglas, no la conocemos (...) no es una cultura compartida en ciertas cuestiones. Y eso impacta en la clínica (Hospital Monovalente, psicóloga, Luna)

Si vos sabes que viene una mamá que es hija de, hijo de una cultura en la que pegar con un cinturón es normal... no es lo mismo que si hoy me vuelvo loca y le empiezo a pegar a mis hijos con un cinturón, es otra cosa... porque es otra cultura realmente. Es necesario saber con qué otro estamos hablando porque de eso también dependen nuestras intervenciones... (Hospital General de Agudos, psicóloga, Melisa)

Dichas diferencias señaladas –como el modo peculiar de experimentar el tiempo, el vínculo con la espiritualidad o de establecer relaciones de pareja o familiares–, en ocasiones tendrían el potencial de cuestionar los propios condicionamientos de los y las profesionales, los alcances de sus intervenciones y hasta el mismo encuadre terapéutico. En otras ocasiones, se actuaría en forma de rechazo a la atención a dicha población. De este modo, a veces se presentarían resistencias por parte de los equipos tratantes a la atención de aquellos y aquellas consultantes que interpelan sus maneras cotidianas de trabajo o, incluso sus hábitos, al modo que lo describe Ulloa (2012) al referir a los saberes ignorantes.

La mamá venía con la vestimenta kolla y traía uno de los chiquitos en la guagua, y de repente ella necesitaba una atención y era muy complejo. Se daba en el mismo centro de salud un rechazo (...) La problemática ahí no era de quien consultaba, sino de la disponibilidad profesional que no había en ese momento [para atender a consultantes de dichas características] (Centro de Salud Especializado, musicoterapeuta)

Como estrategias posibles, algunas personas entrevistadas aludieron a la necesidad de otorgarle importancia a la cultura de las familias de las infancias en contextos migratorios, sus concepciones en torno a la salud –enfermedad y la crianza infantil.

Plantearon la importancia de considerar otros sentires y modos posibles a los suyos propios desde una posición respetuosa, lo que habilitaría la construcción de alternativas que no necesariamente surgen a partir de la mirada profesional ni sus pre-conceptos.

Habría que saber algo de la cultura de nuestros países periféricos si nos planteamos ser la Patria Grande (...) Uno tendría que tener el tacto básico de preguntar cómo quiere que la llame, o si le molesta que la tutee. Algunas normas básicas de inclusión de la cultura del otro en el trato, por el respeto de la cultura del otro en el trato (Departamento de Salud Mental en Facultad de Medicina, Quique)

Uno apela a intentar construir desde las experiencias que tenemos, desde el respeto por estas singularidades, el respeto por estas formas de crianza y por cómo entienden la salud y la enfermedad, especialmente el padecimiento mental, y poder construir desde estos sentires y desde estos modos, no hay otra manera de construir que no sea reconociendo estos modos particulares (...) (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Esto también fue planteado por Camilo (musicoterapeuta, Centro Especializado en Salud Mental), quien refirió la importancia de sostener una mirada que no fragmentara a la persona en múltiples disecciones sino que pudiera abordarla en su integralidad. Destacó que las familias perciben la diferencia en los abordajes que se proponen desde su disciplina en relación a otros espacios terapéuticos planteando que *“nosotros tenemos en cuenta sus costumbres”* (sic) y que tienen una mayor apertura para adaptarse a las necesidades y características de sus consultantes. En ese sentido, refirió que ha conocido equipos en el subsector público en los que se suele elegir a los pacientes en función de lo “interesante” que pueda resultar su “caso” para las y los profesionales tratantes o por su posibilidad de ser “privatizable”, es decir, la probabilidad de que

aceptaran continuar con el tratamiento en el consultorio privado de la o el terapeuta una vez que hubiera finalizado el tiempo propuesto por la institución.

Y a veces quedan en un lugar de objeto porque... elijo el paciente como si eligiera en qué taza quiero tomar el café (...) [Se selecciona al paciente en función de] lo interesante en lo que trae, en su modo de... en su pensamiento (...) Y también a veces hay una lógica que se transmite literalmente. Por ejemplo, si es un paciente privatizable, o sea que se pueda llevar al consultorio privado (Centro Especializado en Salud Mental, Camilo)

Además de ello, el musicoterapeuta propuso invertir el interrogante respecto de qué profesional “quisiera” tomar en tratamiento a cada paciente y trocarlo para reflexionar sobre qué profesional “necesitaría” cada paciente en función de sus expectativas, historias de vida, cultura. En esa línea, advirtió que la persona que encarna la conducción del tratamiento generará distintas impresiones o confianza en sus consultantes en función del género o edad, lo que conduciría a que –por ejemplo– una mujer de un pueblo ancestral entable un vínculo terapéutico distinto con una mujer o un hombre.

Por ejemplo con esta mujer boliviana, kolla, ella no se va a dirigir de la misma manera hacia un varón de cierta edad que hacia una mujer, sí? (...) volvemos de nuevo a lo cultural, quizás se siente más cómoda con una mujer que con un varón (...) Acá tiene que ver con que es un modo distinto en la relación con el otro, y hay que interiorizarse en qué le vengo a significar yo al otro (Centro Especializado en Salud Mental, Camilo)

Dentro de las estrategias implementadas ante el obstáculo identificado de la subestimación de la pertenencia socio-cultural de las y los trabajadores de la salud, Caleb hizo mención a la importancia de salir del “yo-centrismo” para acercarse a realidades que pueden ser distintas a las que atraviesan las y los profesionales tratantes. De ese modo, la apelación a la reflexividad colaboraría en la evitación de instaurar generalizaciones respecto de cómo debería ser y hacer las otras personas.

Salir del yo-centrismo. El mundo no es como es mi casa, mi familia, mi barrio. Eso es muy difícil. Y en los profesionales es muy difícil (...) Las compañeras en general dicen: “ahora las mujeres empezamos a tener hijos más grandes, acercándonos o en los cuarenta años”. Y yo les digo: “¡en tu barrio! ¡En la villa empiezan a los trece!” (Hospital Monovalente, psiquiatra, Caleb)

Entonces creo que el punto es la aceptación de formas familiares diferentes, con rasgos culturales, con un modo de entender la salud y la enfermedad (...) Yo lo resumo como reforzar y trabajar internamente la aceptación de lo diferente, de crianzas diferentes, de modos de hablar, de comunicarse, que no son los nuestros pero que son. Que existen y desde allí es desde donde hay que trabajar y buscar alternativas que le sirvan a esta gente y la familia, que esto de verdad no nos deje tranquilos a nosotros y que sea una respuesta efectiva al padecimiento que tienen (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Pero... ¿qué es lo “diferente”? ¿sobre quiénes recae?, ¿quiénes somos nosotras, nosotros, ellas y ellos? Las experiencias de las y los profesionales al tomarse como referentes del aquí o de la argentinidad, podrían invisibilizar que sus realidades no representan necesariamente la realidad diversa de las personas nacidas en el extenso territorio de la Argentina.

En esa línea, algunas de las características adjudicadas a migrantes regionales podrían ser similares a aquellas percibidas respecto de otras personas nacidas en Argentina pero que viven en otras provincias o,

incluso, de familias que residen en CABA y tienen otras modalidades de crianza. Estas tensiones, a veces también reconocidas por los propios equipos profesionales, se ven reflejadas en el siguiente extracto de entrevista, en cual aparece un equívoco entre el término “argentino” y “porteño” como homologando la *porteñidad* con el prototipo del modo de ser *argentino*:

De hecho, el año anterior estaba en Salta y yo le decía a mi marido: “la verdad es que yo me siento más cerca de la noruega que de la salteña” [risas]. Ni sé hablar noruego pero si alguien me mira, piensa que vengo con la noruega y no con la salteña, ¿no? [risas]. Por eso, las veces que atendimos, de pronto, migrantes internos... hay mucha migración interna, pero lo que pasa es que son los que vinieron hace mucho, ya los abuelos son argentinos... ¡argentinos no! [Sorpresa y silencio al reconocer el propio lapsus]. Mirá lo que digo... son porteños (...) Por eso te digo, hay muchas cosas que me hacen pensar más en esa cultura tradicional de campo (...) más que la nacionalidad (CeSAC, psicóloga, Zulema)

También se planteó la necesidad descentrar a la región rioplatense como si la misma necesariamente representara al conjunto de la nación argentina: “*Nosotros dos somos porteños... pero hay muchos más millones de argentinos*” (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin). En Argentina, tal como lo desarrolla Segato (2007), la formación nacional de alteridad fue producida a partir de una fractura entre capital (puerto) / provincia (interior) que se trazó como una línea civilizatoria y que aún pervive, de manera travestida, en el presente.

En el Centro de Asistencia a Migrantes se hizo alusión a la posibilidad de generar prácticas de formación y capacitación como estrategia de trabajo con dichas poblaciones. Además de haber conseguido becas para realizar diplomaturas sobre la temática, también tomaron clases con un Investigador de CONICET que es profesor, licenciado y doctor en historia para conocer con mayor profundidad acerca de la historia, geografía, tradiciones, idiomas, cultura de Siria (en aquél momento, dicho equipo trabaja articuladamente con el “Programa Siria”)

Nuestro equipo... yo estoy muy orgulloso de esto, porque hemos conseguido varias cosas, como, por ejemplo, espacios de formación importantes. Nos becaron para hacer una diplomatura en la UBA de refugiados, en la que hacen... la ACNUR, la UBA-Derecho (...) también venía un... historiador del CONICET, que es un genio total, venía acá, nos daba clases de lo que era Siria (...) Y aprendimos de todo, y aprendimos lo que era la sociedad siria, aprendimos que era una multiplicidad de sociedades, de ciudades distintas, de estados distintos (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Complementariamente, dicho entrevistado mencionó que consideraba necesario una mayor profundización acerca del marco normativo de las personas refugiadas o solicitantes de asilo porque percibió un gran desconocimiento de numerosos equipos de salud mental: “*hemos escuchado burradas como ‘che ahí están los refugiados... ¿por qué no van a la embajada?’ ¡Y no, si están pidiendo refugio no podemos ir a la embajada de ese país!*”.

Otra estrategia explicitada por una entrevistada ha sido la de operar como “*complemento*” de los saberes que portan las familias migrantes, a través de la transmisión de los saberes disciplinares. Damiana describe numerosas situaciones en las que niños y niñas con diagnóstico de autismo se rehúsan a comer la comida que sus familias cocinan. Ella trabaja, principalmente con las mamás, para explicarles que no se trata de un rechazo a las comidas típicas de los países de origen que ellas elaboran sino que la resistencia se vincula con la selectividad alimentaria y particularidades en la integración sensorial infantil de sus hijas e hijos.

Sí, se intenta como dar más herramientas a lo que ellos ya traen, o sea, de la historia y de la cultura, y demás, (...) Se intenta complementar lo que ellos traen con darle nosotros una lectura de por qué por ahí no aceptan cuando le dan comida, por ejemplo (Hospital pediátrico, psicóloga, Damiana)

Además, narró otras intervenciones en las que les transmitió a las familias sugerencias en relación a la crianza y al modo de vincularse con sus hijos e hijas, en las que jerarquizó que se juegue, mime, habla, cante y contenga emocionalmente a ellos y ellas, quienes muchas veces se encuentran “desalojados de lo familiar”. Comentó conversar con las personas cuidadores respecto de “*pensar a los bebés como sujetos con necesidades.... O en relación a lo afectivo, no por ahí en el cuidado físico, de darle de comer y eso, pero sí a la contención más emocional que a veces no lo traen*” (Hospital pediátrico, psicóloga, Damiana). En la misma línea, otro psicólogo entrevistado refirió la importancia de enseñar cómo se paterna, o cómo debiera paternarse, en Argentina. Transmitió el trabajo realizado en conjunto con una trabajadora social y una abogada para “*enseñarle al papá que acá no se hace eso. Enseñarle cómo se es papá en Argentina, cómo tratamos los papás al niño, que nosotros tenemos la Ley 114, que no les pegamos*” (CeSAC, psicólogo, Darío).

III. Falta de políticas públicas para infancias y familias migrantes

Como obstáculo, también se planteó la falta de políticas públicas e imposibilidad de resolver problemáticas vinculadas con necesidades de la población migrante, como la alimentación o trabajo desde el propio Estado:

La falta de políticas públicas... eso ha sido desgarrador (...) si pienso cómo intentamos canalizar el tema del trabajo, los mandamos a una iglesia para que los ayuden a hacer los currículum vitae, a otra iglesia para los metan en la bolsa de trabajo... no tenemos muchas más recursos que ese” (Olivia, informante clave).

También nos ha pasado con la situación de alimentos. Gente que te dice: “no tengo para comer”. Y vos decís: “bolsas de comida”. Me parece que eso es lo más desgarrador... la falta de política pública frente a situaciones reales de emergencia (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, antropóloga, Leandra)

Y también respuestas estatales, donde hayan políticas y recursos que puedan dar cuenta de cómo colaborar con el cuidado de familias que tienen un familiar enfermo (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Además, en el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos también se hizo alusión a problemas edilicios y cercenamientos de equipos en dicha institución: cortocircuitos eléctricos, falta de espacio, edificios en obra. Aquellas condiciones materiales generaban consecuencias ineludibles en las y los trabajadores así como en las respuestas que podían brindar ante quienes acudían a la misma en busca de ayuda.

Entro. Es un pasillo angosto con elementos en desuso: bidones de agua, maderas, muy oscuro. En la puerta para acceder, con vidrio semi roto, reza: “mantenga la puerta cerrada por favor”. ¿Será una invitación a no entrar? (...) Junto a nosotras, una mujer de unos 50 años limpia el piso, mientras dice con voz quejosa: “estoy limpiando con una rejilla, ya no hay ni un trapo de piso”. Se suma a la conversación un hombre de la misma edad, quien interviene y le aconseja: “decile a tu jefa. Si no tenés detergente ni trapo... ¿para qué venís?”. Entre risas y bromas, repiten: “si hay miseria que no se note”. Él retruca: “¡pero acá se nota un montón!” (mientras señala la suciedad y el polvo).

La mujer de limpieza dice que ya le avisó a su jefa pero que inmediatamente volvería a escribirle. Mientras hacen chistes, el hombre dice: “estoy lúcido porque vine desayunado”.

La señora saca fotos del balde, la rejilla para mandarle por WhatsApp a su jefa. Lee en voz alta el mensaje: “estoy limpiando con la rejilla rota”. Luego le pregunta a sus compañeros, “¿a vos te parece? Me da vergüenza”. “Vergüenza le debería dar a ellos”, le responde la otra mujer (Notas de campo de la investigadora, 19/10/2019)

Prácticamente al Centro lo bajaron a la mitad, estamos en una situación edilicia horrible, edificio en obra, horrible básicamente (...) a nosotros nos dicen “¿están seguras que acá pueden atender?” El techo con agujeros, de golpe cae arena por el agujero, tierra (...) (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicóloga, Brisa)

El Estado funciona con lo que hay, que somos expertas en generar proyectos que funcionen sin presupuestos (Centro de Orientación, Olivia)

Entre las estrategias frente al obstáculo de falta de políticas públicas, se destacó la posibilidad de contactarse con organizaciones migrantes u otras instituciones religiosas o comunitarias para trabajar conjuntamente, suponiendo que son espacios donde se brinda acompañamiento de personas con “rasgos culturales” (sic) similares y en donde se pondría en juego el sentido de la pertenencia: “*Esto es encontrar distintos modos. Desde la comunidad con las organizaciones que se dan, e involucrar a la comunidad en el acompañamiento*” (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad).

Después desde acá se gestionó, a través de esos lazos informales que por suerte todas las instituciones tenemos, que pudieran alquilar una vivienda con un recurso que gestionamos. Después de muchos meses, 3 o 4, se consiguió ese recurso y esta gente pudo alquilar (Gloria, psicóloga, Centro Especializado en Salud Mental).

Además de la dimensión inter-organizacional, se aludió al trabajo intersectorial con otros organismos del Estado como una necesidad emergente ante la complejidad que presentan las problemáticas que se despliegan.

IV. Barreras de accesibilidad (administrativa, geográfica, económica, normativa y simbólica)

Como obstáculos, se vislumbraron barreras administrativas, vinculadas con extensas listas de espera para conseguir evaluaciones y dispositivos de tratamiento para los niños y las niñas. En algunos casos, estas esperas han sido explicadas, aunque no justificadas, por el déficit de profesionales del campo de la salud mental que trabajan, tanto en centros de salud como en hospitales del subsector público, apareciendo también una tensión entre el acceso a la atención en el ámbito público y el privado.

Están con listas de espera muy largas (CENTES, fonoaudióloga, Zuleika)

Es un servicio con muchísimo renombre pero que en la prácticas cotidianas nos cuesta mucho conseguir que den respuesta a lo cotidiano... por ejemplo, que la gente no tenga que estar toda la noche para conseguir un turno para una admisión para la que hay lugar solo para 10 personas (Hospital General de Agudos, trabajadora social, Karina).

Hay un déficit terrible de psiquiatras... Las instituciones públicas están con un déficit porque quizás el psiquiatra en la atención privada le va bien económicamente, y salvo que le interese por alguna razón en particular formar parte de una institución pública, tenemos un gran déficit (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Y cuesta tanto conseguir los turnos, y que les den bola, y los atiendan... derivar afuera para tratamientos es un chino, como que nunca se consigue, cuando necesitan T.O. es muy difícil lograr todo eso, armarles un buen tratamiento, sin tener la obra social, ¿no? (...) no hay psiquiatras infanto-juveniles en Provincia, es muy difícil conseguir para psiquiatría en otros lugares, entonces acá las psiquiatras están desbordadas de casos. Ahora con el tema de la pandemia más todavía (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Como estrategia, ante la necesidad insatisfecha de atención, en las entrevistas se mencionó la apelación a estrategias “no formales” (sic) para conseguirla: se les sugiere a las familias que recurran a otros centros de salud donde debe abonarse una cuota o se les recomienda acudir a otros efectores públicos que están por fuera del alcance del Área Programática que les correspondería en función de su domicilio.

Por otro lado, se señaló la superposición e incompatibilidad de los horarios de atención de los equipos de salud mental en relación a la jornada laboral de las personas cuidadoras de los niños y las niñas. Se identificó que, dadas las condiciones de trabajo de padres y madres, resulta dificultoso el sostenimiento de los tratamientos de sus hijos e hijas en aquellos horarios dispuestos por los equipos tratantes. Del mismo modo, esta cuestión había emergido en las entrevistas con familias migrantes, en las que, además, se señaló que aquél solapamiento acontece también con los horarios escolares de las infancias. Sin embargo, este solapamiento no había sido identificado ni problematizado por las y los profesionales ni personas cuidadoras.

Aquella coincidencia entre los horarios que disponen los equipos tratantes de salud, la jornada laboral de las personas cuidadoras y la jornada escolar de niños o niñas podría afectar la posibilidad de asistencia y sostenimiento de los espacios terapéuticos. Esto trascendería la “buena predisposición” o “adherencia” de

las familias migrantes para concurrir a los dispositivos propuestos: imbricaría la dimensión de la organización de los cuidados.

¿Cómo se sostiene el tratamiento con un trabajo de 9 a 16?, ¿Qué tratamiento hay después de las 16 en los Hospitales? (EOE, psicóloga, Karenina).

Efectivamente no se logra alcanzar la demanda de atención (...) Por lo general, una consulta en otro medio [alude a los tratamientos privados] es en horario vespertino por cuestiones de trabajo de los familiares (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Puntualmente de psicología me dijeron que, ponele, [la mamá] llegó media hora tarde y que no la atendieron porque no era el horario pero ella recién pudo llevarlo en ese momento y después no podía (...) eso es todo un tema, ellos trabajan para el día, es el plato de comida del día. Entonces un día que pierden de trabajo... Y además en el taller les dicen que se va uno y entra otro, no hay problema. No pueden dejar el trabajo (EOE, trabajadora social, Ailén).

Sumado a ello, aparecieron, como otra barrera, las dificultades a sortear para las familias migrantes que aún no disponen de DNI argentino. Según lo manifestado por una de las entrevistadas, aquello funcionaría como un obstáculo para algunos servicios que no aceptarían el ingreso de personas usuarias del sistema de salud que no tuvieran dicha documentación.

Pese a ello, es menester destacar que el artículo 8 de la Ley Nacional de Migraciones hace referencia a la obligación impeditiva del Estado, el que no podría privar el acceso al derecho a la salud a ninguna persona extranjera: *“No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria (...)”*.

Tenemos varios casos de no atención en hospitales porque no tienen la regularización migratoria. Hay un desconocimiento de la ley y por eso es importante que tanto los funcionarios públicos, como los propios migrantes sepan (Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Ignacio)

Yo tengo algunos pacientes que todavía no tienen el DNI argentino, y tienen la cédula paraguaya, por ejemplo, y se los recibe igual. Pero sí sé que en otros servicios si no tienen el DNI argentino como que no te lo aceptan, digamos, no aceptan el ingreso (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Dicha entrevistada narró que un paciente migrante de tres años nacido en Paraguay no lograba acceder a la realización de las interconsultas que ella había indicado para su evaluación diagnóstica en salud mental dentro del mismo hospital pediátrico, dado que no tenía tramitado su DNI. Asimismo, manifestó que por dicho motivo tampoco había podido conseguir vacante en el jardín de infantes ni obtener el certificado de discapacidad. Otra entrevistada también planteó que es usual que se pida el DNI en el Hospital General de Agudos pero que no se privaría de atención a aquellas personas que no lo poseen. Pese a ello, sí advirtió la importancia de dicho documento de identidad para el acceso a programas sociales y remitió algunas dificultades que se presentan para las personas extranjeras que aún no lo obtuvieran.

[Las personas que trabajan como personal administrativo del Hospital] no deben pedir los documentos pero les sirve como una forma de organización tener el numerito (Hospital General, trabajadora social, Karina)

Si bien en las entrevistas se refirió que tanto la atención en salud mental brindada por los equipos es gratuita y, en caso de ser indicada, también la medicación, la dificultad de conseguir turnos o la incompatibilidad entre los horarios de las familias y las o los profesionales podría conducir a que se recurriera a centros de salud privados. Esto denotaría la existencia de barreras en cuanto a la accesibilidad económica.

¿(...) el recorrido de las familias? Te diría que habitualmente van al centro de salud que generalmente es el lugar más cercano. Si no consiguen por ahí, intentan pagar algo por su cuenta, con alguna atención privada. Y cuando van viendo que no lo pueden sostener, llegan a la institución [se refiere al hospital donde trabaja], donde también los tiempos para las admisiones de primera vez son de una espera bastante importante (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

A la luz de la necesidad de realizar derivaciones a efectores de salud por fuera del territorio donde residen las familias, la accesibilidad geográfica podría resultar problematizada porque aquello implicaría la necesidad de desplazarse grandes distancias en busca de atención.

La enorme mayoría que consulta en el Centro de Salud es gente de la zona (...) pero también recibimos también a veces consultas desde más lejos. Como mi especialidad es un tanto infrecuente... ¡la psiquiatría es infrecuente en la atención primaria y la psiquiatría infanto-juvenil más! Entonces también recibo derivaciones de otros Centros de Salud (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Esto no solamente conlleva a destinar más tiempo y dinero para arribar hacia los servicios de salud distantes sino que también puede implicar un desafío e inmensas dificultades cuando se trata de infancias con sufrimiento psíquico intenso.

No alcanza con la gratuidad de los servicios de salud. Porque no son del todo gratuitos. Porque llegar hasta acá [al norte de CABA], cuando vivís en Ramos Mejía, cuesta un huevo y medio. Y si te tenés que trasladar con dos pibes graves, cuesta mucho más. ¡No solo económicamente! (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

Frente a todas aquellas barreras, en algunas entrevistas se aludió a que las y los profesionales que trabajan con infancias en contextos migratorios incorporan dentro de sus estrategias la necesidad de ocuparse, también, de atender a las necesidades concretas en relación a las condiciones de existencia de las familias. Se hizo mención a la orientación para que pudieran acceder a un DNI argentino, tramitar el certificado de discapacidad, pensiones o adherirse al monotributo para tener una obra social.

En ocasiones, se daría lugar a la intervención del equipo de trabajo social para que pudieran orientar a las familias y acompañarlas en procesos burocráticos que pueden ser extensos, complejos y expulsivos. Al indagar sobre esto, las personas entrevistadas explicitaron que las familias migrantes pueden contar con poca red de apoyo, que no siempre conocen las lógicas institucionales de los efectores y los pasos a seguir para tramitar los turnos.

Se los orienta mucho (...) una vez que entran al hospital, se los orienta para que tramiten el certificado de discapacidad, y con eso, a veces, se logra que puedan tramitar después la pensión. Y bueno, en general es eso, después de la evaluación, más allá del tratamiento que empiecen, se les tramita el certificado, y ahí ya, digamos, accediendo a un DNI argentino, bueno, ahí sí pueden... los papás tienen como otro acceso a otros...

sí, a otros tratamientos, otras prestaciones, ¿no?, que sin el DNI es muy difícil (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

En otros casos dicha estrategia también emergió en las entrevistas cuando se solicitó que narraran alguna situación de trabajo con familias migrantes. Una de las entrevistadas refirió que se esforzaron para asegurarle un espacio de escucha a la familia y para intentar movilizar diferentes recursos que permitieran colaborar en la supervivencia y organización de aquellas personas que habían provenido de otros países (haciendo referencia a soluciones habitacionales, por ejemplo). En esa línea, hizo referencia a uno de los principios del psicoanálisis –la abstinencia– y mencionó que en contextos de una vulneración extrema de derechos también sería necesario hacer posible que el tratamiento pudiera sostenerse: *“A mí me parece que está bueno la abstinencia pero no puede ser lo único (...) Me parece que uno también se tiene que predisponer a circular por otras vías y a hacer posible que el tratamiento pueda ser”* (sic).

Darle una mano. Concretamente. Después pensamos en la asistencia psi, pero la verdad es que estaban tan devastados que primero había que poder pensar estrategias mínimas de supervivencia (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

Las soluciones mágicas serían darles una vivienda digna, que pudieran estar más cerca de sus papás que están muchas horas trabajando, muchos nenes están muy solitos... condiciones dignas para vivir, alimentación, la posibilidad del acceso a las cosas (EOE, psicóloga, Karenina)

A este chico una trabajadora social le consiguió... como en los jardines no lo querían atender, porque supuestamente era autista, una juegoteca de la Ciudad, y te iba a la juegoteca (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo, Kevin)

Pese a considerar como esencial el “darle una mano” a las familias, Gloria plantea que la objetualización de las personas usuarias de los servicios de salud y la aproximación paternalista en torno a cómo resolver sus necesidades podría atentar contra su autonomía y la verdadera posibilidad de ayuda. En ese sentido, narró que una familia migrante dependía de que una unidad de traslado del BAP (Programa Buenos Aires Presente, que atiende a personas en condición de emergencia social) la pasara a buscar por su lugar de residencia para traer al niño al tratamiento terapéutico en la institución. Dado que era usual que aquello no siempre sucediera, desde el Centro Especializado en Salud Mental solicitaron que se les cargara crédito en la Tarjeta Sube a las personas adultas de aquella familia –para, así, dejar de ser “rehenes” (sic) de las camionetas del BAP– pero se les respondió que aquello era “muy complicado” (sic).

Nos impactó mucho cómo operan las instituciones, ubicando nuevamente a los usuarios en calidad de objeto. Porque, para venir, dependían del traslado del BAP (...) Hay algo que tenemos las instituciones... un modo terrible, perverso, de suponernos que somos los dueños de quienes consultan, o de que debemos arreglarles la vida, como si... ¿quiénes somos nosotros para arreglarles la vida? (...) Seguí siendo mi objeto y yo te digo cómo, dónde y de qué manera. ¡Y te doy la guita que se me canta! Y si te gusta bien... y si no jodete porque igual dependes de mí (Centro Especializado en Salud Mental, Gloria).

Por último, en múltiples entrevistas se reiteró que muchos de los obstáculos identificados no serían privativos de la población migrante sino que serían compartidos con los que deben atravesar otras personas, incluso las nativas, al acudir al subsistema público de salud. Dichos problemas comunes se vincularían con las demoras en los turnos, el déficit de profesionales y otros condicionamientos de los efectores.

Pueden ser atendidos... y serán atendidos con la dinámica que tiene el hospital, a ver: falta de profesionales, que tengan que hacer colas para conseguir un turno pero (...) esto lo vivencia tanto la gente migrante como la gente argentina (EOE, trabajadora social, Federica)

Sufren los mismos condicionamientos estructurales del sistema público que sufren los nativos. Pero lo que se agrega, lo que es más específico de los migrantes, es la distancia cultural que implica que no te explican, que se cagan de risa, que te maltratan, que te ignoran (Informante clave, Oliverio)

Los migrantes son como analizadores... de las prácticas y de los modos de organización. Porque en realidad estalla con los migrantes, con esto de que con los migrantes se puede hacer la excepción y se puede decir lo que de otros no se permiten decir. Y bueno, entonces ponen en evidencia estas fallas en la organización que afectan a todos (Informante clave, Lucrecia)

Sin embargo, existirían obstáculos particulares en lo que respecta a la población migrante, vinculados con las barreras simbólicas en juego. Al requerir atención en salud mental en diversos efectores de CABA, los niños y las niñas que participan en contextos migratorios no solamente se enfrentan a las barreras de accesibilidad habituales de dicho subsistema sino también a las representaciones sociales negativas que recaen sobre ellas, ellos y sus familias. Así, la estigmatización reforzaría los obstáculos para recibir una atención desde una perspectiva de respeto y equidad.

En lo referido a la existencia de discriminación para con las familias migrantes de países latinoamericanos, se manifestó que en algunos efectores de salud circulan prejuicios peyorativos en relación a dichas poblaciones. Se aludió a representaciones sociales de las personas migrantes como quienes le quitarían a las nativas la posibilidad de atenderse en dichos efectores, que poseen dificultades de comprensión o “déficit en la simbolización” (sic).

Ah, yo ni loco trabajo con esta gente, les preguntas algo y no saben lo que dicen, o son lentos para responder [con ironía, al hacer referencia al posicionamiento de otros u otras profesionales] (Centro Especializado en Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo).

Siempre la imagen es que: “en todo caso, yo no debería estar atendiendo esto porque acá estamos en la Argentina” (...) Trabajamos con situaciones de mucha explotación de la gente, de mucha situación de pobreza y... pareciera que no quisieran trabajar con esta población (...) una renegación del contexto y, por el otro lado, como es gente pobre yo le puedo dar una atención de categoría de pobre, digamos... (Hospital General, trabajadora social, Karina).

Con residentes de salud mental salió esta cosa de los que viajan específicamente para que les den la medicación, venir a atenderse desde afuera. Contaron el caso de alguien que vivía en Perú y había viajado para atenderse acá (...) Este tema de los que vienen a atenderse a Buenos Aires es como un fantasma, el mito del colectivo. Lo vemos como parte del rechazo que muchos profesionales sienten hacia el tema. Decir que vienen a utilizar servicios” (Informante clave, Keila).

[Cuenta que ha escuchado comentarios de profesionales psi que atienden en de servicios públicos de salud planteando que las personas migrantes de origen boliviano] no tienen simbólico, riqueza simbólica. Respecto de los estilos de crianza y los modos de contacto entre padres e hijos también son sancionados fuertemente porque no hablan suficiente” (Informante clave, Lucrecia).

En tensión con ello, en los discursos de otras personas entrevistadas se hizo referencia a que, a diferencia de otros agentes del sistema de salud, las y los profesionales “psi” no se negarían a atender a población migrante: *“no hay discriminación... no hay del lado del terapeuta, del analista, del profesional psi una retracción de atender a alguien que no sea de nacionalidad argentina”* (CeSAC, psicólogo, Darío).

A su vez, un informante clave entrevistado planteó que ante la expulsividad de los efectores de salud, las personas migrantes suelen recurrir a la estrategia de acudir al farmacéutico en tanto especialista en salud que reemplaza al médico o médica (Buzzi y Sy, 2020), como parte de una *“relación médica sui generis”* (sic) caracterizada por sostenerse en una relación comercial que derriba algunos de los obstáculos que se presentifican al intentar acceder a una institución de salud (como los horarios de la misma, la relación de poder con las y los profesionales).

Hay mucho de ir al farmacéutico y decirle: “me duele mucho la panza, ¿qué tomo?” o “tengo dolor hace tres semanas en las piernas, ¿qué tomo?”. A mí me parece que ese también es un indicio de la dificultad de entrar al sistema de salud público. Ahí no tenés ninguna traba porque es una relación comercial (...) Y es una relación médica sui generis porque no hay anamnesis, no hay estudios previos ni complementarios, no hay examen físico, no hay relación de poder como la que hay entre el médico y el paciente. Por un lado, porque no te desnudas, no te preguntan todo, no te tocan, no tenes que pedir turno... En Villa 31, por ejemplo, para pedir turno tenés que ir al Centro de Salud a las 4 de la mañana y te afanan; en cambio al farmacéutico vos vas y te atiende en el momento, podes ir a la noche después de trabajar y no tenés que perder el día de trabajo (Equipo Salud y Migración de ONG, Oliverio)

En relación a las estrategias desplegadas por las y los profesionales, se planteó la necesidad de sostener una posición activa de alojamiento y sostén a dichas familias migrantes, incluso pudiendo interpelar miradas clásicas transmitidas desde la formación académica en relación a la distancia operativa necesaria con las personas consultantes.

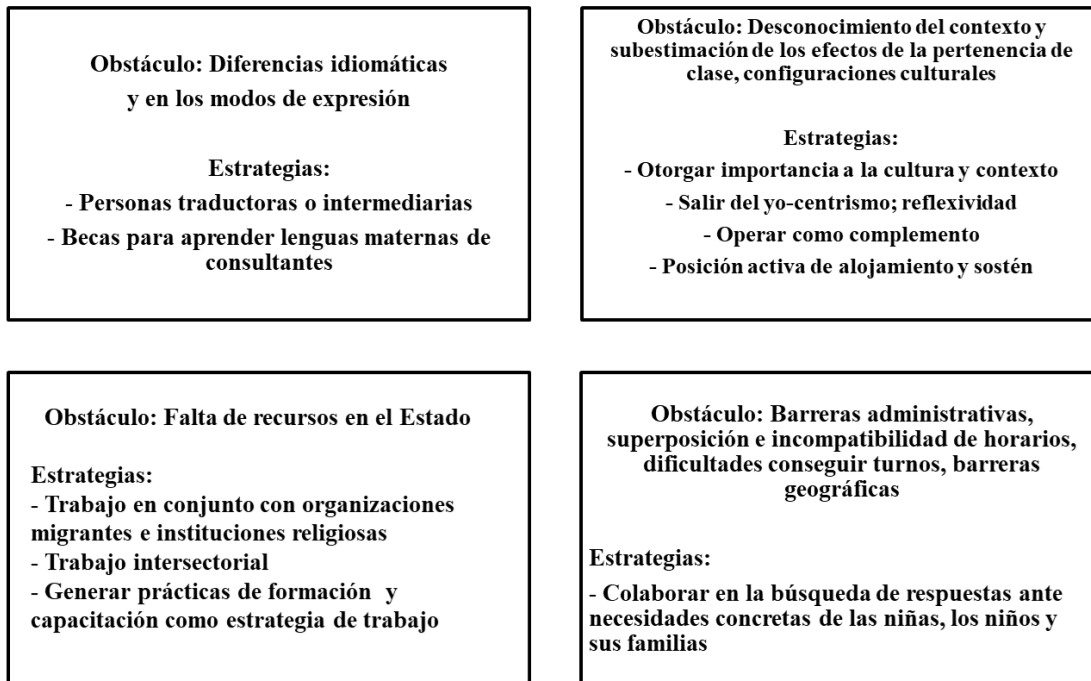
Lo que me genera a mí contra transferencialmente es como un rol más activo. Tratar de contenerlos, alojarlos, y que ellos puedan sentir que el tratamiento es un espacio para que se sientan acompañados, de orientación (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Pienso que la academia en un sentido forma y en otro deforma (...) La verdad que a mí no se me caen los tomos de Freud, ni los tomos de Lacan porque hay que acompañar en otros procesos vitales a quienes nos consultan. Muy por lo contrario (...) Sostener algo para este sujeto en determinado momento en donde todos los soportes fracasan, no ser uno más que fracase (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

Tiene que ver con la disponibilidad, estar disponible para el paciente para que pueda entrar en una relación de confianza, y armar cierta cuestión empática (...) Esta disponibilidad, esta tolerancia, empatía, a los tiempos, a los modos, las formas de hablar, de elaborar lo que le pasa y poder dar cuenta de las propias limitaciones (Centro Especializado en Salud Mental, musicoterapeuta, Camilo).

Aquel posicionamiento de “*predisponerse a recibir a quien recibe y qué le pasa al otro en ese encuentro*” (sic) daría cuenta de una estrategia tendiente a pensar la accesibilidad desde una perspectiva relacional.

Figura 10. Obstáculos identificados y estrategias implementadas



Fuente: Figura de elaboración propia

Discusión de los resultados

Abordajes utilizados en el campo de la atención en salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios

A partir de las entrevistas realizadas a profesionales de salud mental de efectores públicos, se identificó que priman los abordajes terapéuticos individuales con niñas y niños. En los mismos, además, se trabaja con las familias –principalmente las madres, aunque los padres también estarían invitados– como parte intrínseca del tratamiento. Usualmente, los tratamientos con infancias implican la particularidad de que las mismas no acuden a los espacios terapéuticos por su cuenta sino que son traídas por algún referente significativo que debe colaborar en su sostenimiento. Además de ello, dada la dependencia a otra persona cuidadora que caracteriza a las infancias, la presencia real de dichos adultos y adultas también está en juego para asegurar su bienestar. En algunas instituciones, la participación de las adultas y los adultos significativos se limita a

tener entrevistas con quien conduce el tratamiento y, en otras, también se les ofrece formar parte de dispositivos vinculares o talleres especialmente dirigidos a madres o padres (tal como emergió en las entrevistas realizadas a Damiana, del Hospital Pediátrico, o en el Hospital General de Agudos a donde concurre Zenón y Darinka).

También se desarrollan iniciativas grupales con infancias en los efectores relevados, aunque aún persisten tensiones respecto de su legitimidad para la perspectiva de los propios y propias profesionales; en ocasiones aparecen como recursos *ad hoc* al tratamiento individual o como recurso de “espera” hasta acceder al mismo. Si bien los dispositivos grupales son utilizados por los equipos tratantes, en algunos casos son considerados subsidiarios o accesorios al tratamiento psicoterapéutico individual. Esto puede verse reflejado en algunas aseveraciones, tales como: *“Y lo que pasa en un tratamiento de uno a uno yo considero que es más fuerte, aunque al grupo yo lo quiero”* (Hospital General, psicóloga, Helena). Asimismo, este dispositivo también aparece como un elemento necesario para responder tanto a las derivaciones provenientes de las escuelas como a las demandas crecientes de atención de la población; pese a ello, se presentan tensiones asociadas a las expectativas de las instituciones escolares o las familias respecto a qué se considera como abordajes aceptables o intervenciones socialmente validadas para brindar respuestas ante las problemáticas de padecimiento mental en las infancias.

En ese sentido, si fuera la falta de recursos (de recursos humanos, por ejemplo) la que conllevara a la implementación de abordajes grupales, aquello supondría una mirada cosmética de la noción de participación comunitaria en salud mental. Esto implica, aunque inadvertidamente, una subestimación de la importancia de robustecer los lazos sociales, colaborar en la creación de subjetividades colectivas capaces de vislumbrar la situación problemática compartida, sus condiciones de producción y la necesidad de construir conjuntamente alternativas instituyentes en las que no se avance sobre las otras personas y sus potencias.

La tensión entre perspectivas que privilegian la atención psicológica individual (en el consultorio) y aquellas otras que priorizan los dispositivos grupales, pareciera inscribirse en una disputa aparente entre modelos de atención que se considerarían excluyentes entre sí. Sin embargo, la escucha individual y aquellas prácticas de corte comunitario no son contrarias ni debieran moralizarse en tanto buenas o malas; es menester el desarrollo de múltiples estrategias de intervención y dispositivos que permitan abordar la complejidad de la dimensión subjetiva del cuidado (Michalewicz, Poverene y Barcala, 2022).

En el Área de acompañamiento de Refugiados y Migrantes del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos se brindaron distintos tipos de abordajes en los que las infancias en contextos migratorios estaban involucradas, a veces de manera directa –como los tratamientos individuales, los vinculares o familiares– y otras indirecta –como cuando en las Rondas de Bienvenida o en los

tratamientos de sus familiares se trabajaba sobre distintos aspectos de la vida de dichos niños y niñas—. También se aludió a las visitas domiciliarias y a la posibilidad de articular con efectores del subsistema público de salud.

Se translució que en los abordajes realizados en esta área, la dimensión de las diferencias (idiomáticas, culturales, étnicas) no apareció como emergente inesperado sino que las mismas constituyeron el núcleo de la formación profesional y las intervenciones. De ese modo, las supuestas “excepciones” para el subsector público (consultantes que hablaran otras lenguas o que tuvieran pautas culturales disímiles) formaban parte de lo esperable y de lo cual el propio dispositivo buscaba aprender, sistematizar como experiencia.

Si bien podría entreverse que el equipo que se desempeñaba en el Área de Acompañamiento de Refugiados y Migrantes pareciera estar más “preparado” para el trabajo en situaciones de interculturalidad (ya sea por disponer de becas para el aprendizaje de sus lenguas maternas, por contar con capacitaciones sobre la historia de sus países de origen y con supervisiones de especialistas en la temática, por haber organizado jornadas para transmitir su saber adquirido, por la especificidad del trabajo con personas que atravesaron vulneraciones de sus derechos), eso no implicaría —necesariamente— un quiebre respecto de la atención que podría brindarse en otros dispositivos del subsector público de salud que estuvieran verdaderamente *dispuestos* al abordaje de personas migrantes.

Pese a las dificultades de podría implicar que la totalidad de profesionales estuviera cabalmente preparada para conocer con profundidad la inmensa amalgama de situaciones que puede atravesar la población migrante, la llave maestra podría ser la asunción de una posición ética de encontrarse en *disponibilidad*, para alojar a quien sea que lo precise. Tal como sostiene Skliar (2017), es imposible saberse preparado para todo aquello que pueda advenir —anticipándolo y prefabricando respuestas— pero sí se puede estar predispuesto y disponible, con responsabilidad, para recibir a cualquiera y a todas, todos.

En esa línea, frente a los desafíos que impone la situación intercultural y la confrontación con la insuficiencia de los saberes previos para brindar respuestas ante lo novedoso a lo que invita quienes han arribado desde otras latitudes, el “*problema puede ser planteado en términos de falta (...) o puede ser pensado como un obstáculo que requiere armar las condiciones de pensamiento de la situación*” (De La Aldea y Lewkowicz, 2004: 13).

Obstáculos identificados y estrategias implementadas

Dado que para lograr avances sustantivos en la reforma del modelo de atención en salud mental es necesario vislumbrar los obstáculos acaecidos y generados en las prácticas cotidianas de los servicios (para así ser capaces de crear prácticas transformadoras o rescatar las ya existentes), aquí se iluminan algunas de las dificultades allí encontradas y también algunos de los modos de dar respuesta ante las mismas. En ese sentido, es fundamental no recaer únicamente en indicadores que se marquen de manera externa sino

también conocer las barreras que son señaladas por las propias personas que construyen las redes de cuidado (las usuarias, cuestión ya trabajada en el objetivo 2, y las profesionales, que se exploran en el presente objetivo) (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012).

En los discursos de las personas entrevistadas se halló la presencia de dificultades emergidas en los procesos de atención de infancias en contextos migratorios.

I. Diferencias idiomáticas y en los modos de expresión

Frente al obstáculo idiomático, es posible identificar que la diferencia entre lenguas estaría muchas veces vinculada con una jerarquía entre las mismas. En las referencias a los comentarios burlones respecto del modo de hablar de determinadas familias migrantes, se aludía a lenguas amerindias (como el quechua o aymara) y no a otros idiomas que simplemente fueran distintos a los que los equipos tratantes dominaban. Así, habría una *subalternidad lingüística* que funcionaría al modo de una muñeca rusa en la cual una subalternidad estaría encajada dentro de otra subalternidad –por ejemplo, el quechua sería subalterno al español que es hablado en Hispanoamérica–, que se introduciría dentro de otra subalternidad –el español de Hispanoamérica sería subalterno respecto al español europeo– que se hallaría dentro de otra subalternidad –el español europeo sería subalterno frente a otras lenguas imperiales propias del Norte–: aquellas lenguas amerindias representarían un Sur dentro de otro Sur, que a la vez sería el Sur de otro Sur (Polo Blanco y Gómez Betancur, 2019).

Asimismo, como estrategia ante dicho obstáculo, en la mayoría de los casos se apelaría al ingenio o la buena voluntad para tratar de resolverlos: contactar con personas voluntarias, intentar conseguir que un o una pariente, vecino o vecina opere en un rol traductor o intérprete. También se hizo mención al intento por decodificar los sentidos de la población consultante.

En el único caso en el que aquel obstáculo pareciera ser considerado no como un emergente inesperado sino como una condición que era posible incluir como parte de la estrategia de trabajo fue en el Centro de Asistencia a Migrantes. En aquél dispositivo, a través de becas de idiomas, profesionales han perfeccionado su capacidad de entender y transmitir en la lengua materna de migrantes o personas refugiadas consultantes como el inglés o el francés. Pese a que aquello es un recurso valioso, es posible interrogarse respecto de si habría interés o disposición de aprender a hablar otras lenguas que han sido infravaloradas o subalternizadas, como las lenguas amerindias.

II. Desconocimiento del contexto y subestimación de los efectos de la pertenencia de clase y configuración cultural

En relación al desconocimiento del contexto como obstáculo, se denota la existencia de lecturas parciales y moralistas frente algunos de los problemas de salud o modalidades de cuidado de aquellas familias migrantes.

Ante la ignorancia de las condiciones de existencia de las mismas, se llevarían a cabo interpretaciones reduccionistas que, en algunos casos, culpabilizarían o exotizarían dinámicas, decisiones, realidades o modos que pueden ser efecto de la desigualdad o, simplemente, de diferencias culturales. Surgiría un efecto particularista en el cual un rasgo particular (vinculado con el *habitus* del o la profesional) devendría condición universal para pronunciarse y aprehender a las demás personas. En ese sentido, es factible pensar en posibles infiltraciones de una violencia secundaria (Castoriadis Aulagnier, 2004), la que podría emerger como un exceso dañino para el funcionamiento del yo en el acto de imposición sobre otra persona a la que se le arrollaría su singularidad e identidad. Este tipo de violencia, que se apoya en otro tipo de violencia que es necesaria y constitutiva del sujeto, implica el desconocimiento del otro en tanto radicalmente distinto y se llevaría a cabo desde un lugar de poder.

Las diferencias advertidas (como el modo peculiar de experimentar el tiempo o las relaciones familiares) tienen el potencial de habilitar el cuestionamiento respecto de los propios condicionamientos de los y las profesionales aunque, en otras, emergen inadvertidamente y se actúan en forma de rechazo a la atención de dicha población. De ese modo, a veces se presentan resistencias por parte de los equipos tratantes a la atención de aquellos y aquellas consultantes que interpelan sus maneras cotidianas de trabajo o, incluso, sus *habitus*.

Se coincide con los desarrollos de Alvarado (2008) en torno a la existencia de barreras en la atención a la salud mental de personas migrantes, las que trascienden lo meramente legal o administrativo y alcanzan a la dimensión cultural. Sin embargo, a partir de esta investigación también se ilumina otro aspecto central a considerar en los encuentros intersubjetivos entre quienes consultan y brindan atención: la cuestión de clase. A partir de los resultados obtenidos por la presente tesis, dicha consideración no debiera permanecer eclipsada.

En pocas entrevistas se planteó los efectos de la dimensión de clase y de las distancias económicas, sociales y culturales entre profesionales y consultantes en los vínculos terapéuticos (pese a ello, cuando sí apareció, aquello emergió como un tema sumamente importante). Los mismos aparecen invisibilizados y no problematizados para muchos equipos –e, incluso, en espacios de supervisión– que podrían naturalizar determinados comportamientos de las familias usuarias, considerando que serían peculiaridades culturales cuando podrían ser, también, consecuencias de inequidades materiales (tal sería el caso de un psicólogo que planteaba que las parejas migrantes, al disolverse, decidían seguir conviviendo, como si se tratara únicamente de una decisión, costumbre o gusto y no producto de la dificultad de sostener económicamente dos viviendas). De todos modos, aquello no siempre pasaría por inadvertido para las infancias, tal como lo

explicitó Caleb al narrar cómo una niña imitaba a psicólogas que la habían atendido anteriormente en otro efector público con voz y modos de “concheta” (sic).

Por lo referido en las entrevistas, la elucidación de estas dimensiones quedaría restringida a la posibilidad (o interés) de problematización de cada profesional y no como una cuestión que se delineara con claridad programáticamente ni en espacios de formación en los efectores.

En ese sentido, como plantea Gottero (2021), la posibilidad de analizar las dimensiones identitarias y culturales es fundamental para diseñar tanto acciones como medidas tendientes a la concreción de los objetivos sanitarios desde perspectivas emancipatorias. La profundización del derecho a la participación cultural en la configuración del derecho a la salud habilita la construcción de vínculos de horizontalidad con los colectivos migrantes. Dada dicha importancia, es un dato no desdeñable que la reflexión sobre los efectos de los factores culturales en los encuentros entre profesionales de la salud mental y personas usuarias fuese una cuestión no problematizada por los equipos y servicios.

También se hizo referencia a una lógica de objetualización de las y los usuarios en donde emerge el rechazo a brindar atención a aquellas personas que no resultaran lo suficientemente *interesantes* o *privatizables* para quienes conforman los equipos tratantes en psicología.

La teoría psicoanalítica plantea la importancia de que la persona que conduzca un tratamiento lleve a cabo un autodiagnóstico y decida si tiene interés para proponerse como eventual analista de su consultante para brindarle acompañamiento en la problemática psíquica que le aqueja (Aulagnier, 2003). Sin embargo, estas ideas debieran problematizarse cuando la noción de “interés” adviene como un cálculo especulativo tendiente a la acumulación de dinero de quienes debieran prodigar cuidados (y, más aún, en el ámbito público estatal). Es dable preguntarse por la coexistencia de lógicas mercantilizadas aún en efectores públicos de la salud, lo que introduce el debate respecto de la penetración de perspectivas instrumentalizadores en el vínculo con las personas consultantes –dado que devendrían como objetos para un fin, así perdiendo la dignidad que debiera ser epicentro de las prácticas de cuidado en dichas instituciones– y respecto de aquellas condiciones de trabajo precarizadas que podrían generar las condiciones de posibilidad para que aquello ocurriera en dichas instituciones. Más aún, también es posible interrogar los efectos que la práctica de “selección de pacientes” puede acarrear: quienes consultan para acceder a un tratamiento de salud mental devendrían en tanto “casos” que debieran ser lo suficientemente interesantes –como si aquello fuera un atributo o una esencia contenida en su interioridad– para merecer recibir atención, más que como personas cuyo derecho a la salud debiera ser garantizado.

También se aludió a la estrategia de darle lugar a cultura de las familias de las infancias en contextos migratorios así como al operar como “complementos”, en tanto agentes culturales. Respecto a esto último,

podría plantearse una tensión irreductible entre explicar “cómo son aquí las cosas” (en tanto un modo sutil de normalización de aquellas familias) y sostener el principio de neutralidad (introducido por numerosas personas entrevistadas al aludir a que debieran evitar convertirse en arquetipo que busca crear a sus pacientes a imagen y semejanza). El mismo enuncia: *“El análisis respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo según sus ideales personales –los del médico–, y se alegra cuando puede ahorrarse consejos (...)”* (Freud, 1923: 247). A partir de ello, surgen preguntas relativas al trabajo en efectores públicos con población migrante y la función de quienes sostienen los espacios terapéuticos, que muchas veces son percibidos por las personas consultantes como representantes de la cultura dominante en la sociedad de destino y quienes también pueden experimentar la importancia de funcionar como intermediarios culturales.

Asimismo, se introduce una fina línea divisoria entre dos tipos ideales de intervenciones: en un polo, intervenciones que podrían ser tendientes a la adaptación, moldeamiento y protección (o tutelaje) de grupos no hegemónicos a las lógicas, intereses y modos de los grupos dominantes; en el otro, intervenciones que – advirtiendo la complejidad de la situación y las relaciones de poder en juego– no negarían y actuarían las propias adscripciones identitarias sino que, a partir de las mismas, se producirían cuestionamientos tanto respecto de aquello ajeno como de lo propio.

En articulación con lo recién mencionado, una estrategia referenciada por las y los profesionales fue la de propiciar el análisis respecto de la propia implicación personal. Esto implica vislumbrar los propios atravesamientos y segmentos de pertenencia, comprendiendo que los mismos pueden producir distorsiones que obstaculicen el trabajo. En relación a ello, surgió la recomendación de tener cuidado con aquellas cuestiones que se desconocen –como dinámicas de poder, religión, cuestiones de pareja o familia– antes de intervenir con población migrante.

Las nociones de abstinencia y neutralidad fueron revisitadas y comentadas por algunas personas entrevistadas, articulando su nexos con el trabajo con infancias y familias migrantes. Libertad hizo referencia a que la “abstinencia” no debiera ser la única regla que rigiera los tratamientos: deviene necesario posibilitar algunas condiciones mínimas para que un tratamiento pueda sostenerse en contextos de vulneración extrema de derechos. En ese sentido, el principio de pertinencia haría referencia a todo aquello que es preciso hacer a partir de las condiciones del campo, mientras que el de abstinencia se referiría a todo lo que se puede realizar desde un legítimo no- hacer (Ulloa, s/a).

En cuanto a la “neutralidad”, la misma fue nombrada por diversas personas entrevistadas. Caleb planteó a la neutralidad como un imposible, señalando que las lecturas se encuentran condicionadas por las pertenencias socio-culturales y económicas de quien conduce la cura, pese a no estar anoticiado de aquello –del mismo modo en el que se naturalizan las propias tonadas, tornándose como el modo normalizado de hablar–. El

Principio de Neutralidad sería una imposición de abstinencia para las y los analistas: no buscar satisfacciones propias en aquellos tratamientos que conducen. Implicaría la sustracción de su persona –con sus ideales, valores morales, actividades espirituales, expectativas, ambiciones pedagógicas, pretensiones terapéuticas– para dar lugar a su función (Salomone, 2002).

Complementariamente, se destaca que en algunos fragmentos de entrevistas emergió un auto o hetero cuestionamiento constante en la dimensión praxiológica de las o los profesionales y una auto-reflexividad que pareciera promover la posibilidad de convertirse, cada quien, en una cuestión para sí misma o mismo. El conocimiento prudente (Sousa Santos, 2010) habilita el desarrollo de una perspectiva amplia respecto de lo que no se sabe y lo que sí se sabe, lo que enciende la alerta en torno a que aquellas cuestiones que no sabemos se constituyen en nuestra propia ignorancia (y no una general). Sin embargo, ante la emergencia de diferencias en los encuentros interculturales, pareciera predominar la ignorancia ignorante (la que desconoce que ignora) por sobre la docta ignorancia (que sabe lo que ignora, teniendo un conocimiento vasto pero, simultáneamente, el reconocimiento respecto de los límites de su saber).

III. Falta de políticas públicas para infancias migrantes y sus familias

Se vislumbra la sensación de impotencia de las y los profesionales intervinientes al percibir la insuficiencia de los recursos con los que cuentan para abordar las situaciones complejas que presentan las familias migrantes, haciendo mención principalmente a la pobreza y la dificultad de encontrar trabajos.

Ha insistido el significante “desgarrador” para hacer mención a aquello, lo que daría cuenta de los modos en los cuales impacta en la subjetividad de las y los trabajadores no solamente encontrarse en exposición a malas condiciones edilicias sino también ser la cara visible de un Estado que no siempre tiene los recursos necesarios para paliar las situaciones de extrema carencia de sus habitantes. Aquellas profundas afectaciones en las y los profesionales tratantes también se han encontrado en otras entrevistas.

Antes, los días de lluvia, me encantaban, caminaba tranquila bajo la lluvia. Ahora, veo que llueve, y me angustio. No porque no me guste la lluvia, la lluvia me gusta mucho. Pero pienso que ese día los pibes no pueden ir a la escuela y ese día no comen.... Pienso en el barro, pienso que se mueren de frío en esos techos de chapa. Yo caminé en la villa, así que te hablo sabiendo (EOE, psicóloga, Karenina)

Ante dichos obstáculos, se destacó la estrategia de trabajar intersectorialmente e inter-organizacionalmente, inclusive con instituciones o agrupaciones de la sociedad civil. En este sentido, se comparte el planteo sostenido por Zampetti (2018) al señalar que el rol de los equipos de salud mental debería trascender la dimensión meramente clínica para desarrollar una mayor amplitud en las intervenciones, las que pueden incluir el vínculo con redes de apoyo local.

IV. Barreras de accesibilidad administrativa, geográfica, económica, normativa y simbólica

Algunas de las barreras que se erigen se vinculan con aquellas administrativas –asociadas con largas listas de espera y la incompatibilidad entre los horarios de atención provistos por muchos efectores públicos y la jornada laboral de las personas usuarias–; geográficas –que provocan que pese a que la red de servicios se encuentre territorializada, muchas de las familias de NNA deben buscar atención en centros de salud lejanos a su domicilio–; económicas –tendiendo a que, en ocasiones, se opte por tratamientos privados ante las dificultades halladas para la atención en el subsector público–; normativas –en criterios diferenciales con base en la condición migratoria o nacionalidad–; y simbólicas –vinculadas con la discriminación y el imaginario social que suele recaer sobre este grupo poblacional, que resulta receptor de prejuicios por parte del personal de los efectores de salud–. Frente a ello, algunas estrategias buscan colaborar en la resolución de necesidades concretas de las familias migrantes e, incluso, sortear las propias burocracias de las instituciones públicas estatales. De ese modo, las y los trabajadores intentan producir desbloques capaces de crear flujos novedosos que permitan que las personas usuarias puedan acceder a la atención que precisan (Merhy, 2016).

Pese a que la atención a la salud/salud mental debiera ser una prestación universal, las barreras erigidas colaboran en el acceso desigual a dichos servicios y, así, profundizan los procesos de exclusión social que las mismas pretenden paliar. Esto es congruente con el planteo de Saraceno (2018) al referir que una de las prioridades de los servicios de salud mental –aunque suelen ser escasamente mencionadas en las políticas públicas– es la elaboración de mecanismos de vigilancia en torno las violaciones de los derechos de las personas usuarias y en la posibilidad de intervenir en el nivel de los macrodeterminantes de la salud mental. Aunque se advierte lo medular que resulta tomar en consideración el acceso a derechos para poder gozar de salud, también se insinúa que –en ocasiones– al intervenir desde una mirada carencial que concibe a las personas migrantes como víctimas a ser salvadas, las y los trabajadores estatales que pretenden brindar ayuda, podrían responder omnipotentemente frente a la urgencia (De la Aldea y Lewkowicz, 2004). Esto implicaría situarse en el lugar del saber y avanzar sobre la dignidad y lugar de potencia de acción de las personas usuarias, generando nuevas situaciones de dependencia (como es el caso de la situación narrada por una entrevistada, en la que la familia migrante debía esperar que llegara un móvil del BAP en vez de que pudiera recibir un subsidio al transporte público).

Recapitulación

Para responder al cuarto objetivo específico, se identificaron y describieron los abordajes utilizados en la atención en salud mental del sector público estatal en CABA para las infancias en contextos migratorios, atendiendo tanto a los obstáculos percibidos por las y los profesionales como a las estrategias

implementadas en la especificidad del encuentro intercultural. Para ello, se apeló a las entrevistas llevadas a cabo con informantes clave y con los equipos tratantes antes mencionados, aunque también se introdujeron datos aportados por pedidos de información pública al Centro Ulloa, notas de campo y consultas a páginas oficiales de organismos públicos.

A partir del discurso de las y los profesionales que se entrevistaron, en los efectores en donde trabajan se ofrecerían distintos abordajes posibles para dar respuestas ante el sufrimiento psíquico de infancias en contextos migratorios: tratamientos individuales, espacios grupales con niños y niñas, espacios grupales para las familias y acompañamiento por profesionales más allá de los tratamientos terapéuticos (por ejemplo, de trabajo social). Estas alternativas no están concebidas de manera exclusiva para atender a dichas infancias en contextos migratorios: son los abordajes implementados en los efectores para la población que allí consulta y en los cuales las personas migrantes también pueden integrarse.

A diferencia de ello, en el Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados –del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos–, los dispositivos sí fueron específicamente diseñados para el trabajo con personas migrantes y refugiadas. Allí se llevaban a cabo tratamientos individuales, vinculares y familiares, así como un espacio grupal de contención denominado “Rondas de Bienvenida” (aunque el mismo estuvo principalmente dirigido a personas adultas y, en algunas ocasiones, también funcionó con adolescentes). Sin embargo, en contraste con lo que acontece en las instituciones de salud del subsector público –gratuitas y universales–, en dicho Área hay criterios para la admisión a la atención en sus dispositivos: personas en las que se pudiera constatar el atravesamiento por alguna violencia institucional (ya sea en el país de origen, en el transcurso o el de acogida en el país), personas con carácter de refugiadas o sin representación de embajadas en Argentina.

En relación a los obstáculos identificados y las estrategias implementadas, es importante clarificar que se procedió a la creación de una categorización que permitiera vincular las dificultades halladas por las y los profesionales que se entrevistaron con distintos recursos y alternativas que llevaron adelante en situaciones de encuentro intercultural. Es decir, no necesariamente ha sido planteado de esa manera por las personas entrevistadas sino que dicha correspondencia ha sido elaborada con fines didácticos.

Se identificó como obstáculo las diferencias idiomáticas y en los modos de expresión entre personas consultantes y profesionales intervinientes. Como estrategias, en los efectores públicos se implementó la apelación a personas traductoras que pudieran colaborar como intermediarias (generalmente, se trataba de familiares o amistades de la familia usuaria de los servicios o personas voluntarias) y al intento por decodificar los sentidos de la población consultante. En el Centro de Asistencia a Migrantes y Refugiados, también se apeló a la creación de convenios que permitieran que las y los profesionales pudieran formarse en el aprendizaje de nuevos idiomas, que se correspondieran con las lenguas maternas de las personas que acudían por asistencia a dicho espacio.

Otro obstáculo identificado fue el desconocimiento del contexto de las personas consultantes y la subestimación de los efectos de la pertenencia de clase y de las configuraciones culturales en la atención. Como estrategias, se señaló la importancia de darle lugar a la cultura y el contexto de las familias migrantes, la necesidad del ejercicio de reflexividad, la posibilidad de operar como “complemento” y de sostener una posición activa de alojamiento con aquellas familias.

También se mencionó como obstáculo, principalmente por profesionales pertenecientes al Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, la falta de recursos en el Estado. Ante ello, se llevaría a cabo trabajo en conjunto con otras organizaciones migrantes o instituciones religiosas, trabajo intersectorial y se generarían prácticas de formación y capacitación para los equipos.

Por último, ante las barreras administrativas, geográficas, económicas, normativas y simbólicas, se intentaría colaborar en la búsqueda de soluciones ante las necesidades concretas de las infancias en contextos migratorios y sus familias.

Para finalizar, si bien algunos de los obstáculos identificados no serían privativos de la población migrante, sino que serían compartidos con los que atraviesan otros grupos en situación de vulnerabilidad al subsistema público de salud, se sumarían aquellos vinculados con la condición de extranjería y la situación migratoria que tienen en el país de destino.

Objetivo 5: Describir y analizar la participación de actores sociales e instituciones, por fuera del sistema sanitario de CABA, que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional y en el intento de dar respuestas ante la misma

*“Insiste mi infancia: los otros chicos no corregían nunca a sus papás como yo (...)
Adopté ese lugar que es la diferencia como mío. Algún lugar tenía que adoptar:
el país en el que vivía me consideraba extranjera y al otro ni se me ocurría ir”*
Alejandra Kamiya, 2019: 114

Para responder a este objetivo, se apeló a las entrevistas realizadas en el marco de la tesis a madres y padres de infancias en contextos migratorios, a profesionales del campo de la salud mental y a informantes clave de políticas públicas, a pedidos de información pública y llamadas telefónicas o visitas a las páginas web de distintas instituciones que fueron nombradas por interlocutores e interlocutoras durante el trabajo de campo. A partir de dicho corpus, se identificó la presencia y participación de otros actores sociales e instituciones más allá del sistema sanitario de CABA. Esto se consideró de importancia para la exploración de los modos en los que se articulan distintos sectores y organizaciones para el abordaje del sufrimiento psíquico de las infancias en contextos migratorios.

Se procedió a realizar dicha identificación en función de dos instancias organizadoras *ex post* que permitieron establecer temporalidades y modalidades de participación diferenciadas.

La primera instancia es la de reconocimiento de situaciones problemáticas e incluye: a. profesionales de la salud en el país de origen de niños y niñas migrantes; b. familias y redes migrantes; c. instituciones del sistema educativo; d. otras instituciones públicas, programas u organizaciones de la sociedad civil.

La segunda instancia hace referencia a distintas participaciones de actores e instituciones que intentan brindar respuestas ante problemáticas en salud mental de las infancias en contextos migratorios. Incluyen: a. instituciones religiosas y organizaciones comunitarias; b. familias extensas; c. curadores y curadoras tradicionales; d. talleres lúdicos, deportivos, recreativos y de escautismo.

I. Primera instancia: reconocimiento de situaciones problemáticas. Entre sospechas y diagnósticos

a. Profesionales de la salud en el país de origen de niños y niñas migrantes

En algunas entrevistas a profesionales de la salud mental, se hizo referencia a que hay niñas y niños provenientes de otros países de la región que llegan a centros de salud y hospitales públicos del GCABA habiendo recibido previamente, en su lugar de nacimiento, una “sospecha de diagnóstico” (sic) que diera

cuenta de la presencia de sufrimiento psíquico intenso. Se planteó que se habría realizado una primera detección o pesquisa en sus países de origen a cargo de un o una pediatra pero que, recién en Argentina, se confirmó el diagnóstico y se inició el tratamiento.

Muchos llegaban sin diagnóstico, sí con una sospecha porque los pediatras que hacían todo el seguimiento, digamos, del primer año de vida, como que los pediatras pesquisaban que había algo que no funcionaba bien, que no andaba bien, pero no llegaban a llegar a un diagnóstico. En general eso lo hacen acá (...) [las familias migrantes con niños y niñas que están realizando tratamientos en el hospital], hacen mucho hincapié como que acá en la Argentina se les brinda una atención gratuita, se les puede tramitar el certificado de discapacidad, y eso permite acceder a un montón de tratamientos, que en otros países... o sea que en los países en los que ellos viven es más difícil (Damiana, psicóloga, Hospital Pediátrico)

En ese sentido, se mencionó las dificultades que encontraban para recurrir a espacios terapéuticos en sus países de nacimiento y lo costosos que los mismos resultan, lo que representa una barrera en el acceso si no se cuenta con el dinero suficiente para pagarlos. Esto contrasta, según la entrevistada, con la atención en salud gratuita y de calidad que se sostiene en Argentina. Dicha apreciación también fue compartida por otras personas entrevistadas que referían haber escuchado comentarios de familiares de niños y niñas migrantes respecto a las dificultades de poder acceder a un tratamiento en su lugar de origen.

Lo que ellos traen es que allá no tienen tratamiento. Muchos dicen que vinieron porque acá hay tratamiento y allá no. O que no vuelven porque acá tienen tratamiento y allá no (Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, psicóloga, Luna)

La gente [migrante] te dice que en otros países no hay acceso a un montón de políticas (...) en otros lados no hay ni para los propios [se refiere a las personas nativas de otros Estados de la región] (Hospital General de Agudos, trabajadora social, Karina)

Es destacable que la mención respecto de la presencia de familias migrantes que habían llegado al país luego de recibir una “sospecha de diagnóstico” en relación a la salud de sus hijos o hijas estuvo presente en profesionales que trabajan en equipos con niños y niñas con desafíos en su desarrollo que revisten una gran complejidad. En una de las entrevistas, una psicóloga (Damiana, psicóloga, Hospital Pediátrico) señaló que, a diferencia de los motivos de consultas que se reciben en otros equipos, en el de ella se trabaja con pacientes que han recibido el diagnóstico de retraso madurativo o trastorno del espectro autista o que tienen importantes dificultades en la adquisición del lenguaje o la socialización.

Complementariamente, Olivia (informante clave) también ha planteado diversas situaciones de familias migrantes regionales que llegaron al país junto a sus hijos e hijas, quienes –en algunos casos– presentan problemáticas de salud que habían sido detectadas previamente en sus países de origen y que requieren cuidados en salud.

Si bien en las entrevistas mantenidas con madres y padres migrantes no se identificó que hubieran arribado a la Argentina con una sospecha diagnóstica en relación a la salud de sus hijos e hijas (de hecho, los tres niños que estaban recibiendo atención en salud mental han nacido en Argentina, en cambio Zury y Luis que provenían de otros países no habían acudido a espacios terapéuticos en efectores de salud), las cinco

familias coincidieron en su valoración del sistema de salud argentino y recalcaron los obstáculos que se presentan en sus países de origen para acceder a la atención en salud mental, planteando enfáticamente la desprotección de aquellas personas que no pueden abonar las consultas.

b. Familias y redes migrantes

En algunas entrevistas se mencionó que la atención en salud mental es demandada de manera espontánea por las familias de infancias en contextos migratorios. Esto permitiría plantear que serían las personas adultas cuidadoras de la familia las que reconocerían la existencia de una situación disruptiva o que les despertara preocupación en torno a sus niños o niñas y que las condujera a consultar con profesionales de la salud mental.

A veces hay demanda espontánea. Con los más grandes que se le retoban y la madre dice que ya no puede hacer nada con él, necesita que le den un turno para que la ayuden (EOE, psicóloga, Karenina).

En los casos en los que se aludió a este tipo de demanda de atención, se ha reconocido la participación de las redes migratorias informales compuestas por personas connacionales en el país de acogida: las mismas se constituirían en tanto tramas facilitadoras de información.

En general, la gente no viene [al país sola]. Viene a la casa del tío, primo, cuñado. Vienen con redes, algunos con redes más armadas y otros menos armadas. 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 [de problemáticas de salud] acá en Argentina (CeSAC, psicóloga, Zulema)

A través de ellas, los vínculos significativos de niños y niñas con sufrimiento psíquico obtendrían recomendaciones respecto a cómo pueden resolverse distintas problemáticas –inclusive las de salud– en el país, los recursos disponibles y cómo es posible acceder a los mismos.

c. Instituciones del sistema educativo

En cuanto a la detección de niños y niñas que pudieran estar atravesando situaciones problemáticas en relación a su salud mental, en numerosas entrevistas realizadas se destacó la gran afluencia de consultas producto de las derivaciones provenientes de las instituciones educativas.

Se advirtió que el jardín de infantes y la escuela primaria o secundaria se configuraría en una instancia exogámica que cobraría relevancia al encender una “alarma” (sic) con la potencialidad de desnaturalizar conductas y padecimientos infantiles que han podido devenir en cuestiones invisibilizadas por las propias familias migrantes.

La mayoría de los chicos que son derivados, y que llegan por salud mental para una consulta, son derivados por el colegio y el jardín (CeSAC, pediatra, Lorena).

Hay un pacientito que llegó [al equipo de salud mental del Hospital] al que todos le pegan y la madre no lo trajo nunca. Y hace un montón que lo están destrozando. La que está despavorida es Federica [la coordinadora del EOE del Distrito Escolar]. A mí me parece que Salud Escolar es un buen sistema porque alguien hace una alarma (Hospital General, psicóloga, Helena).

[Las derivaciones provienen de] estos lugares, la escuela primaria y bastante menos la escuela secundaria, sí derivan directamente o a través de EOE (...) (CeSAC, psiquiatra, Ilan).

Estas mamás usan el papelito de derivación que les otorga la escuela como si fuera un salvoconducto (...) ellas son mandadas por la escuela en vez de demandar desde lo personal (CeSAC, fonoaudióloga, Erica).

A su vez, se destacó la importancia de la mirada del equipo de docentes para identificar las problemáticas de sus estudiantes. La misma se elevaría en tanto decisiva al constituirse como vía de acceso a un proceso de evaluación, estrategias e intervenciones tanto dentro de la institución educativa como a nivel intersectorial, incluyendo –entre otros actores– también a los equipos de salud.

A través del tamiz del criterio de las y los docentes, alguna situación de sus estudiantes podría advenir como una cuestión problemática y ponerse a trabajar. En ese sentido, a partir de su mirada, aquello que podía pasar como “desapercibido” (sic) para la familia, sería recortado y decodificado en otros términos.

Hay mamás que han empezado a llevar a sus hijos a un tratamiento a raíz de la escuela. Que hasta el momento no habían percibido que había pasado nada. Y la escuela fue un puntapié para darse cuenta (...) Aparecen cosas que, de repente, en el ámbito familiar no las habían percibido. Muchos interrogantes... porque no los miraron, porque ellos también tienen esta forma de actuar, porque en su entorno no había otro niño como para comparar evolutivamente qué cosas eran esperables” (EOE, trabajadora social, Federica).

Yo creo que la mirada de la escuela es fundamental. Porque es la primera mirada exogámica. Generalmente estos padres no tienen mucha conciencia de estas cosas. Sobre todo porque ellos tampoco lo vivieron de esta manera, ¿no? Entonces la primera mirada es la del docente. Eso lo valoro mucho, si no pasaría como desapercibido esto (EOE, psicóloga, Zaira)

(...) quizás le pifiamos con los paradigmas o tenemos unos valores que no son los mismos pero cuando hay un chico que sufre no estamos tan acostumbrados, por suerte. O por ahí a uno no le pegaron entonces uno ve que le pegan a un chico y uno... Para las madres eso no está catalogado como dolor, es la vida (Hospital General, psicóloga, Helena).

Según las perspectivas de numerosas entrevistas a profesionales de la salud mental y educación, habría determinados padecimientos o situaciones que no representarían un “problema” para las cultural de las familias migrantes regionales. Las mismas no los habrían percibido (como plantea Federica), no tendrían conciencia sobre ellos porque no los vivieron de esa manera (como menciona Zaira) o estarían acostumbradas a convivir con esos dolores, formando parte de lo esperable de la vida (como refiere Helena). Dichos sufrimientos, entonces, recién devendrían sintomáticos en su encuentro con la cultura local y los nuevos agentes de socialización en el país de destino. De ese modo, las propias experiencias de vida de los equipos tratantes, sus expectativas y categorizaciones en relación a lo normal y anormal e incluso sus nociones respecto a la *soportabilidad* del padecimiento se entrecruzarían en la traducción de una situación en tanto problemática, tal como podría identificarse en aquel enunciado que hace referencia a que si una

persona no ha sido golpeada en su infancia, tiene la posibilidad de catalogar aquella experiencia como dolorosa y no-natural.

A veces las familias no lo notan, dicen que en casa no pasa nada de todo eso. Que esto es algo que se ve en la escuela. Y quizás en casa no se nota porque todos tienen esta forma de.... ¿entonces uno no puede creer que es un problema cuando todos medianamente vivencian esto así! (EOE, trabajadora social, Federica).

Complementariamente, se encontraron tensiones en el discurso de las personas entrevistadas entre el reconocimiento de la importancia de las derivaciones de las instituciones educativas por ser capaces de desnaturalizar algunos padecimientos que podrían pasar inadvertidos para las familias migrantes y las críticas a dicha práctica por considerarla patologizadora.

Emergieron miradas críticas que consideraban que las motivaciones de muchas de las derivaciones responderían más al malestar que experimenta el equipo docente o la institución escolar respecto de sus estudiantes que se alejan de la norma esperada que a verdaderos indicadores de sufrimiento psíquico que dieran cuenta de la necesidad de recibir atención en servicios de salud mental. Aparecieron alusiones a que las derivaciones se realizarían con la expectativa de que los equipos de salud mental pudieran transformar a los niños y las niñas derivados en estudiantes más tolerables, adaptados o adaptadas.

De esa manera, las derivaciones podrían funcionar a modo defensivo: frente al no saber cómo “bancar”, “tolerar” o trabajar con aquellas infancias migrantes, se procedería a la intervención de profesionales del campo de la salud mental para sentir que “*nosotros algo hicimos*” (sic).

Mayormente la maestra que te deriva es la que ya no tolera más esa situación de que no le habla, no le contesta. La maestra deriva (...) y tampoco le da una vuelta (EOE, trabajadora social, Ailén).

Yo lo que veo es que lo traen porque la maestra no se lo banca más (...) (Hospital General, psicóloga, Helena).

A veces es más, sobre todo con las maestras: ‘tomá, cúramelo’. Eso va más del lado de las instituciones, devuélvanmelo alumno estudiante (Ilan, psiquiatra, CeSAC).

Me parece que [cuando la escuela deriva al tratamiento psicológico] hay un poco de depositación, de decir: ‘que intervenga un profesional, nosotros algo hicimos’ (Zaira, psicóloga, EOE).

(...) A veces [los informes escritos por las maestras con la derivación al EOE] nos llegan semi vacíos, la maestra los deriva como quien te tira la pelota y ya se descomprime (...) Y una vez que pasó, se desentendieron (EOE, psicóloga, Karenina, psicóloga,).

Es posible advertir que existiría un fenómeno de etiquetamiento de infancias migrantes regionales para “*sacárselos de encima*” (sic), sin considerar los cambios y requerimientos que la experiencia de la migración requiere ni brindar espacios para elaborar las situaciones dolorosas que pueda acarrear. De esa manera, podría eludirse la propia responsabilidad en la resolución de algunas conflictivas que emergen al interior del aula al etiquetar como patológicas características que no lo son necesariamente.

Por otra parte, la cuestión idiomática se remarcó como un factor relevante a considerar como motivo de derivación desde las instituciones escolares a diferentes equipos en los efectores de salud.

Para ellas [las maestras], el problema es del nene, que no habla o lo que fuera... Y eso complica mucho más... si ellas se entendieran como parte del problema (...) Los nenes a los que les hablan en aymara saben el castellano pero muy poco y les cuesta mucho estructurar la oración... ante eso, las maestras ya dicen que 'tiene retraso madurativo', que 'tiene un bloqueo emocional' (EOE, trabajadora social, Ailén).

A veces sí hay que hacer ese trabajo de ver si realmente hay un retraso del lenguaje o una patología o si simplemente es un chico que se comunica y todo, pero que va a hablar un poquito más tarde de lo que estamos habituados (CeSAC, psicóloga, Zulema)

Nosotros tenemos muchos pacientes que son migrantes, muchos, la mayoría son derivados por problemas en el lenguaje, no por problemas de aprendizaje (Hospital General, psicopedagoga, Uma)

En algunos casos, la lengua materna de algunas familias migrantes es el guaraní, el aymara o quechua. Esto podría producir ciertos desafíos específicos en el manejo del idioma castellano y en la estructuración de las oraciones, lo que –según algunas personas entrevistadas– podría ser connotado por los y las docentes como bloqueos emocionales o retrasos del lenguaje, no siempre contemplando si se trata de un efecto posible del proceso migratorio y como un desafío a sortear no solo por el niño, niña y su familia sino también por la institución educativa.

d. Otras instituciones públicas, programas u organizaciones de la sociedad civil

En la exploración de otras instituciones o actores sociales que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática, se identificó la poca alusión a otras instituciones públicas, programas u organizaciones, más allá de las escuelas.

En una única entrevista se hizo mención a una derivación desde el BAP (Buenos Aires Presente, programa dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad, que se propone brindar asistencia integral a personas y familias en situación de calle) a un Centro Especializado en Salud Mental. Sin embargo, no se trataba de una familia de origen latinoamericano sino que era proveniente de Senegal y estaba constituida por una mamá, un papá, una hija y dos hijos con problemáticas graves en su constitución subjetiva. En aquél momento eran solicitantes de asilo y habían circulado por distintos paradores de CABA hasta que consiguieron, mediante un subsidio gestionado por dicho efector en conjunto con ACNUR, alquilar una vivienda.

El BAP fue el que primero detectó la situación (...) Después desde acá se gestionó, a través de esos lazos informales que por suerte todas las instituciones tenemos, que pudieran alquilar una vivienda con un recurso que gestionamos (Centro Especializado en Salud Mental, psicóloga, Gloria)

En el Área de Acompañamiento de Refugiados y Migrantes se hizo alusión a que, en algunas situaciones, las familias llegan a las consultas por salud mental a partir de la intervención de instituciones religiosas, como sería el caso de ADRA (Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales). Kevin refirió: “empezaron a venir también de ADRA, que es una asociación adventista”. ADRA se estableció en 1984 y funciona en 139 países. Se trata de una organización sin fines de lucro que implementa diversos proyectos de desarrollo comunitario y respuestas ante situaciones de emergencias y desastres (ADRA, 2022). Dentro de sus actividades en Argentina, se abocan a la integración de personas refugiadas y cuentan con el apoyo de ACNUR. Cuentan con un Centro de Apoyo al Refugiado que funciona en el barrio de Boedo (CABA) y otros tres puntos de atención y orientación en La Quiaca, Misiones y otro que funciona para el resto del país.

En el marco del pedido de información pública realizado para la investigación UNLa-UNICEF, dicho Área de Acompañamiento a Migrantes y Refugiados transmitió que, además de ADRA, había trabajado en conjunto con la CONARE (Comisión Nacional para los Refugiados), CAREF (Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes) y la SENAF (Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia) en relación a criterios, motivos de consulta y derivación, así como a través de situaciones identificadas en las Rondas de Bienvenida y de manera espontánea. Pese a ello, en aquella ocasión no se especificó de qué modo ni se profundizó en cuáles eran los actores que hubiesen participado en el reconocimiento de la situación problemática.

Por último, en el Centro de Orientación al Migrante (donde funcionaban las Rondas de Bienvenida de dicho Área de Acompañamiento) también se había planteado la existencia de un área social desde la cual se brindaba escucha y coordinación con distintos recursos (como ayudas habitacionales, ticket social), inclusive con equipos de salud mental de efectores públicos y con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación ante el reconocimiento de una situación problemática de salud mental

(...) generamos un protocolo de banderas rojas de que, en los momentos en los que si aparecen ciertas cuestiones que vamos preguntando, llamamos a la trabajadora social o psicóloga para que tengan una charla con esa persona (...) acá no tenemos recursos de ayuda propios pero buscamos la forma de ir derivando con los recursos que existen (Olivia, informante clave)

Es decir, desde el área social de dicho Centro se planteó la identificación de “banderas rojas” respecto situaciones de padecimiento psíquico y las mismas eran evaluadas por una profesional del campo de la salud mental para definir si es necesario realizar alguna derivación y cómo se establecería la misma.

II. Segunda Instancia: Intentos de brindar respuestas ante alguna situación problemática

a. Instituciones religiosas y organizaciones comunitarias

En las entrevistas se hizo lugar a dos modalidades posibles en las que las instituciones religiosas y las organizaciones comunitarias podrían brindar respuestas ante alguna situación problemática en términos de salud mental de infancias en contextos migratorios. Por un lado, a través de un abordaje profesional al interior de las mismas; por el otro, a través de cuidados informales (Galende, 2015) en dichos espacios.

En relación a la primera modalidad, se advirtió que existirían instituciones religiosas, como el Mater Admirabilis, que habrían ofrecido espacios terapéuticos sostenidos por profesionales para personas migrantes en el país.

El viernes vino una chica venezolana que tiene a la nena en tratamiento por leucemia en el Garrahan (...) me dice: “llegué hace un mes y medio, engordé quince kilos y ahora... ayer se cumplieron diez días en los que no duermo”. Entonces le pregunté, ¿vos estás hablando con alguien, estás haciendo terapia? (...) y me dijo que sí, que había enganchado con una psicóloga del Mater Admirabilis (Olivia, informante clave)

La Iglesia Mater Admirabilis, ubicada en el barrio de Retiro, se declaró como tal en el año 1983 y allí funcionó un templo, un pensionado de ancianas, una casa y un colegio parroquial. También se desarrollaban diversas actividades en las que han participado personas migrantes. Al comunicarme telefónicamente con la parroquia, refirieron que en la actualidad no cuentan con equipos de profesionales en salud mental pero refirieron que en la Parroquia Nuestra Señora Madre de los Emigrantes, ubicada en el barrio de La Boca, funciona un Departamento de Migraciones. “Caminando con los migrantes”, el nombre de dicho departamento, se encuentra activo (<https://departamentodemigraciones.blogspot.com/>) y durante los últimos años ha organizado múltiples actividades anunciadas en sus boletines electrónicos. Entre las mismas, se destaca el servicio de documentación, orientación, de insumos, ayuda económica, visitas –inclusive a personas enfermas en hospitales–, clases de español y almuerzos dominicales. Se realizaron talleres de tejido, cursos de corte y costura, grupos de danza y de teatro, reuniones de colectividades por la Jornada del Día Migrante, celebraciones dominicales, entre otras. Asimismo, dicho Departamento ha participado en eventos externos a la Parroquia, como aquellos organizados por el Centro de Orientación al Migrante, la Pastoral Boliviana, el CEMI, OIM y el GCBA. Algunas de las nacionalidades de personas que han acudido a dicho departamento son la Venezolana, Paraguaya, Italiana, Argentina, Boliviana, Peruana, República Dominicana, Colombiana, Afganistana, Brasileira y Haitiana.

Asimismo, en una entrevista se hizo mención a la existencia de una red informal a través de la cual se ofrecerían servicios terapéuticos de profesionales de salud mental de nacionalidad venezolana para atender a pacientes en sus propios domicilios, pese a aún no haber podido revalidar el título en Argentina u obtener la matrícula.

En relación a la segunda modalidad, en reiteradas entrevistas a profesionales del campo de la salud mental se aludió a la pertenencia de las familias migrantes a organizaciones de connacionales (formales e informales, como mediante grupos de WhatsApp) o, en otros casos, instituciones religiosas. Aquellas se constituirían en colectivos que proveerían lugares de pertenencia, identidad y también brindarían contención cuando dichas familias atraviesan situaciones complejas.

Son familias que son mucho más endogámicas y se manejan mucho en forma de comunidad y muchas de estas familias están criadas en la Iglesia Evangelista. Entonces tienen mucha más contención que otras familias (...) Ellos se relacionan muy bien con sus pares, con su comunidad, entonces tienen muy buen sostén (CeSAC, pediatra, Lorena)

En general las familias migrantes se referencian mucho a ciertas agrupaciones, organizaciones que hay que tienen que ver con su lugar de origen, donde encuentran identidad, pertenencia, entonces tenemos contacto con estas organizaciones (...) Hay lugares que son muy contenedores de este tipo de familias (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

Se planteó la existencia de “contacto” o el intento de armado de “red” entre profesionales del campo de la salud mental y algunas organizaciones migrantes e instituciones religiosas –principalmente hicieron énfasis en estas últimas–. Pese a ello, no se profundiza en qué reside dicho intento y tampoco pareciera constituirse en una práctica realizada con habitualidad (tal como lo permitiría vislumbrar la aclaración de Damiana respecto de *“en algunos casos”*).

A veces incluso se ha como tratado de armar como cierta red, si es con alguna iglesia o demás, como tratar de armar red con las personas que son de sostén para esa familia, ¿no? En algunos casos (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

En relación a las familias migrantes participantes de la investigación, solamente en una entrevista se hizo mención a que las mismas acudieran a una institución religiosa. Tal es el caso de Luis, quien acudía a una Iglesia cercana de su domicilio donde realizaba actividades recreativas para socializar con pares; también su abuela formaba parte asiduamente de los espacios de tejido y otras actividades que allí se realizaban, en las que había un importante caudal de personas de origen venezolano. El resto de las familias refirió que, en la actualidad, no estarían vinculadas con organizaciones religiosas ni migrantes.

Pese a que dichas familias aludieron su no participación en dichas organizaciones, eso no significa que las mismas no existieran o que otras familias no las integraran. Incluso, a través de las nuevas tecnologías, estarían modificándose los modos de agrupación, reunión y funciones de dichas redes. Un ejemplo de ello sería la experiencia implementada por una comunidad de madres de origen venezolano que viven en CABA: “mamis por los barrios”, en las que se comparten las tareas de cuidado de niños y niñas en grupos de 20 o 25 familias.

Por ejemplo, las chicas [migrantes venezolanas] de zona de Mataderos tienen un grupo de WhatsApp. Si vos conseguiste una changa para limpiar una casa los martes a las 4 de la tarde, ponés en el WhatsApp y una te cuida a los pibes, y cuando a la otra le aparece una changa, vos le cuidas a los pibes... y eso lo hacen en grupos de 20, 25 mamás que se van pasando y compartiendo las tareas de cuidado porque, como no ingresan tan rápidamente los chicos a las escuelas por el tema de las vacantes, o porque los chicos grandes tiene una sola jornada simple, por una cuestión de acceso al trabajo y para no dejarlos solos... se armaron estos grupos de ayuda en el cuidado de los chicos que me aparecen una movida genial, me encantaría estar en una! [carcajadas]. ¡Es impresionante como se fueron organizando a través de las redes! (Olivia, informante clave).

b. Familias

Además de haberse detectado la apelación a organizaciones migrantes –ya sea aquellas tradicionales como otras más novedosas e informales– o instituciones religiosas, también se identificó a la familia (nuclear o extensa) como capaz de llevar a cabo cuidados materiales e inmateriales a las infancias en contextos migratorios.

Si bien algunos de ellos podrían estar focalizados específicamente a brindar respuestas ante el sufrimiento psíquico de niños o niñas (como, por ejemplo, los ejercicios de respiración propuestos por la madre de Luis), otros se corresponderían con prácticas sociales más espontáneas que no debieran plantearse en términos formales de eficiencia, calidad o eficacia sino reconocerse en su existencia real (Galende, 2015).

La noción de auto-atención permite ubicar las prácticas continuas de cuidar y atender al interior del ámbito doméstico así como aludir a los saberes que se aplican de manera intencional por el grupo en el proceso de salud / enfermedad /atención /cuidados.

De modo complementario, las y los profesionales de la salud mental considerarían importante el trabajo en conjunto con las familias de los niños o niñas consultantes, también apelando a vincularse con otros miembros de la familia ampliada para propiciar el sostén en los tratamientos.

Uno opera con estos papás para que el chico tenga una vida de niño, lo más parecida posible, que juegue, que pueda ir a la escuela, que pueda tener amiguitos (CeSAC, psicólogo, Darío)

(...) estrategias de cuidado que nosotros también las fomentamos para evitar la claudicación... por ahí tiene que ver con su grupo de pares, ya sea familia, cuando tienen familias más ampliadas (Hospital Pediátrico trabajadora social, Libertad)

Estas situaciones describen distintos modos posibles en los que las familias participan en la implementación de respuestas ante situaciones problemáticas de sus niñas y sus niños.

c. Curadores y curadoras tradicionales

En la mayoría de las entrevistas a profesionales del campo de la salud mental no se hizo mención a que las familias migrantes regionales acudieran a otro tipo de modelos de atención, por fuera del ofrecido por los efectores de salud.

Ante la indagación a equipos de salud mental respecto de si conocían la etiología que aquellas familias le atribuían al malestar infantil o sus intentos de resolverlo por fuera del sistema formal de salud, en algunas personas entrevistadas emergió el interrogante respecto de si las mismas acudirían a curadores o curadoras tradicionales, aunque aquello no fuera expresado en las entrevistas.

Yo pensaba que [concurrían a curadores, curadoras o figuras similares]... yo esperaría pero, en general, no ocurre tanto. Salvo que no lo digan, salvo que no lo digan (...) quizás han hecho pero no lo comentan. Diferencian las dos cosas, ¿no? Porque saben que son dos discursos (...) En general, la posición de ellos es, frente a los discursos de los profesionales, de mucho borramiento (Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil, psiquiatra, Caleb)

No no, no son cosas que digan. Ellos se cuidan de no mostrar las diferencias, nunca escuché (...) En lo enunciativo, a veces después hacen lo que les parece (Hospital General, psicóloga, Helena).

Sí aparecen estos personajes [curadores] que son reconocidos y que tienen un valor en cuanto a la posibilidad de sanación de las enfermedades en general. Puede que con la salud mental ocurra lo mismo pero no lo sé. (Hospital Pediátrico, trabajadora social, Libertad)

De ese modo, se bosqueja la existencia de un silenciamiento de los saberes de dichas familias que operaría en función de una voluntad de asimilación u homogeneización con la sociedad de destino o con el discurso profesional. Solamente dos personas entrevistadas mencionaron que, efectivamente, habían recibido familias migrantes que, con anterioridad, habían consultado con curanderos, curanderas o referentes religiosos (*“primero fuimos a lo de Doña Ramona o Doña Vicenta”*, sic) para intentar resolver el padecimiento psíquico de sus hijos e hijas.

Es lo que tienen más cerquita, digamos, más a mano, más al alcance de ellos (...) Muchas veces sí, nos ha pasado... Casos que venían con algún trastorno psiquiátrico, digamos, no sé, una psicosis. Pero antes de llegar a Salud Mental, al hospital y demás, consultaban primero con un curandero, o con la gente de la parroquia” (Hospital Pediátrico, psicóloga, Damiana)

Damiana relató que en algunas situaciones intentó “armar red” con instituciones religiosas que resultaban sostén de las familias pero eso no sucedía con los curadores tradicionales o personas que hicieran gualichos, embrujos o magia negra. Estas últimas prácticas fueron asociadas por la entrevistada con la extrañeza y lo delirante; en ese sentido, desde el equipo se intentaba proponer un modelo explicativo que permitiera una mayor adherencia a la terapéutica propuesta en el efector.

[en relación al armado de red] la verdad que si es algo como medio raro, qué se yo, de hacer gualichos o esas cosas que consultan por ahí a gente que... ahí no [intento trabajar conjuntamente] (...) por ahí vienen con algo como medio delirante, como loca la búsqueda que tuvieron ellos para resolver el problema, no sé, hacerle un gualicho, cosas raras, bueno ahí tratamos sí de explicar que no solamente tiene que ver con algo que es como de magia negra y demás si no que es un trastorno, que tiene que ver con una patología con la salud mental (Damiana, psicóloga, Hospital Pediátrico)

Asimismo, rememoró una situación clínica con una adolescente que en el hospital había recibido el diagnóstico de psicosis: antes de consultar a dicho efector, acudió a un espacio en donde realizaban

múltiples rituales y limpiezas para “*quitar el demonio de su interior*”. La psicóloga narró que, desde el equipo, se intentó ofrecerle a la familia otra lectura respecto de lo que podía estar aconteciéndole a la adolescente y se les explicó la existencia de un trastorno vinculado con la salud mental y de una medicación que podría ayudarla.

d. Talleres lúdicos, deportivos, recreativos y de escultismo: “una buena terapia”

De manera más infrecuente (en una sola de las entrevistas realizadas), se hizo referencia a la “derivación” a otros actores no vinculados con el sector salud, por motivos semejantes por los cuales podría realizarse una indicación de tratamiento psicológico.

Se trata del caso de una entrevistada, formada como docente y trabajadora social, quien se “disculpó” con la investigadora –de quien sabe que es psicóloga– por el hecho de haber comenzado a indicarle a las familias de las escuelas del distrito que llevaran a sus hijos e hijas a talleres gratuitos (muchos de ellos, organizados por agrupaciones políticas) o a la biblioteca del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre otras alternativas, nombró a talleres de radio o literatura, rugby y boy scouts. Al indagar sobre esta cuestión, se ruborizó y explicó considerar que, en algunos casos, las necesidades de estos niños y niñas no se resolverían de manera individual sino, más bien, en espacios grupales: “no sé si es en el uno a uno lo que necesitan” (sic). También introdujo la importancia de que pudieran sociabilizar y hablar con pares, deslizando que aquello también se trataría de una “buena terapia”:

Yo, muchas veces, a las mamás de los nenes que están en el barrio Ramón Carrillo les digo que funcionan unos galpones con taller de literatura, taller de juego... más que una derivación a una terapia. Perdón [se sonroja], hay veces que no es que necesitan eso sino más una socialización (...) Por eso, un espacio individual no le es significativo para la problemática que tiene el nene, que es lo que se ve en el aula, este problema de integración o de no (...) también lo que me gusta... dos o tres me hicieron caso... ir a los boy scouts, hay un grupo en el Parque Avellaneda. Funciona en una Iglesia y los sábados hacen algo diferente. También me parece una buena terapia para animarse a hablar, armar grupo... hay actividades” (EOE, trabajadora social, Ailén).

Asimismo, relató el caso de un alumno migrante al que lo discriminaban en el colegio y que, al comenzar a formar parte de un equipo de rugby, algunos de los atributos que antes quedaban asociados a prácticas peyorativas de hostigamiento o marginación (como ser “grandote, gordote”), en ese contexto se resignificaron y hasta resultaron valorados positivamente:

Y otro nene, lo que me funcionó mucho es que hiciera rugby (...) El rugby le ayudó un montón. Era un boliviano. Le funcionó porque, pobre, lo que tenía él era... las dos cosas como para la burla de los compañeros: grandote, gordote, boliviano... ¿viste cuando decís... todas? (...) Pero en rugby encontró un lugar donde su cuerpo era necesario porque tenía su posición, donde nadie le... y funcionó! (Ailén, trabajadora social, EOE.).

La entrevistada remarcó que dichos espacios (talleres, deportes) resultan no solo beneficiosos para los niños y niñas en contextos migratorios sino que su sostenimiento resulta también más fácil por parte de la familia, ya que llevarlos a dichas actividades no requiere necesariamente de la presencia de los padres o madres (la

que sí sería demandada desde algunos espacios psicoterapéuticos) y porque, además, aliviaría a las familias al ofrecerles un espacio de esparcimiento frente a un hábitat en el cual usualmente deben evitar hacer lío y ruido: “Yo apunto más a que se pueda empezar a pensar en otras cosas... perdón, porque vos sos psicóloga... perdón, yo a veces pienso que les saco trabajo... pero, en realidad, apunto a que se solucione”.

La alternativa de apelar a otros recursos territoriales para resolver las problemáticas de los niños y las niñas, más allá de los tratamientos llevados adelante por profesionales de los servicios de salud mental, apareció como una práctica marginal y percibida como en contraposición con los intereses de quienes son profesionales psi, en tanto les “sacaría trabajo”.

Figura 11. Instituciones y actores sociales, por fuera del sistema sanitario de CABA, involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental y en el intento de dar respuesta ante la misma



Fuente: figuras de elaboración propia

Discusión de los resultados

Se identificó la presencia de una diversidad de actores sociales e instituciones en el reconocimiento de situaciones de problemáticas en relación a la salud mental de niños y niñas migrantes, así como en los intentos de brindar respuestas ante las mismas. A su vez, también se encontraron indicadores que permiten alumbrar procesos de interpretación de las problemáticas que presentan las infancias en contextos migratorios en términos medicalizantes y psicopatologizantes.

A continuación se presentan ambas dimensiones para su discusión.

I. Cuando co-existencia no necesariamente implica cooperación ni reconocimiento

A partir de la convicción en la importancia de considerar el sujeto en su existencia real y de fundar prácticas capaces de basarse en reconocer su complejidad, devino necesario ubicar que las instancias sociales, culturales y religiosas también son partícipes indispensables en la producción de sufrimiento, su comprensión y abordaje (Galende, 2015).

Las y los profesionales de la salud de CABA no son los actores exclusivos presentes en las trayectorias de las familias migrantes: también existen otras personas e instituciones que forman parte de los procesos de atención y cuidado. A pesar de ello, la mera existencia de dicha heterogeneidad no implica necesariamente una relación de colaboración, cooperación o reconocimiento entre quienes la integran. De ese modo, se desarrollan múltiples modos de vincularse –que requieren ser revisados– entre el sector salud del GCBA y el conjunto de actores e instituciones relevados en la investigación.

Si bien no se propone realizar un análisis de la red social –o sus nodos, amplitud, centralidad ni densidad– sí se buscó identificar aquellas instituciones y personas que participan en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado para, a partir de dicho reconocimiento, promover la elaboración de estrategias más integrales y eficaces que contemplen a aquellos agentes que resultan influyentes. Así, se identifica que en el cuidado a la salud mental de las infancias en contextos migratorios no solamente hay una actuación del sistema de salud formal en CABA sino que en aquel proceso se encuentran involucrados, además de sus familias y profesionales psi, otros actores sociales que pueden no haber sido tradicionalmente considerados pero que sí participan. Los mismos podrían haber permanecido invisibilizados por no habitar en el país de destino, no integrar una organización formal o no formar parte del sector salud formal pero, si no son contemplados, podría perderse la posibilidad de construir miradas más complejas e integradas en los abordajes.

En relación a la primera instancia de reconocimiento de situaciones problemáticas, se encontró que –en algunos casos– las “primeras sospechas” (sic) o diagnósticos habían sido realizados por profesionales de la salud en los países de origen de las familias migrantes, principalmente al referirse a problemáticas con niñas y niños de corta edad. A pesar de haber identificado la existencia de dichos actores, en el discurso de las y

los profesionales que se entrevistaron no se hizo alusión a alguna comunicación o trabajo realizado en articulación a ambos lados de la frontera geográfica.

Otros actores que forman parte del proceso de reconocimiento de situaciones problemáticas son las propias familias de niños y niñas, quienes se apoyan en redes de migrantes que les aportan información respecto de cómo proceder en el país de destino ante su identificación de una necesidad de atención. De todos modos, no es factible afirmar si la percepción subjetiva respecto de lo que le acontece a aquellas infancias hubiese sido la misma si sus conflictivas se hubieran desplegado en el país de nacimiento de su familia de origen. Tampoco es posible verificar a qué modelos de atención a los padecimientos hubieran recurrido si residieran en otros países de la región (dado que las personas migrantes entrevistadas refirieron que en sus lugares de nacimiento primarían las dificultades de acceso a la atención a la salud/salud mental y los prejuicios negativos respecto de acudir a tratamientos psicológicos en busca de alivio ante el sufrimiento).

Las redes sociales de connacionales advienen como un elemento importante en las estrategias familiares de reproducción, pudiendo afectar la salud y brindar información respecto a los recursos disponibles. En muchos casos, las personas migrantes integran comunidades con otras y otros que han nacido en el mismo país. Dichas redes no solamente aportan bienes o servicios sino también ofrecen recursos fundamentales orientados a la satisfacción de necesidades emocionales (aunque es necesario advertir que si bien existe un carácter cooperativo, en dichos vínculos también coexisten la ambivalencia y conflictividad).

Se trata de intercambios dados en una trama de relaciones sociales en un ámbito que no se encuentra institucionalizado pero que provee vínculos emocionales en la vida cotidiana. Este rol de la red permite ubicar que los fenómenos migratorios no implican trayectorias aisladas ni, necesariamente, se sustentan en una ruptura entre aquel país que se dejó y aquel otro al que se arribó; habría un proceso de interacción recíproca (Devoto, 1988).

Complementariamente, las instituciones educativas tienen un rol fundamental en la derivación de alumnas y alumnos al sistema de salud: las mismas desnaturalizarían algunos padecimientos infantiles. Las derivaciones, por su parte, podrían adquirir un carácter defensivo al proteger a las personas adultas de asumirse como parte del problema que denuncian. El “tirar la pelota” a otros actores devendría, potencialmente, en una vía alternativa en la que podría eludirse la propia responsabilidad en la resolución de conflictivas que emergen al interior del aula o escuela. En aquellas circunstancias, se traslucirían los mecanismos mediante los cuales algunas instituciones educativas podrían derivar de modo acrítico a sus estudiantes a los servicios de salud mental, etiquetando como anómalas o patológicas características que no lo son (Poverene, 2017). La decodificación de comportamientos de infancias migrantes como “trastornados” por alejarse de las características supuestamente más esperables entre un ilusorio conjunto homogéneo de estudiantes que gozarían de autoctonía daría cuenta de la interpretación de lo diferente en tanto desviado.

Por otra parte, según las entrevistas realizadas, sería dificultoso el trabajo articulado entre el sector salud y el sector educación. Una modalidad de derivación de carácter evacuativo no colaboraría en el seguimiento de las situaciones trabajadas y en la elaboración de estrategias en conjunto. Tampoco se daría una integración intersectorial sino que cada sector se encargaría de proveer determinadas intervenciones o servicios (la escuela “educa”, el hospital y el centro de salud “trata” el sufrimiento psíquico). A su vez, el principio de corresponsabilidad también parecería debilitado: podría primar más una fractura entre quien solicita la derivación y quien asume el tratamiento que un diseño elaborado conjuntamente respecto a las decisiones a tomar en función del interés superior del niño.

Por último, aunque en menor medida, también se hizo alusión a la existencia de otras instituciones públicas, programas u organizaciones de la sociedad civil que derivarían a los efectores de salud y con los cuales, en algunas ocasiones, se trabajaría de manera articulada (como el BAP, ADRA, CONARE, SENAF y el Centro de Orientación a Migrantes),

En relación a la segunda instancia que atañe a los intentos de brindar respuestas, es posible identificar que la complementariedad terapéutica pareciera ser una estrategia asumida por las propias familias de los niños y niñas, más que como una intervención o recomendación señalada desde el saber experto. En ese sentido, la combinación de una diversidad de estrategias terapéuticas provenientes de diversos modelos podría ser percibida como problemática para las y los profesionales psi al, potencialmente, hacer peligrar la adherencia a ciertos estilos de pensar (Douglas, 1998).

Si se considerara una gradiente en la variedad de posiciones que profesionales pueden tener en torno a la combinación de estrategias terapéuticas –tomando la conceptualización de Saizar (2016)– podría identificarse que frente a prácticas de gualicho o magia negra, predominaría una perspectiva de rechazo y censura de la complementariedad terapéutica, oponiéndose a su utilización por parte de las familias por considerarla dañina. A su vez, se detectaría cierta flexibilidad en la aceptación o convivencia de prácticas provenientes del curanderismo, aunque aquella no se daría con las que proceden de la magia negra. Del mismo modo, tal como lo historiza Idoyaga Molina (2016) respecto del vínculo entre la biomedicina y otros modos de curar tras la conquista de América, la medicina académica tampoco habría aceptado las prácticas gitanas, de chamanismos indígenas u otras minorías aunque sí los rituales de raigambre católica o de la medicina tradicional. Es decir, habría una selectividad en la aceptación de la complementariedad terapéutica en la que algunas de ellas serían censuradas o desaprobadas mientras que otras serían aceptadas (Saizar y Korman, 2012 en Krmpotic, 2016).

Dada la ausencia de conocimiento de profesionales respecto de saberes y prácticas terapéuticas alternativas a las que acuden las familias migrantes, queda pendiente definir qué otro tipo de reacciones genera en el saber experto la apelación a saberes complementarios: ¿una aceptación limitada en la que se admite la

existencia de esos otros paradigmas pero en la que se los desacredita?, ¿una apropiación limitada de prácticas provenientes de otras prácticas terapéuticas y su traslado al ejercicio de la propia práctica?, ¿una aceptación pro-activa a especialistas de otros saberes y el reconocimiento no solo de su etiología sino de su eficacia? Puede esbozarse que, en gran medida, dependerá de cada profesional, sus intereses, cosmovisión y formación.

También surge el interrogante respecto de si el desconocimiento en torno a los modos en los que las familias de infancias en contextos migratorios entienden y tratan su sufrimiento psíquico podría estar vinculada, además de con una relación de asimetría entre quienes consultan y quienes encarnan la posición del saber experto, con la actitud de estos últimos respecto de lo que están dispuestos a reconocer. Si muchas de las personas migrantes asumen “*posiciones de borramiento*” (sic) frente al discurso de las o los profesionales y “*cuentan que aprenden a medida de que van hablando con los doctores*” (sic), entonces es menester interrogar las modalidades de construcción de saberes entre profesionales y familias.

En el Centro de Salud estudiado funcionó, a partir del año 2010, un consultorio intercultural en el cual un chamán del barrio brindaba atención, en conjunto con una médica generalista fitoterapeuta, una vez por semana. Al interior de este dispositivo se trabajaba con diferentes tipos de medicina, incluyendo el uso de hierbas medicinales y otros rituales (como oraciones o rezos) para pedir alivio de la enfermedad de las personas adultas consultantes.

Es un consultorio que se desarrolla todos los viernes, acá en el Centro de Salud, es un consultorio en conjunto donde el estudio del paciente, el diagnóstico, el tratamiento, etc. es intercultural. Se trabaja con yuyos, etc. entonces hay pacientes que siguen el camino de la medicina convencional, alopática, y hay otros pacientes que siguen el camino de la medicina folklórica (...) en este momento estamos con casi 120 pacientes que se atienden en el consultorio intercultural de los viernes (...) ellos atienden a chicos de quince años para arriba. Todavía no han trabajado con niñitos (CeSAC, pediatra, Lorena).

Tal como lo exploran Saizar, Sarudiansky y Korman (2013), la iniciativa de ofrecer terapias alternativas y complementarias ajenas al campo biomédico local en contextos de efectores públicos de salud también ha sido promovida en algunas instituciones públicas de salud. Más allá de las diversas combinaciones de terapias existentes, la biomedicina persiste en su hegemonía político–epistemológica; esto se plasma en la organización del sistema formal de atención, en el plano legislativo (Ley Nacional 17.132) y en el institucional, lo que perpetúa su monopolio de los cuidados legítimos (Sarudiansky et al., 2009). Pese a la inserción de estos abordajes alternativos en efectores públicos de salud, es dable identificar lógicas de domesticación (Fadlon, 2005), en las que las terapias alternativas logran inscribirse en contextos de la biomedicina pero sus aspectos filosóficos, ritualísticos o esotéricos son licuados, despojados, enmascarados y se subsumen a las lógicas del sistema en el que se introducen. En ese sentido, el hecho de que el chamán atendiera de manera conjunta con la fitoterapeuta y que no se le pagara un salario, permite iluminar las potencias y los límites de dicha propuesta de carácter instituyente. Asimismo, aquella experiencia interroga

las condiciones que participaron en el contexto de emergencia de su consolidación, institucionalización y posibilidad (o no) de sostenerse en el tiempo.

Se detectó que las instituciones religiosas y organizaciones migrantes también se elaborarían respuestas ante el padecimiento. En relación a las primeras, algunas de ellas brindan ayudas a la población migrante y, tal como señala Kirmayer et al. (2011), las mismas podrían colaborar en amortiguar las consecuencias del aislamiento, pérdidas, discriminación a través de proporcionar sentido de pertenencia y diferentes apoyos. También incorporan a profesionales de la salud mental dentro de las estrategias que ofrecen, lo que ubicaría las necesidades de las personas a las que buscan asistir y las particularidades locales que adquiere la elaboración de soluciones posibles. Integrantes de las familias extendidas participan de las estrategias de cuidado a las infancias y, a su vez, son convocadas a hacerlo por parte de los equipos de salud. A su vez, se localizó la existencia de una *bifurcación marginal* que jerarquiza la grupalidad como una dimensión asociada a la promoción de bienestar subjetivo y que incluye modos heterogéneos de buscarlo. Se trata de espacios posibilitadores de procesos de integración social, formación subjetiva y expresión de las infancias, por fuera del sector formal de salud, que tendrían efectos salutogénicos. En ese sentido, la apelación al fortalecimiento de lazos comunitarios que tengan lugar en territorios cercanos a donde habitan las personas y que tiendan a favorecer las potencialidades de las infancias promovería una modalidad de respuesta absolutamente afín con el proceso de transformación en los modelos de atención en el campo de la salud mental. Tal como lo recupera Amarante (2013), Basaglia consideraba que el mejor lugar para llevar a cabo talleres terapéuticos era el territorio, entendiendo que aquél se trataba de un espacio en donde verdaderamente podría desplegarse el optimismo de la práctica (en contraposición al pesimismo de la razón psiquiátrica).

II. Interpretaciones sobre el sufrimiento psíquico en las infancias migrantes. Medicalización y psicologización de los malestares

Dado que el Estado interpreta las necesidades de las personas a partir de los discursos expertos, deviene esencial iluminar las interpretaciones presentes en los discursos de las personas expertas que trabajan con infancias migrantes, ya que pueden constituirse en intervenciones e, incluso, en políticas públicas.

En ese sentido, es posible plantear la existencia de un ejercicio de interpretaciones y traducciones sucesivas que parten desde lo que le acontece a una niña o niño y su propia lectura sobre ello, lo que su entorno interpreta que le sucede, lo que las personas especialistas interpretan respecto de las interpretaciones anteriores (a partir de sus perspectivas profesionales) y lo que posteriormente interprete la niña o el niño y sus vínculos significativos en relación a lo acontecido.

Como es posible advertir, estas operaciones trascienden la mera transcripción desde un discurso infantil a otro adulto (y, luego, el camino recíproco), el pasaje entre el lenguaje lego al profesional o entre lenguas

distintas. Las interpretaciones implican una marca singular nunca impersonal y un posicionamiento sobre aquello a lo que se alude.

Las trabajadoras y los trabajadores interpretan lo que le acontece a las infancias migrantes a partir de sus propios esquemas conceptuales, categorías clasificatorias, adscripciones teóricas, experiencias, intereses. A su vez, las teorías y marcos metodológicos delimitan el espacio de lo posible (Gerlero, 1999 en Wagner, 2022). En ese sentido, podría plantearse que la consideración de que alguna conducta, modalidad o conflictiva se trata de una *problemática de salud* mental de un niño o niña en contexto migratorio implica una peculiar (y no natural ni obvia) interpretación de aquellas expresiones.

A continuación se desarrollan tres modalidades de interpretaciones del saber experto que operarían en la misma dirección que la medicalización de los malestares de las infancias migrantes. Dichas modalidades se han hallado a partir del material provisto por las personas entrevistadas, en el que se identificó que tanto el padecimiento como la diferencia –como si la misma pudiera “ubicarse” en una persona, negando su carácter relacional– resultan patologizados⁹:

a. Patologización de procesos esperables y normales en los procesos migratorios

Si bien la movilidad territorial humana no debiera pensarse como causa en sí misma de padecimientos mentales, la misma puede implicar variados desafíos para la salud mental de quienes se desplazan a través de las fronteras nacionales. Con el atravesamiento por una migración es necesario adaptarse a un nuevo espacio, normas, costumbres, grupos de pertenencia, cultura y lengua, traspasar la separación de vínculos afectivos significativos y la fragilización de las competencias de los propios referentes, lo que no puede ser generador de malestar (Barudy Marquebreucq, 2006). Las migraciones, entonces, implican trabajos psíquicos que realizar y requieren tiempos necesarios para desarrollarlos. Esperar o demandar que el desplazamiento no sea una vivencia que se experimente a veces con tristeza o dificultades, puede conllevar a la patologización de reacciones absolutamente esperables y saludables.

En ese sentido, se vislumbró que habría profesionales de diversos sectores que proceden a realizar diagnósticos prematuros al considerar como patológico el no adaptarse demasiado rápidamente a la sociedad de destino, sus reglas y tiempos. Esto se configura en un obstáculo tanto en la estrategia de establecer un tiempo de detención que evite una psicopatologización precipitada del sufrimiento que forma parte de la vida, como en la posibilidad de explorar lo singular de cada trayectoria migrante.

⁹ A continuación se retrabajan algunos conceptos desarrollados en: Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. En *Derecho de familia: Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 82, 99- 114.

De todos modos, es importante clarificar que las interpretaciones del discurso experto no serían homogéneas ni estarías presentes en la totalidad de las y los profesionales: los equipos se despliegan en espacios heterogéneos en los que sus agentes tienen altos niveles de libertad.

Ejemplo:

Hay un choque de culturas, que no significa que los pibes estén hipostimulados ni significa que los pibes sean más lentos... A ver, si el problema es que, cuando un pibe viene, el pibe migró, entonces necesita un tiempo de adaptación. Y muchas veces, el colegio no tiene la paciencia necesaria para dárselo, entonces... El chico llega en cualquier momento del año, se incorpora al colegio en cualquier año y... ¿esto qué es? Es otra cultura. Entonces, rápidamente, ahora no tanto, pero igual en general el colegio tiende a sacárselos de encima y mandarlos al psicólogo: ‘este pibe está lento’. Pero... el pibe tiene otra cultura, está formado con otra mentalidad, con otra cabeza (CeSAC, pediatra, Lorena).

b. Etiquetamiento de conductas diferentes como “anómalas”

Se detectó la interpretación de anómalas o perturbadas a aquellas conductas diferentes a las supuestamente esperables en un ilusorio conjunto homogéneo de la “infancia argentina”. De ese modo, habría una interpretación de lo disímil en tanto desviado y se tendería a buscar la normalización sin interrogarse por los contextos en los cuales dichos comportamientos se producen.

En algunos casos, aquellas anomalías podrían atribuirse a cuestiones culturales que devendrían en factores explicativos, atribuibles tanto a las infancias como a los modos de crianza de sus familiares. Muchas veces, estas son menospreciadas y consideradas como arcaicas o disfuncionales, produciendo una lectura estigmatizante –e incluso, denigrante– de las formas de vida de amplios conjuntos poblacionales.

Al interpretar la diferencia como patología, se genera un eclipsamiento de las condiciones contextuales y de la problematización respecto de las propias ignorancias de los equipos tratantes respecto de aquello que desconocen pero presuponen.

De ese modo, se cae en un error de traducción y de diagnóstico, encastrando la identidad ajena al convertir lo que le acontece en una etiqueta (Pescetti, 2022).

Ejemplo:

A una nena de familia boliviana, la madre la lleva al jardín. En la semana la llaman para decirle que la van a tener que llevar a una escuela para personas con discapacidad porque la chica era autista y no hablaba, solo balbuceaba (...) pero no estaba balbuceando, sino que estaba hablando aymara (Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Ignacio)

c. Desplazamiento de problemáticas sociales complejas a la esfera de responsabilidades de los trabajadores y trabajadoras de la salud

El padecimiento de las infancias migrantes no es un mero efecto del desplazamiento territorial sino que intervienen múltiples determinaciones en su producción. Algunas de ellas están fuertemente vinculadas a los modos en los que la sociedad de acogida, las legislaciones, instituciones y agentes del Estado reciben y brindan sus tratos a esta población.

De ese modo, si se patologizan las conductas de un niño o niña que experimenta malestar por los modos en los que el Estado y la sociedad lo tratan, se estaría tropezando con una de las consecuencias de la medicalización: delegar en personas expertas la atención de problemas humanos y fijar definiciones

médicas para abordar conflictos sociales (Conrad, 1982). Así, aquellos problemas que debieran resolverse de manera colectiva son tanto individualizados como psicologizados, expulsando el debate respecto de la pobreza y desigualdad (LLobet, 2006).

Ejemplo:

(...) por ahí, yo me reúno con los profesionales de salud mental del Hospital o con los de psicopedagogía, y le digo a la maestra: “bueno, yo te quería contar que...” y me dicen: “no, no. ¿Pero ya lo están atendiendo?”, le respondo que sí y contesta “Ah, bueno, ya está bien”. Agregó: “No, te quería contar lo que me dijo la profesional” y responden: “Pero ya, ya está derivado” (...) Una vez una señora me dijo: “este año tengo 18 para reciclar”, “¿para qué?” digo yo, “¿para reciclar!” dice. Le digo: “pero lo que se recicla es la basura” (EOE, trabajadora social, Karenina).

En resumen, al interpretar con una clave patologizadora las conflictivas presentadas por los niños y las niñas en contextos de migración regional, se produce un reduccionismo. El mismo traduce la complejidad de los malestares y desafíos que atraviesan las infancias migrantes en tanto problemas psicológicos (o psicopedagógicos, fonoaudiológicos) individuales. De esa manera, se intenta disminuir el sufrimiento a través de una modulación terapéutica que no necesariamente intervendrá sobre los cimientos estructurales sobre los que la problemática se monta.

Recapitulación

Para responder al quinto objetivo específico, se identificó y analizó la participación de actores sociales e instituciones, por fuera del sistema sanitario de CABA, que estuvieran involucrados en el reconocimiento de una situación problemática en términos de salud mental de niños y niñas en contextos de migración regional y en el intento de dar respuestas ante la misma. Con ello, se buscó explorar los modos en los que se conjugan distintos sectores y organizaciones para el abordaje del sufrimiento psíquico de dichas infancias. Para ello, se apeló a las entrevistas realizadas en el marco de la tesis, a conversaciones personales con informantes clave, pedidos de información pública y llamadas telefónicas o visitas a las páginas web de distintas instituciones que fueron nombradas por interlocutores e interlocutoras durante el trabajo de campo. Se procedió a presentar los resultados en función de dos instancias organizadoras *ex post* que permiten establecer temporalidades y modalidades de participación diferenciadas. La primera instancia es la de *reconocimiento de situaciones problemáticas*. La misma incluyó a profesionales de la salud del país de origen de niños y niñas migrantes, quienes han señalado alguna primera sospecha diagnóstica respecto a la salud mental respecto a dichas infancias. Pese a ello, no se aludió a la estrategia de establecer comunicaciones o articulaciones entre profesionales a través de las fronteras nacionales. También se aludió a que algunos programas e instituciones públicas –pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (GCABA) o coordinados por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la Dirección

Nacional de Migraciones– identificaron conflictivas de niños y niñas en contextos migratorios como problemáticas de salud mental y llevaron a cabo derivaciones al sistema de salud, aunque aquello no necesariamente implica una integración entre sus estrategias ni la construcción de redes de responsabilidad institucional. Complementariamente, las instituciones educativas ocupan un rol cardinal en la derivación de sus alumnas o alumnos a profesionales de la salud mental: quienes trabajan en las escuelas tienen la potencialidad de desnaturalizar algunos padecimientos infantiles y codificar comportamientos como problemáticos, requiriendo de intervenciones profesionales en el campo de la salud mental –aunque, en ocasiones, podría generarse una psicopatologización de características o situaciones que no ameritan la intervención de profesionales psi–. Asimismo, las propias familias de niños y niñas en contextos migratorios, principalmente las madres, detectan malestares o dificultades de sus hijos e hijas, evalúan su gravedad, definen si se ameritaría una demanda de atención y llevan adelante las estrategias que consideraran más oportunas. Dichas familias, a su vez, se apoyan en redes sociales de connacionales que – pese a no siempre encontrarse institucionalizadas o formalizadas– les brindan información respecto de cómo proceder en el país de destino y les aportan sus experiencias o datos relativos a los nuevos recursos disponibles.

La segunda instancia aludió a distintas participaciones de actores e instituciones que intentan *brindar respuestas ante el padecimiento* de las infancias en contextos migratorios e incluyó a instituciones religiosas y organizaciones comunitarias; familias extensas; curadores y curadoras tradicionales; talleres lúdicos, deportivos, recreativos y de escautismo.

Se advirtió la participación de instituciones y actores que pueden permanecer invisibilizados en el país de destino por diversas razones, lo que socava la posibilidad de consolidar abordajes integrales y complejos. A su vez, la coexistencia de actores no implica necesariamente el establecimiento de relaciones de reconocimiento y colaboración entre sí: puede darse un gradiente en la variedad de los posicionamientos de profesionales en torno a la combinación de estrategias terapéuticas implementadas por las familias y, también, modos diferentes de articular (o no) estrategias conjuntas.

Asimismo, se identificaron indicadores que alumbran la persistencia de interpretaciones tendientes a la patologización de las conflictivas presentadas por las infancias en contextos de migración regional. De esa manera, opera un reduccionismo que traduce la complejidad de sus malestares en tanto problemas individuales capaces de ser resueltos mediante una intervención técnica.

Parte V. Conclusiones e implicancias

1. Conclusiones

*“Entre la zona de las preguntas
y la zona de las respuestas,
hay un territorio donde acecha
un extraño brote.
Toda pregunta es un fracaso
toda respuesta es otro.
Pero entre ambas derrotas
suele emerger como un humilde tallo
algo que está más allá de los sometimientos”*
Roberto Juarroz, 1965.

Sobre los supuestos de la investigación (a partir de los hallazgos), el retorno a los antecedentes (aunque a posteriori) y futuras indagaciones

A través de esta tesis se generó una aproximación a las experiencias subjetivas, valoraciones y reflexiones de familias migrantes latinoamericanas y profesionales de la salud mental del ámbito público en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de infancias en contextos migratorios. De ese modo, se buscó contribuir a la construcción de conocimientos situados que brinden referencias para el abordaje profesional de estas temáticas insuficientemente estudiadas, tal como lo señalan Ibáñez Allera y Checa Olmos (2018), Brown y Hernández (2014) y Chow, Jaffe y Snowden (2003).

Los supuestos de la investigación se han confirmado y se verificó que las familias migrantes latinoamericanas poseen sus propios saberes y posibilidades de desarrollar estrategias frente al sufrimiento psíquico infantil, produciendo itinerarios terapéuticos que trascienden la búsqueda de atención en los sistemas sanitarios formales. Pese a ello, se detectó que en los supuestos se había sobreestimado la presencia de modelos de atención vinculados a la medicina tradicional, quizás sin dimensionar la importancia que podrían adquirir otros modelos alternativos o aquellos vinculados con la dimensión de la religiosidad. Esta idea previa –que tendía a emparentar fuertemente las migraciones de otros países latinoamericanos con la medicina tradicional o popular– podría traslucir las propias miradas estereotipadas de la investigadora.

Se comprobó la reproducción de dinámicas de estigmatización y exclusión a la población migrante latinoamericana en instituciones públicas de salud, en las que se vislumbraron obstáculos en la accesibilidad que resultan particulares de dicho grupo –más allá de los compartidos con otras personas que acuden al subsector público de salud–. Aún así, las políticas públicas en torno a la cobertura universal en salud y el acceso a los tratamientos fueron valoradas positivamente por todas las personas migrantes entrevistadas, lo que señala una mayor posibilidad de acudir y obtener atención en el sistema de salud en el país de destino, en comparación con el lugar de origen.

Se recuperan los aportes de Idoyaga Molina et al. (2003) al explicar que las personas migrantes desarrollan estrategias adaptativas que les permiten tanto mantener sus prácticas culturales, costumbres y valores como incorporar y reelaborar aquellos elementos del nuevo contexto que pueden resultar ventajosos. Dentro de los mismos, los resultados de esta investigación señalan, como algunos elementos centrales, el acceso gratuito y universal a la salud, el CUD y la construcción de una hegemonía del modelo *psi*. La misma conformaría una subjetividad peculiar que podría transformar el lugar sociocultural otorgado al sufrimiento psíquico y a la terapia, incluso para quienes provienen de países en los que predominarían estigmas en relación al padecimiento mental y la participación en tratamientos de salud mental.

Asimismo, se había advertido la importancia del rol de las escuelas como instituciones que tienen una importante participación en la traducción de las situaciones conflictivas en infancias en contextos migratorios como problemáticas de salud mental, incluso reforzando el proceso de patologización y medicalización.

De manera complementaria, se advierte la pregnancia de las teorías y prácticas *psi* en las familias que han cruzado las fronteras internacionales. A partir de sus propias experiencias e intercambios con otras redes, actores, instituciones, programas y discursos sociales en el país de destino, se resignifican saberes y prácticas en cuanto a la salud mental a la luz del nuevo contexto en el que residen. De ese modo, es posible identificar la existencia de un doble proceso de derrame (de) y convocatoria (a) los saberes expertos, los que serían aplicables sobre un magma inmenso de acontecimientos cotidianos que atraviesan las infancias.

Para futuras indagaciones, se destaca la importancia de incluir con mayor protagonismo las perspectivas de las infancias en contextos migratorios para, así, explorar sus propias experiencias en relación a los procesos de salud /enfermedad/atención/cuidado en salud mental a partir de sus propias voces. Asimismo, también sería de interés aproximarse a indagaciones respecto de su capacidad de agencia y resistencia presentes en los vínculos establecidos con agentes estatales en el nuevo contexto de acogida.

Para ello, es fundamental la adecuación de los métodos de investigación para que los mismos permitan, de manera simultánea, producir conocimientos y colaborar en los procesos de subjetivación de las infancias. Esto implica evitar adultocentrismos, objetalizaciones y revictimizaciones en aquella población.

A modo de cierre

A continuación, las conclusiones se desarrollan en pos responder los objetivos generales de la investigación. Existen distintas instituciones y personas que participan en el reconocimiento de situaciones problemáticas en términos de salud mental de niños y niñas en contextos migratorios, así como en los intentos de brindar respuestas ante las mismas. A través del trabajo de campo, se ha revelado una composición heteróclita en la que las y los profesionales de la salud de CABA no son actores sociales exclusivos de los procesos de

atención y cuidado en salud mental de las infancias migrantes: se vislumbran otras participaciones heterogéneas y con las que no siempre se establecen relaciones de reconocimiento mutuo, colaboración y armonía.

Tanto las escuelas como distintos programas e instituciones públicas cumplen un rol cardinal en la derivación de dichas infancias a profesionales de la salud mental. Identifican malestares o dificultades que pueden resultar naturalizados en sus entornos habituales y elaboran estrategias en función de ello. Pese a la importancia de dicha función, se encontraron elementos que permiten vislumbrar la presencia de *interpretaciones*, llevadas a cabo por trabajadores y trabajadoras que se desempeñan con infancias en contextos de migración, que operan patologizando tanto las diferencias como el padecimiento de dicha población. Dichas interpretaciones tienden al etiquetamiento de conductas diferentes en tanto trastornadas, al desplazamiento de problemáticas sociales complejas a la esfera de las responsabilidades de los trabajadores o trabajadoras de la salud y a la patologización de procesos esperables y normales propios de los procesos migratorios. En ese sentido, la consideración de que alguna conducta, modalidad o conflictiva se trata de una problemática de salud mental implica una peculiar (y no natural ni obvia) interpretación de aquellas expresiones.

Al interpretar con un enfoque psicologizante las afectaciones presentadas por los niños y las niñas en contextos de migración regional, podría producirse un reduccionismo: abordar la complejidad de los malestares que atraviesan como si se trataran de problemas individuales, descolectivizándolos y desestimando los efectos subjetivos que produce un contexto en el cual los privilegios, precaridades y subalternizaciones se distribuyen desigualmente. Si bien las y los profesionales de salud mental no debieran ser excluidos en la elaboración de respuestas ante el sufrimiento psíquico infantil, tampoco debieran ser considerados como responsables exclusivos de intervenir en aquellas situaciones que involucran un intenso padecimiento subjetivo y multideterminado.

Complementariamente, se identificó que –tras detectar alguna conflictiva–, muchas familias y redes migrantes regionales en CABA también demandan atención a profesionales de la salud mental, incluso sin la intermediación de otras instituciones o programas estatales.

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, simultáneamente 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 el 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, yuxtaponerlos junto a los históricos y abigarrarse¹⁰. Así, las poblaciones migrantes que no hubiesen apelado en sus países de nacimiento a intervenciones de profesionales de la salud mental (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 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. Prima un pragmatismo en su 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 ciudad más psicoanalizada del mundo (CABA), en la que la jerga profesional ha permeado el lenguaje cotidiano y las familias migrantes 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 la sociedad porteña, alcanzando así a las comunidades provenientes de otros países.

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

Aunque las familias migrantes puedan optar por solicitar atención en el sector salud, aquello no implica que aquél sea el único abordaje elegido. En ocasiones, en la búsqueda de respuestas ante las problemáticas

¹⁰ Con “abigarrado” se apela a una heterogeneidad de elementos que pueden mezclarse y componerse en una misma unidad, aunque sin fundirse entre sí; aquél término también alude a las complejidades presentes en una región tan polícroma y multívoca como América Latina (Funes, 2006; Rivera Cusicanqui, 2010; Zavaleta Mercado, 2008 en Elbirt, 2016).

infantiles, se optaría por combinar estrategias terapéuticas provenientes de distintos modelos de atención, las que también incluyen a curadoras o curadores tradicionales, medicinas religiosas o la auto-atención.

Aquella yuxtaposición resquebraja la adjudicación de una fidelidad hermética de las comunidades migrantes a determinados marcos culturales: no hay una adherencia inquebrantable ni una parálisis de movimiento entre los conjuntos sociales y los modelos de atención. Visibilizar estas dos cuestiones (que muchas familias extranjeras también acuden al modelo médico y que, otras, recurren a formas alternativas pero no necesariamente tradicionales) permite identificar que, en ocasiones, se espera de las poblaciones migrantes latinoamericanas conservar cierto carácter de “exotismo”. Concomitantemente, impera una *transmisión intergeneracional del estigma de la migración* –que se exagera en aquellos grupos que han sido más racializados–: la misma implica la esencialización de aquellas personas que han arribado desde otro país y de sus descendientes, incluso si hubieran nacido en Argentina. La ontologización y otrerización de las personas migrantes (y sus hijos, hijas, nietos, nietas) adjudica identidades estáticas y perpetúa estigmas que tienen efectos concretos tanto en sus vidas cotidianas como en el acceso a derechos.

En ese sentido, deviene esencial que las y los profesionales tratantes puedan problematizar la existencia de reduccionismos culturales respecto a las familias migrantes –a las que, en ocasiones, se las concibe como entes monolíticos e inmutables– que actuarían como brújulas descalibradas en la construcción de sus abordajes e intervenciones.

La complementariedad terapéutica pareciera surgir como una elección que algunas familias migrantes ponen en práctica y que, en ocasiones, convive con diferentes reacciones por parte del saber experto: se destaca una selectividad en la aceptación de la complementariedad terapéutica, en la que algunas prácticas son censuradas mientras que otras son aceptadas o meramente toleradas. Sin embargo, lo que prima –en función de los discursos de las personas entrevistadas– es el desconocimiento de los equipos tratantes respecto de los saberes y prácticas alternativas a las que acuden las familias migrantes.

A pesar de que la mayoría de los tratamientos terapéuticos implementados por las y los profesionales entrevistados en los efectores públicos de CABA se llevan a cabo desde una perspectiva que busca el alojamiento de sus consultantes en su singularidad en un espacio de circulación de la palabra y de escucha, se identificó la pregnancia de un modelo que repite, repite sin saber, el discurso hegemónico y margina a otros considerándolos anacrónicos. Aquella subalternización epistémica puede plasmarse en el desconocimiento y desinterés respecto de los modos en los que las familias migrantes explican el padecimiento de sus niños o niñas, las maneras en las que buscan resolver sus problemáticas y sus pautas culturales.

La ignorancia respecto de los saberes, historias y experiencias de vida de las personas consultantes – ignorancia que se encuentra facilitada tanto por la hegemonía cultural encarnada e invisibilizada en los

equipos tratantes como por una noción evolucionista respecto de las respuestas profesionales como superadoras de otras intervenciones sobre el malestar– colaborar en el ejercicio de olvidar que el padecimiento está íntimamente ligado a las condiciones de vida, por lo que las respuestas debieran abarcar los diversos órdenes de la existencia en común. A su vez, se identificó que el ejercicio del conocimiento prudente se ha solamente encarnado en algunas y algunos profesionales que problematizan sus propias prácticas y esquemas conceptuales, aunque no es el posicionamiento al que más se apela –ni más se propone– al interior de los equipos tratantes. En ese punto, si se entiende a las prácticas psicológicas en su dimensión cultural –y no como una ilusión universalista, imperecedera y aséptica –también deviene esencial reconocer la presencia de los factores culturales en los diagnósticos y tratamientos propuestos, incluso, por la ciencia y la academia. Esto sería central porque, de manera contraria, solamente se alumbrarían aquellas escenificaciones de la diferencia más fácilmente reconocibles en las minorías otrerificadas y exotizadas mientras que se naturalizarían –y concebirían como aculturales, no contingentes ni arbitrarias– las propias.

Se advierte que la mayoría de las y los profesionales que se entrevistaron planteó una lectura compleja acerca de las determinaciones del sufrimiento psíquico de las infancias en contextos migratorios: las mismas serían múltiples y trascenderían la dimensión intrapsíquica del conflicto, alcanzando los efectos del desplazamiento territorial en la reconfiguración familiar (conformación de cadenas transnacionales de cuidado, fragmentaciones, reencuentros, redefiniciones de roles y dinámicas de poder), los duelos migratorios (principalmente, los que atañen al duelo por la distancia de personas significativas que pudieron haber permanecido en el país de origen, por el contacto con el grupo étnico o la cultura y por la tierra), la discriminación/exclusión/estigma en los contextos de socialización en Argentina y las condiciones materiales de existencia de las familias (como trabajos precarizados, vivienda en territorios abyectos y dificultades en la posibilidad de satisfacer necesidades básicas). Pese a ello, se encontraron limitaciones en la posibilidad de ofrecer abordajes intersectoriales y en red que permitieran elaborar abordajes complejos ante problemáticas complejas. Predominan los vínculos de fragmentación y desarticulación entre el sector salud y otros actores sociales e instituciones que brindan respuestas frente a los malestares de las infancias en contextos migratorios. Es posible señalar el desconocimiento y la desacreditación, en distintas gradientes, respecto de otras participaciones más alejadas de la hegemonía de los saberes profesionales. Esto implica serias limitaciones en los abordajes, puesto que no se refuerzan las respuestas desplegadas por diferentes espacios capaces de multiplicar vida y fomentar potencias.

Prima, entonces, la ausencia de un auténtico trabajo en red capaz de amalgamar criterios de los distintos ámbitos que participan (ya sea desde el sector salud, educación, organismos de protección de derechos, instituciones religiosas, redes comunitarias y organizaciones de la sociedad civil) y de orientar esfuerzos hacia horizontes comunes enmarcados en un paradigma de protección de derechos. La insuficiente

intersectorialidad e inter-actorialidad serían obstáculos para favorecer la satisfacción de los derechos de niñas y niños: la fragmentación de respuestas y la falta de conexión de actores involucrados no colaboraría en la garantía de la integralidad e interdependencia de derechos de aquellas infancias, así como tampoco fortalecería una perspectiva comunitaria de salud mental.

Pese a la convicción de la necesidad de una transformación en las condiciones materiales de existencia de dichas infancias y del acceso a derechos en su integralidad, ante la dificultad de hallar modificaciones en problemáticas de índole macro-estructural, la búsqueda de soluciones se articula principalmente en la dimensión de lo individual y en la posibilidad de modificar el ambiente interno de las niñas y los niños. De ese modo, se genera una paradoja: precisamente en aquellos espacios singularizantes en los que se busca apuntar a la des-objetalización del sujeto, a su capacidad de agencia, se podría terminar replicando un modelo de descolectivización del conflicto y re-traduciendo con diagnósticos psicopatológicos aquellas problemáticas que los exceden.

Deviene imperiosa, entonces, la posibilidad de problematizar las interpretaciones de las necesidades de las personas que consultan en equipos de salud mental y reconocer que las perspectivas de las o los especialistas no son neutrales, imparciales ni están exentas de atravesamientos culturales, sociales, económicos, generacionales y de género. La posibilidad de reflexionar sobre las nominaciones y las interpretaciones de los malestares de las infancias en contextos migratorios, implica la alternativa de librar una batalla semántica que reinscriba las problemáticas dentro de contextos situados que articulen los dolores subjetivos con la época y sus determinaciones.

Esta problematización alcanza a la reflexión en torno al lugar que ocupa el enfoque de integralidad de derechos en las intervenciones de los equipos de salud mental que trabajan con infancias en contextos migratorios y a su responsabilidad profesional, más aún en el ámbito público, frente a la aparición de malestares fuertemente ligados a la dimensión de la desigualdad. De este modo, los abordajes profesionales debieran contemplar el enfoque de derechos como una tarea endógena a la propia práctica y como un marco común aglutinador capaz de interrogarse respecto de la imposibilidad de dar únicamente respuestas a las manifestaciones de sufrimiento psíquico sin alterar aquellas situaciones que las produjeron.

Se cuestiona la ilusión de una realidad infantil universalizable en clave naturalista y la creencia de que toda experiencia migratoria implica una tramitación psíquica homogénea y un mismo destino. De ese modo, el concepto de *après-coup* deviene central para abordar los fenómenos migratorios y avizorar que, justamente, lo posterior determina lo anterior. Es decir, en el sufrimiento psíquico de las infancias migrantes están imbricados no solamente el pasado (aquello que pudo haber motivado el desplazamiento territorial y el viaje en sí mismo) sino también lo que acontece a posteriori: los modos en los que el Estado, sus leyes, agentes y la sociedad receptora se vinculan con quienes han arribado al país. De ese modo, la noción *après-coup*

migratorio advierte que el futuro tiene la potencia de modificar el pasado: esto subraya la impostergable responsabilidad de la sociedad de acogida en la posibilidad de mitigar o redoblar sus padecimientos.

Frente a problemáticas sociales multideterminadas, se precisan respuestas multidimensionales e integrales capaces de contemplar tanto las condiciones objetivas de vida como los aspectos subjetivos de cada persona. Abordajes desarrollados en los territorios en donde habitan las familias migrantes, en los que se puedan fortalecer los lazos comunitarios y potenciar las agencias infantiles, desafiando miradas carenciales y deficitarias. De ese modo, las intervenciones frente al padecimiento debieran trascender lo meramente técnico y habilitar la creación de prácticas productoras de salud que también alcancen la protección de derechos y la inclusión de las personas en sus comunidades.

Comprender, entonces, la complejidad del sufrimiento psíquico de las infancias en contextos migratorios, se constituye en una invitación a renunciar a la ilusión de que una única disciplina puede otorgarle respuestas totalizantes y un recordatorio acerca de la necesidad de crear *abordajes abigarrados de producción de salud mental*, que se caractericen por estar dotados de una fuerza centrífuga capaz de promover descentramientos, por ser amplificadores de polifonías sensibles que conduzcan al respeto y por devenir en centinelas de derechos. De ese modo, sosteniendo la complejidad como posición epistémica, cambiarán no solamente nuestras miradas sino, también, las posibilidades de ser realistas de realidades, cada vez, más amplias.

2. Implicancias

“Necesitamos escritores que puedan recordar la esperanza: poetas, visionarios, los realistas de una realidad más amplia”.
Úrsula Le Guin, 2014

Implicancias epistemológicas

A partir de lo trabajado en esta investigación, deviene central la posibilidad de realizar una genealogía de los propios saberes y prácticas, así como admitir que los marcos referenciales profesionales también son construcciones sociales que han surgido en determinado contexto histórico y geográfico, por lo que en ellos se traslucen aspectos de la propia cultura.

Complementariamente, es fundamental reconocer la imposibilidad de una epistemología que se suponga general y generalizable, para así evitar la exclusión de otros modelos no hegemónicos de aliviar el sufrimiento. La articulación entre saberes científicos y saberes profanos, experiencias y alternativas de las comunidades y de la Academia permitirán la construcción de lo común a partir de pensamientos problematizadores y también propositivos, creadores. Así, el concierto de voces que ensamblan el discurso de la terapéutica habilita que los conocimientos especializados puedan dialogar con otros saberes para 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).

En el mismo sentido, el reconocimiento de las infancias en tanto sujetos epistémicos legítimos, generadores de saberes y de sus propias narrativas (Barcala et al., 2022) también es central para la construcción de alternativas epistémicas más justas. La mirada a partir de las potencias individuales y colectivas es necesaria para la construcción de nuevas realidades.

Implicancias teóricas

Se considera vital la evitación de anquilosamientos conceptuales que no permitan la creación de marcos conceptuales abigarrados. A partir del conocimiento respecto de aquello que aún se ignora, se torna necesaria la aproximación a aportes teóricos provenientes de otras disciplinas, configuraciones culturales y geografías.

Ampliar el conocimiento respecto a fenómenos actuales de movilidad humana, participación de infancias en procesos migratorios, familias transnacionales, bilingüismo o contacto entre lenguas permitirá contar con referencias que promuevan la problematización respecto de miradas que tiendan a la tipificación u ontologización respecto a las personas migrantes.

Para ello, la (re)fundación de una propia biblioteca –como actividad continua y nunca solitaria– deviene imperiosa: revisar los libros que funcionaron como ascendentes de los demás, vislumbrar aquellos otros que precisan una revisión en función de las coordenadas temporo-espaciales actuales, ubicar los espacios faltantes y encender diálogos entre textos de estanterías lejanas, promovería una polifonía necesaria ante la miopía interpretativa que genera la proliferación de lo idéntico. En ese sentido, para el abordaje con personas en contextos de diversidad, es menester identificar en qué medida los libros que estaban incluidos en nuestras repisas resultan insuficientes para abordar la complejidad existente, descubrir qué textos invaluable nos esperan en bibliotecas de otras latitudes y desarrollar la lucidez para detectar los intentos de forzar la introducción de un libro en un espacio para el que no fue pensado.

Aquellos desafíos contienen la potencia de movilizar el descentramiento respecto de los propios libros-saberes y de propiciar la invención de aquello que aún está por advenir.

Implicancias clínicas

La *escucha*, posibilitada por una dimensión de un tiempo-paciente, deviene una herramienta indispensable que posibilita (u obstruye) el encuentro intersubjetivo con infancias y sus familias en contextos de migración. Sin embargo, no se trata de una escucha condescendiente respecto a aquellas personas a quienes suele desacreditarse por su nacionalidad, su clase social, edad o saberes legos: la misma debiera constituirse en una escucha que pueda conducir a la participación.

Otra implicancia clínica se articula con la necesidad de propiciar la construcción de interrogantes que permitan cuestionar aquello que se considera “obvio” y natural. Dentro de esta dimensión, la dimensión idiomática tendría un lugar relevante porque, pese a poder hablar una misma lengua, no hay una identidad de códigos idéntica ni un consenso total en las significaciones. Se advierte que los entendimientos precoces de parte de profesionales del campo de la salud mental pueden conducir a errores en la comprensión frente al apremio de querer (o creer) haber comprendido, sin tomarse el tiempo necesario para indagar previamente. De estos modos, se señala que son las y los profesionales quienes también debieran estar en posición de entender o aprender, no solamente quienes llegan al país.

Si el respeto se vincula con el reconocimiento de un semejante con derecho a participar en diálogos en igualdad de condiciones –lo que implica la suspensión de la seguridad respecto de los propios conocimientos previos y posiciones disciplinarias así como la apertura a sus modos de interpretar el malestar que padece– (Galende, 2015), es sobre ello que habría que edificar los vínculos terapéuticos.

Por último, se considera esencial la oportunidad de crear *abordajes abigarrados de producción de salud mental*, caracterizados por la polifonía de voces interruptora de eternos soliloquios monocordes de líneas teóricas y sus aplicaciones dogmáticas. Abordajes capaces de sensibilizarse y devenir disponibles frente a desafíos y dificultades de (l trabajo con) las infancias en contextos migratorios, de habitar nuevas preguntas (sobre las otras personas y sobre la propia interioridad engeguedora). Abordajes que se permitan la osadía de tornarse refractarias a miradas reduccionistas, monoculturales y esencialistas, que se aventuren a un nomadismo que migre en torno al centro (que no son las instituciones ni las y los profesionales, sino que está constituido por quienes acuden, buscando alivio). Abordajes que devengan en centinelas de derechos y que estén dotados de una fuerza centrífuga generadora de descentramientos.

Implicancias para las políticas públicas

La transversalización de la Salud Mental en todas las políticas permitiría el establecimiento de un abordaje intersectorial de alta densidad que logre transformar las respuestas estatales destinadas a las infancias en contextos migratorios para que sean verdaderamente sensibles respecto de sus necesidades específicas. El modelo de Salud Mental Comunitaria aporta fundamentos teóricos, posicionamientos y herramientas tendientes a la transformación de los modelos de atención actuales.

En cuanto a los efectores de salud, deviene esencial la formación de los equipos para sus abordajes con población migrante, el conocimiento de las legislaciones vigentes y sus implicancias, la posibilidad de crear y socializar información respecto de personas que puedan colaborar en los procesos recíprocos de traducción entre idiomas o recursos tecnológicos que asistan frente a situaciones de contacto entre lenguas, así como la posibilidad de trabajar desde una perspectiva integral de derechos en los que la inclusión social ocupe un lugar medular. Para ello, *salud* no debiera ser el sector exclusivo para responder a problemáticas complejas aunque tampoco debiera quedar excluido en el abordaje: dada la determinación social del proceso

salud/enfermedad/atención/cuidado, distintos sectores gubernamentales debieran converger en sus estrategias y acciones.

Además, es importante la articulación con organizaciones de personas migrantes y de la sociedad civil que trabajen con personas en contextos de migración o refugio para que puedan facilitar informaciones (OIM, 2021) y se puedan establecer abordajes de manera conjunta. En ese sentido, es fundamental que pueda añadirse la dimensión migratoria (y sus particularidades o necesidades) dentro de la planificación de los servicios para así producir transformaciones capaces de dar a luz a prácticas armonizadas con las necesidades de la comunidad.

Complementariamente, la participación de las infancias y su reconocimiento como sujetos de protección con plenos derechos también se constituye en un eje insoslayable para las políticas públicas. Para el desarrollo de abordajes desde la salud mental comunitaria, es fundamental que los procesos de cuidado promuevan una distribución de poder no verticalista que tienda a la inclusión de las personas usuarias y sus vínculos significativos. A su vez, deviene central que las personas usuarias sean posicionadas en el centro de las políticas públicas: que sus necesidades, sus horarios y posibilidades, sus lugares de residencia, lenguas sean consideradas por los efectores. Para ello, es fundamental conocer a dicha población y producir datos desagregados que permitan caracterizarla y dimensionar su acceso a los servicios de salud mental. Con ese fin, se sugiere considerar la dimensión migratoria tanto para la recolección de datos como para su posterior desagregación y análisis. Esto implicaría contemplar la nacionalidad de niños o niñas y la de sus madres o padres, así como su estatus migratorio, entre otras variables. Pese a que el interés pueda estar depositado en conocer a dichas infancias, es fundamental también iluminar el acceso a derechos de sus familiares o referentes afectivos, ya que el mismo es importante en la posibilidad de proteger el bienestar de quienes integran la familia u hogar.

Por último, es necesario contemplar los efectos de las alternancias entre estructuras partidarias en la implementación de políticas públicas destinadas a la promoción de la dignidad y bienestar de las personas. En ese sentido, sería importante promover continuidades (pese a los cambios en las gestiones) que conserven aquellas experiencias y programas valiosos, que funcionen como puentes para la construcción de lo común y no como muros segregatorios o destructores de potencias.

Implicancias éticas

Deviene central adquirir una posición de docta ignorancia, la que podría motorizar posiciones de mayor humildad frente a lo que las y los trabajadores de la salud mental aún desconocen. La posibilidad de practicar la auto-reflexividad y la desnaturalización de los propios condicionamientos tendría el potencial de transformar interpretaciones monoculturales, etnocéntricas y universalistas.

Las situaciones de contacto cultural podrían convertirse en experiencias transformadoras tanto para las personas expertas por experiencia como para las especialistas, ampliando el conocimiento sobre sí mismas y

sus determinaciones. De esa manera, el encuentro intercultural y la sorpresa que el mismo suscita pueden advenir en tanto *acontecimientos* –interruptores del curso de la historia, habiendo arribado de manera no anticipable y produciendo lo imposible (Derrida, 1999) – capaces de generar una apertura a lo instituido e interpelar las racionalidades naturalizadas en el funcionamiento de dispositivos asistenciales y organizacionales en el campo de la salud mental.

La aparición del asombro frente a aquello que se resiste al entendimiento prematuro puede constituirse en una oportunidad de evitar el reforzamiento de estigmas y desacreditaciones así como una alternativa frente a la sacralización de encuadres descontextualizados. Deviene central, entonces, dilucidar los modos de disponerse ante los problemas frente a los cuales los conocimientos preexistentes y las herramientas profesionales resultan insuficientes para comprender e intervenir. No solo echar luz sobre aquellas dificultades que pueden emerger en el territorio sino también sobre las maneras en las que los equipos tratantes se vinculan con las mismas: su no saber podría devenir, incluso, en una vía de subjetivación que logre redefinir y ampliar la lectura de la situación (De La Aldea y Lewkowicz, 2004). Esto implica identificar si son sostenidas miradas tendientes a considerar como carencial, deficitario o fallido aquello que se aleja de lo usualmente considerado normal o ideal, o si se permite que lo considerado “problemático” construya condiciones de pensamiento para abordar la situación en su singularidad. En relación a esto último, se debe advertir si, en el afán de eliminar las complicaciones identificadas, se recae en la acción de privarlas de la riqueza informativa que las mismas conllevan (cuando, en realidad, habría que elevarlas como señuelos que motorizan la apertura de una verdadera reflexividad).

Asimismo, es menester la posibilidad de alojar la diversidad sin patologizarla y sin subalternizar a quienes parecieran alejarse de la norma reproduciendo lecturas otrerizantes, exotizantes, ridiculizantes o carenciales.

Referencias bibliográficas

- Abel, L. y Caggiano, S. (2006). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 57-90). Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Achard Arrosa, L. y Galeano Massera, J. (1983). Vicisitudes del inmigrante. *Revista de Psicoanálisis*, 40(2), 409-417.
- Achotegui, J. (1999). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguer y J. Comelles (Comps.), *Medicina y cultura* (pp. 88-100). Bellaterra.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión de los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Mayo.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Achotegui, J. (2017). Acerca de la psiquiatrización y el sobrediagnóstico de los traumas en los inmigrantes y refugiados. *Temas de Psicoanálisis*, 13, 1-14.
- Aciman, A. (2023). *Homo irrealis*. Alfaguara.
- Adelantado, J., Noguera, J. A., Rambla, X. y Sáez, L. (1998). Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica. *Revista Mexicana de Sociología*, 3, 123-156.
- Acuña González, G. (2010). *Migración de niños, niñas y adolescentes, derechos humanos y trabajo infantil Los nuevos actores en la migración y su incorporación al mercado de trabajo en la región: algunos elementos para su análisis*. Defensa de Niñas y Niños Internacional, Sección Costa Rica, Plataforma Subregional sobre Trabajo Infantil y Adolescente.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?, *Sociológica*, 26(73), 249-264. <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>
- Aguirre, J. (2019). *Estrategias de autoatención del sufrimiento mental en mujeres que pertenecen a una población migrante en el sur de la provincia de Santa Fe* [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional de Lanús.
- Ahualli, M. (2021). La situación de los niños, niñas y adolescentes migrantes en la Argentina, y la respuesta del Estado previa y durante la emergencia sanitaria COVID-19. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 11(1), 73-93. <https://revistaidh.org/ojs/index.php/ridh/article/view/205/123>
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1), 65-94.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1992). *Manual de Psicopatología del niño*. Masson.

- Alda, M., Campayo, J. G. y Sobradie, N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(5), 262-269.
- Alegre, S. (2017). Acompañar e intervenir, despatologizar y discriminalizar: operaciones inherentes a la educación. *Revista de Políticas Sociales*, (5), 49-53.
- 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.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR-ONU]. (1967). *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*. ACNUR-ONU. <https://www.acnur.org/sites/default/files/legacy-pdf/5b076dcd4.pdf>
- Alvarado, R. (2008). Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(1), 37-41.
- Alvarez Cantoni de Tausk, S., Tumas, D., Simoes, G., Weinstein, M., Galende, E., Gracia, A. y Ulloa, F. (2001). Testimonios de la clínica psicoanalítica. En S. Alvarez Cantoni de Tausk y D. Tumas (Comps.) *Testimonios de la clínica psicoanalítica* (pp. 261-261). JVE Psique.
- Álvarez Uría, F. (2011). La psicologización del yo: materiales para una genealogía del descubrimiento del mundo interior. *Educação e realidade*, 36(3), 911-944.
- Álvarez Velasco, S. y Glockner Fagetti, V. (2018). Niños, niñas y adolescentes migrantes y productores del espacio. Una aproximación a las dinámicas del corredor migratorio extendido Región Andina, Centroamérica, México y US. *EntreDiversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades*, (11), 37-70.
- Alves, R. J. (2016). De transferencia, de sentidos y de síntomas: reflexiones posibles sobre la operatoria de la interlengua en analizantes migrantes. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Alves, R. J. (2016). Migración y exilio: de la lengua madre a la lengua síntoma. Reflexiones posibles sobre algunas problemáticas de los sujetos migrantes. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII 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.

- Amarante, P., Freitas, F., Pande, M. y Nabuco, E. (2013). El campo artístico-cultural em la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitário del reconocimiento. *Salud Colectiva*, 9(3), 287-299.
- Andruetto M. (30 de marzo de 2019). Sesión de clausura de VIII CILE [Sesión de clausura]. VIII Congreso Internacional de la Lengua Española, Córdoba, Argentina.
- Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2008). Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos. En B. Kosacoff (Ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina 2002-2007*, (pp. 395-426). CEPAL.
- Aparicio, R. y Portes, A. (2014). *Crece en España: La integración de los hijos de inmigrantes*. Obra Social "La Caixa".
- Aquino Ayala, E. (2018). Niños migrantes en México, sin apoyo educativo. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/ninos-migrantes/>
- Arce, H. (1993). *El territorio de las decisiones sanitarias*. Macchi.
- Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414-418.
- Arévalo Wierna, C. A. (2021). Migrar y estudiar. Brechas de acceso a la educación contra niños migrantes en la Argentina. *Población y sociedad*, 28(1), 4-31.
- 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 Infante Juveniles. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Sin Publicar.
- Aries, P. (1987). El descubrimiento de la infancia. En *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus.
- Asa, P., Asurey, V., Perez Rabasa, J. J., y Gottero, L. A. (2022). *Estudio sobre la resolución y organización del cuidado de la primera infancia con perspectiva de género en familias migrantes en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia [ACIJ]. (06 de agosto de 2019). *El 1º Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental evidencia graves vulneraciones a los derechos humanos*. <https://acij.org.ar/el-1o-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-evidencia-graves-vulneraciones-a-los-derechos-humanos/>
- Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]. (2006). *GLADP. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. APAL.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología Sociedade*, 16(2), 71-80.

- Augsburger, A.C. y Gerlero, S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairos, Revista de Temas Sociales*, 9(15).
- Aulagnier, P. (2003). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo: del discurso identificante al discurso delirante*. Amorrortu.
- Baeza, B. N. (2021). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes andinas en la cuenca patagónica del golfo San Jorge (Argentina). *Diálogo andino*, (65), 307-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812021000200307>
- Baeza, B. N. y Aizenberg, L. (2021). Aportes para pensar la interculturalidad en el campo de estudio de la salud del migrante: El caso de mujeres migrantes andinas en Argentina. *Revista de Filosofía y Teoría política*, (51), e031. <https://doi.org/10.24215/23142553e031>
- Baeza, B. N., Aizenberg, L. y Barría Oyarzo, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si somos americanos*, 19(1), 43-66.
- 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.
- Bampton, R., y Cowton, C. J. (2002). The e-interview. En *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 3(2), 1-12.
- Barcala, A. (2010). *Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90*. [Tesis de Doctorado]. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Barcala, A. (2011). Dispositivos e Intervenciones en Salud Mental Infantil en la Ciudad de Buenos Aires. En *Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, (pp. 53-81).
- Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comps.) (2015). *Salud mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Teseo.
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000). Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. *Anuario de Investigaciones en Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 8, 282-295.
- Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. *Derecho de familia: Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 1, 99- 114.
- 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.

- Barcala, A., Botto, M., Poverene, L., Torricelli, F., Michalewicz, A., Ausgsburger, A., Gerlero, S., Saadi, V., Núñez, G. y Lorenzini, C. (2020). La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina: mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina. *Revista sobre la infancia y sus instituciones*, 9, 1-28.
- Barcala, A., Torricelli, F., Poverene, L., Lorenzini, C., y Palacios, M. B. (2017). Sobre el parcelamiento de saberes y prácticas en el abordaje del sufrimiento psíquico infantil: un estudio de casos múltiples en Buenos Aires, Chubut y Jujuy. 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.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Ediciones Akal.
- Barros, M. (2010). *Memórias inventadas: as infâncias de Manoel de Barros*. São Paulo, Planeta.
- Barudy, J. y Marquebreucq, A. P. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes: traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Paidós.
- Basaglia F. (1972). *La institución negada*. Barral.
- Batthyány, K. (2021). *Políticas de cuidado*. CLACSO.
- Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales. Desigualdades sociales en la era global*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2012). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Paidós.
- Becerra, M., y Altimir, L. (2013). Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias*, 35, 101-118.
- Beck, U., y Beck-Gernsheim, E. (2008). *Generación global* (Vol. 5). Grupo Planeta (GBS).
- Beech, J. y Princz, P. (2012). Migraciones y educación en la Ciudad de Buenos Aires: tensiones políticas, pedagógicas y étnicas. *Revista Latinoamericana de Inclusión Educativa*, 6(1), 53-71.
- Beheran M. (2012). Tratamientos a la población inmigrante en escuelas de nivel medio de Buenos Aires. *Ánfora*, 19(32), 49-68.
- Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal. *Journal of General Psychology*, 10(2), 59-82.
- Benet, M., Merhy, E. E., y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athenea Digital*, 16(3), 229-243.
- Beniscelli, L., Riedemann, A. y Stang, F. (2019). Multicultural, y sin embargo asimilacionista. Paradojas provocadas por el currículo oculto en una escuela con alto porcentaje de alumnos migrantes. *Calidad en la Educación*, (50), 393-423. <https://doi.org/10.31619/caledu.n50.522>
- Bentouhami-Molino, H. (2016). *Raza, cultura, identidades. Un enfoque feminista y poscolonial*. Prometeo.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo, amenazas individuales y colectivas*. Biblos.
- Benyakar, M., y Lezica, Á. (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja. Tomo 1. El proceso traumático*. Biblos.
- Bertaux (1997). *Les récits de vie*. Nathan Université.

- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 61 – 72.
- Bianchi, E. (2010). El proceso de medicalización de la sociedad y el Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales. En *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina.
- Bianchi, E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al ‘ADHD’. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 43-65.
- Bianchi, E. y Rodríguez Jurado, S. (2018). Infancias, familias y temporalidades biomedicalizadas. En *5tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia*, Buenos Aires.
- Bleichmar, S. (1993). *La Fundación de lo Inconsciente*. Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2007). *Dolor país y después*. Libros del Zorzal.
- Bleichmar, S. (2009). *La subjetividad en riesgo* (2 ed.). Topía.
- Bonazzola, P. (2010). *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio*. Mimeo.
- Bonvillani, A. (2013). Saberes apasionados: horizontes de construcción de conocimiento de las subjetivade(s) política(s). En C. Piedrahita, A. Díaz, y P. Vommaro (Coords.), *Acercamientos metodológicos a la subjetivación política: debates latinoamericanos* (pp.). Universidad Distrital Francisco José de Caldas/Clacso.
- Borrego, I. (2023) Familias (in)migrantes. En C. Jiménez Zunino y V. Trpin (Coords.) *Pensar las migraciones contemporáneas* (pp. 153-162). Teseo.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (1998). *La distinción. Criterio y bases sociales para el gusto*. Taurus.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI.
- Brickell, K. y Datta, A. (Eds.). (2011). *Translocal geographies*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Brittain, C. (2005). On Learning English: The Importance of School Context, Immigrant Communities, and the Racial Symbolism of the English Language in Understanding the Challenge for Immigrant Adolescents. *Center for Comparative Immigration Studies (UCSD), Working Paper*, 125.
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Lugar Editorial.
- Brown, G. A., y Hernández, M. C. (2014). Inmigración y salud mental infantojuvenil: análisis de los artículos publicados en revistas nacionales de Psicología durante el periodo 2003-2013. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 45-56.
- Bruner, J. (2004). *Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia* (Vol. 5). Editorial Gedisa.
- Bryceson, D. F. y Vuerela, U. (2002). Transnational Families in the Twenty-first Century. En D.F. Bryceson y U. Vuerela (Eds.) *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*. Berg.

- Buccafusca, S. (2009). La población boliviana residente en la Ciudad de Buenos Aires. Breve diagnóstico sociodemográfico en el marco de la migración limítrofe. *Revista Calidad de Vida Universidad de Flores*, 2(1), 259-289.
- Bui K. V. T y Takeuchi D. T. (1992). Ethnic minority adolescents and the use of community mental health care services. *Am J Community Psychol*, 20, 403–417.
- Burijovich, J. (2018). Capítulo 13. Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: La complejidad de la acción conjunta. En A. Rossetti, N. Monasterolo y S. Yoma (Eds). *Salud mental y derecho: Derechos Sociales e Intersectorialidad* (pp. 221-234). Editorial Espartaco.
- Burr, V. (1995). *An introduction to Social Constructionism*. Routledge.
- Bustelo, E. (2007). Infancia y Derechos. En *El recreo de la infancia* (pp. 101-130). Siglo XXI.
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Paidós.
- Buzzi, P. y Sy, A. (2020). Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires. *Anthropologica*, 38(44), 187-208. <http://dx.doi.org/10.18800/anthropologica.202001.008>.
- Caggiano, S. (2005). *Lo que no entra en el crisol: Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Prometeo.
- Caggiano, S. (2011). Persistencias de la discriminación. Los inmigrantes bolivianos en la prensa gráfica contemporánea. En M.I. Paccecca y C. Courtis (Comps.), *Discriminaciones étnicas y nacionales. Un diagnóstico participativo* (pp. 97-113). Editores del Puerto.
- Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, (7), 77-97.
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso*. Espacio.
- Carpio, K. (2019). Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas. *Salud Regional*, 2, 9-14.
- Carrasco, S. y Gibson, M. (2010). La educación de los jóvenes de origen inmigrante en secundaria: algunas lecciones comparativas desde Cataluña y California. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 90, 59-75.
- Carrasco, S., Pàmies, J. y Ponferrada, M. (2011). Fronteras visibles y barreras ocultas. Aproximación comparativa a la experiencia escolar del alumnado marroquí en Cataluña y mexicano en California. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 29, 31-60.
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B., y Jazanovich, D. (2021). “Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud colectiva*, 16, e3035.
- 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.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2004). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Amorrotu editores.

- Castro, A. (2006). Sobre el derecho a la salud, *Re-vista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-4.
- Centro de Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús [UNLa]. (2010). *Estudio sobre los derechos de niños y niñas migrantes a 5 años de la nueva ley de migraciones*. UNLa.
- Centro de Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús [UNLa] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2013). *Niñez, Migraciones y Derechos Humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones*. UNICEF y UNLa.
- Centro de Estudios de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Martín de Porres. (2012). *Solicitud de Opinión Consultiva sobre Niñez Migrante ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Amicus Curiae*. Universidad de San Martín de Porres.
- Centro de Estudios Sociales y Legales [CELS]. (2011). *Argentina. Avances y asignaturas pendientes en la consolidación de una política migratoria basada en los derechos humanos*. Siglo Veintiuno.
- Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS]. (10 de enero de 2023). *Pensiones por invalidez para migrantes: se redujo a diez años el requisito de residencia*. <https://www.cels.org.ar/web/2023/01/pensiones-por-invalidez-para-migrantes-se-reduce-a-diez-anos-el-requisito-de-residencia-en-el-pais-y-se-incluye-a-las-infancias/#:~:text=El%20viernes%206%20de%20enero,para%20poder%20recibir%20esas%20pensiones>.
- Ceriani Cernadas, P. (2023). Migración y derechos de la niñez y la adolescencia en Argentina. En *A 20 años de la Ley de Migraciones: Ley 25.871, un nuevo paradigma*. Organización Internacional para las Migraciones [OIM].
- 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 Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 22, 9-28.
- Ceriani, P., Cymment, P., y Morales, D. (2011). Migración, derechos de la niñez y Asignación Universal por Hijo: las fronteras de la inclusión social. *Acceso*, 25, 1-15.
- Cerrutti, M. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina 02. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población*. Dirección Nacional de Población, Secretaría del Interior, Ministerio del Interior y Organización Internacional para las Migraciones [OIM]
- Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Latingráfica.
- Cerrutti, M. S. y Maguid, A. (2007). Inserción laboral e ingresos de los migrantes de países limítrofes y peruanos en el gran Buenos Aires. *Notas de población*, (83), 75-98.
- Cerrutti, M. y G. Binstock (2012).** *Los estudiantes inmigrantes en la escuela secundaria. Integración y desafíos*. UNICEF.
- Chakrabarty, D. (2008). *Al margen de Europa. Pensamiento poscolonial y diferencia histórica*. Tusquets.
- Chambers, I. (1994). *Migración, cultura, identidad*. Amorrortu.

- Chartier, R. (1990). La historia cultural redefinida: prácticas, representaciones, apropiaciones. *Revista Punto de Vista*, XIII(39), 43-48.
- Chaves, M. (2010). *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana*. Espacio Editorial.
- Chaves, M. (2011). Jóvenes entre el centro y la periferia de la ciudad, del Estado y de la academia. En J. Carpio (Ed.), *Las políticas sociales urbanas y la construcción de ciudadanía*. Paidós.
- Chihuailaf, E. (2002). *De sueños azules y contrasueños*. Huerga y Fierro Editores.
- Chow, J. C. C., Jaffee, K., y Snowden, L. (2003). Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas. *American journal of public health*, 93(5), 792-797.
- Chung, R.Y. y S.M. Griffiths. (2018). Migration and health in the world: A global public health perspective. *Public Health*, 158, 64–65. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.005>.
- Clavijo, J. (2018). Consideraciones sobre la (re)configuración de la condición de refugiado. *Antropología y Migración*, (10), 94-101.
- Clarín. (05 de enero de 2004). *Ley de Migraciones: los derechos de todos*. Clarín. https://www.clarin.com/opinion/ley-migraciones-derechos_0_SyJQR5RkRYx.html
- Cochrane, R. y Stopes-Roe, M. (1981). Psychological symptom levels in Indian immigrants in England. *Psychological Medicine*, 11, 319–327.
- Cochrane, R. y Bal, S. S. (1987). Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22, 180–191.
- Coetzee, J. M. (2002). *La edad de hierro*. Literatura Mondadori.
- Colángelo, M. A. (2005). La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. En *Jornadas Magistrales, Facultad de Educación*.
- Company F. (05 de marzo de 2021). *Si siempre estoy volviendo*. Página 12 <https://www.pagina12.com.ar/326791-si-siempre-estoy-volviendo>
- Company, F. (2016). *Por mis muertos*. Páginas de Espuma
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D. Ingleby (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Crítica-Grijalbo
- Correa-Urquiza, M. (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En M. Desviat y A. Moreno 9Eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad*, (pp. 885-905). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
- Correa-Urquiza, M. (2009). La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura [Tesis de Doctorado]. Universitat Rovira i Virgili.
- Courtis, C. y Pacceca, M. I. (comps.) (2011). *Discriminaciones étnicas y nacionales. Un diagnóstico participativo sobre discriminación*. Editores del Puerto y Asociación por los Derechos Civiles.

- Criado, E. M. (1998). Introducción. En *Producir la juventud: crítica de la sociología de la juventud*. Istmo.
- D'Ancona, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.
- Daroqui, A., y Guemureman, S. (1999). Los menores de hoy, de ayer y de siempre. Un recorrido histórico desde una perspectiva crítica. *Delito y sociedad*, 13, 35-70.
- Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5), 255-266.
- 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>.
- De Oliveira Cecilio, L. C., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Madereiros de Souza, A. L., García Andrade, M. D., Santiago, S. M., Meneses, C. S., Oliveira Reis, D., Cardoso Araujo, E., Rodrigues da Silva Pinto, N. y Spedo, S. M. (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1502-1514.
- De Lucas, J. (2003). La inmigración, como res política. En J. Chamizo de la Rubia y K. Yamagne (Coords.). *Movimientos de personas e ideas y multiculturalidad* (pp. 193- 225). Universidad de Deusto.
- De Mause, L. (1982). La evolución de la infancia. En *Historia de la Infancia*. Alianza Universidad.
- Debandi, N, Penchaszzadeh, A. P., Sferco, S., Galoppo, L., Kleidermacher, G. y Jaramillo, V. (2020). *Informe final sobre “Situación de la población migrante/extranjera en Argentina ante el avance del Coronavirus”*. Universidad Nacional de Río Negro. oai:rid.unrn.edu.ar:20.500.12049/8238
- Dean, M. (01 de abril de 2008). *Ser migrante*. La Jornada. <http://www.jornada.unam.mx/2008/04/01/index.php?section=opinion&article=020a2pol>
- Decreto 1023/1994. Argentina. Reglamento de Migración.
- Decreto 1117/1998. Argentina. Modifica los Decretos N° 1434/87 y 1023/94 en relación a trámites migratorios que deben sujetarse al pago de tasa retributiva de servicios.
- Decreto 603/2013. Argentina. Salud Pública.
- Decreto 70/2017. Argentina. Migraciones. Modificación de Ley N° 25.871.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (05 de marzo de 2021). *Política migratoria: el gobierno nacional derogó el DNU 70/2017*. https://defensoria.org.ar/archivo_noticias/politica-migratoria-el-gobierno-nacional-derogo-el-dnu-70-2017/
- Del Olmo, A. (1992). *Emigración y ahorro en España*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, España.
- Derrida, J., Soussana, G. y Nouss, A. (2006). *Decir el acontecimiento, ¿es posible?: seminario de Montreal, para Jacques Derrida*. Arena Libros.
- Derrida, J. (2006). *La Hospitalidad*. Ediciones de la Flor.
- Devereux, G. (1972). *Etnopsicoanálisis complementarista*. Amorrortu.

- Devoto, F. (1988). Las cadenas migratorias italianas: algunas reflexiones a la luz del caso argentino. *Estudios migratorios latinoamericanos*, 8, 103-23.
- Dias, G. M. (2014). *Migração e Crime: Desconstrução das Políticas de Segurança e Tráfico de Pessoas* [Tesis de Doctorado]. Universidade Estadual de Campinas.
- Diez, M. L. (2019). Infancias y juventudes en contextos migratorios: educarse en tramas transnacionales. En K. Nuñez Patiño (Coord.), *Infancias. Diversas voces y experiencias con la niñez* (pp. 149-165). Universidad Autónoma de Chiapas.
- Diez, M. L. y Novaro, G. (2009). ¿Una inclusión silenciosa o las sutiles formas de la discriminación? Reflexiones a propósito de la escolarización de chicos bolivianos. En C. Courtis y M. I. Pacceca (comps.), *Discriminaciones étnicas y nacionales. Un diagnóstico participativo sobre discriminación* (37-58). Editores del Puerto y Asociación por los Derechos Civiles.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2021). *Consultas ambulatorias en establecimientos oficiales. Argentina- año 2019*. Ministerio de Salud.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2022). *Estadísticas vitales. Información básica. Argentina – Año 2020*. Ministerio de Salud.
- Dirección Nacional de Población, Registro Nacional de las Personas [RENAPER]. (2021). *La migración internacional reciente en Argentina entre 2012 y 2020*. Ministerio del Interior Argentina.
- Dirección Nacional de Población, Registro Nacional de las Personas [RENAPER]. (2021). *Migración reciente en Argentina. Evolución y distribución espacial a partir de datos censales*. Ministerio del Interior Argentina.
- Disposición 53.253/2005. Argentina. Dirección Nacional de Migraciones.
- Domenach, H. y Picouet, M. (1996). *Las migraciones*. Universidad Nacional de Córdoba, Dirección General de Publicaciones.
- Domenech, E. (2007). Migraciones contemporáneas y pluralismo cultural en la Argentina: El discurso oficial y las prácticas escolares. In D. Jardim (Comp.), *Cartografias da imigração: Interculturalidade e políticas públicas* (pp. 19-45). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Domenech, E. (2014). "Bolivianos" en la "escuela argentina": representaciones acerca de los hijos de inmigrantes bolivianos en una escuela de la periferia urbana. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (REMHU)*, 22(42), 171-188. <https://doi.org/10.1590/S1980-85852014000100011>
- Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias*. Pre-Textos
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto*. Gedisa.
- Drachman, D. (1992). A stage-of-migration framework for service to immigrants populations. *Proquest Social Science Journals*, 37(1), 68-72.

- Durand, J. (2004). Ensayo teórico sobre la migración de retorno. El principio del rendimiento decreciente. *Cuadernos Geográficos*, 35(2), 103-116.
- Efron, R. (2007). *El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental*. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.
- Elbirt, A. L. (2015). Historias manchadas: una antigenealogía del concepto de lo abigarrado en el área andina. *Revista Estudios Sociales del NOA*, (16), 107-130.
- Elías, N. (1993). *El proceso de civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenética*. Fondo de Cultura Económica.
- Elizalde, S. (2004). ¿Qué vas a hacer con lo que nos preguntes? Desafíos teóricos y políticos del trabajo etnográfico con jóvenes institucionalizados/as. En *Revista de Temas Sociales Káiros*, (14), 1-16.
- Esquivel, V. Faur, E. y Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin. (Eds.) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, (pp. 11-43). IDES, UNFPA, UNICEF.
- Etchebehere, C., Ferrigno, F., Rubio, E. y Zapata, L. (2020). *Ciencias sociales y extensión universitaria: aportes para el debate. Volumen 2*. Udelar. FCS.
- Fadlon, J. (2005). *Negotiating the holistic turn: The domestication of alternative medicine*. State University of New York.
- Fals Borda, O. (2015). *Una sociología sentipensante para América Latina*. Siglo XXI y CLACSO.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordinadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Puf.
- Feixa, C. (2008). Generación Uno punto Cinco. *Revista de Estudios de Juventud*. Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (80), 115-127.
- Fernández Juárez, G. , González, I. G., y Ortiz, P. G. (2008). *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Universidad de Castilla La Mancha.
- Fernández, A. M. (2003). La Psicologización de lo social. *Revista Campo*, 5(46), 3-4.
- Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones Internacionales, Reflexiones desde Argentina*, 2(1), 41-59.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). *La Travesía. Migración e Infancia*. UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2013). *Observación Escrita de UNICEF sobre Niñez Migrante en América Latina y el Caribe. Solicitud de Opinión consultiva sobre Niñez migrante presentada por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. UNICEF.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (18 de mayo de 2017). *Un niño es un niño. Proteger a los niños en tránsito de la violencia, el abuso y la explotación*. <https://data.unicef.org/resources/child-child-protecting-children-move-violence-abuse-exploitation/>
- Fonseca, C. y Cardarello, A. (2000). Derechos de los más y menos humanos. *Apuntes de Investigación del CECYP*, (5), 9-38.
- Fornet-Betancourt, R. (2003). *Interculturalidad y Filosofía en América Latina* 36. Internationale Zeitschrift für Philosophie, Reihe Monographien.
- Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. La piqueta.
- Franco, M. (2014). Los estudiantes inmigrantes: sujetos emergentes del derecho a la educación. *Revista Latinoamericana De Estudios Educativos*, 44(1), 93-131.
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Revista Debate Feminista*, 3, 3-40.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la Histeria. En *Obras Completas. Tomo II*. Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. En *Obras completas. Tomo XIV*. Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras completas, Tomo XVIII*. Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas, Tomo XXI*. Amorrortu.
- Frigerio, A. (1997). La construcción de problemas sociales: cultura, política y medios de comunicación. *Revista del Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA) Comunicação e Política* 4(2), 137-149.
- Fuks, A. E. (2012). *Migración y bilingüismo; una zona gris en la salud escolar de la Ciudad de Buenos Aires* [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Rosario.
- Funes, P. (2006). *Salvar la nación. Intelectuales, cultura y política en los años veinte latinoamericanos*. Prometeo.
- Gaitan, L. (dDir.) (2008). *Los niños como actores en los procesos migratorios. Implicaciones para los proyectos de cooperación*. Universidad Complutense de Madrid.
- Galeano, E. (1991). *El libro de los abrazos: imágenes y palabras*. Siglo XXI.
- Galende, E. (1989). *Algo para recordar: Lanús y la Salud mental*. Mimeo.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (20), 25-34.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*. Lugar.
- García Borrego, I. (2003). Los hijos de inmigrantes extranjeros como objeto de estudio de la sociología. *Anduli, Revista andaluza de Ciencias Sociales*, (3), 27-46.

- García Borrego, I. (2011). La difícil reproducción de las familias inmigrantes. ¿Hacia la formación de un proletariado étnico español?. *Papers. Revista de sociología*, 96(1), 55-76.
<https://raco.cat/index.php/Papers/article/view/228133>
- García Campayo, J. y Alda, M. (2005). *Salud mental en inmigrantes*. Edikamed.
- García, L. (2011). Migrante, genio y figuras. Un recorrido por algunas imágenes y lecturas del migrante.
https://www.academia.edu/6968027/Imagenes_del_migrante
- Gavazzo, N. (2012). *Hijos de bolivianos y paraguayos en el área metropolitana de Buenos Aires. identificaciones y participación entre la discriminación y el reconocimiento* [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Gavazzo, N. (2013). No soy de aquí, ni soy de allá... Alterización y categorías de identificación en la generación de los hijos de inmigrantes bolivianos y paraguayos en Buenos Aires. *Claroscuro. Revista del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural*, (12), 73-95.
- Gavazzo, N. (2014). La generación de los hijos: identificaciones y participación de los descendientes de bolivianos y paraguayos en Buenos Aires. *Revista Sociedad y Equidad*, 0(6), 58-87.
- Gavazzo, N. (2019). Boliviantinos y Argenguayos. Una nueva generación de jóvenes migrantes e hijos de inmigrantes en Buenos Aires. Grupo Editor Universitario y CLACSO.
- Gavazzo, N. (s.f.). *Migración boliviana y políticas culturales en Buenos Aires: consideraciones metodológicas para el estudio de las identidades desde una perspectiva intercultural*.
<http://www.ddhbmigraciones.com.ar/eventos/sevilla19-07-06/Gavazzo.pdf>
- Giamatteo, E. y Mamone, V. (2019). *Los desencuentros de la lengua: infancias en contextos migratorios*. Biblos.
- Gibbs, G. R., Friese, S. y Mangabeira, W. C. (2002). The use of new technology in qualitative research. Introduction to Issue 3 (2) of FQS. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 3(2), DOI: <https://doi.org/10.17169/fqs-3.2.847>
- Gil Araujo, S. (2009). Interrogar al Estado desde la inmigración. En E. Domenech (Comp.), *Migración y política: el Estado interrogado. Procesos actuales en Argentina y Sudamérica* (pp. 13-20). Universidad Nacional de Córdoba.
- Goffman, E. (2006). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Goldberg, A. (2008). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En *Buenos Aires Boliviana. Migración, construcciones identitarias y memoria* (pp. 233-246). Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires .

- Goldberg, A. (2009). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Temas de Patrimonio Cultural*, 24, 233-248.
- Gómez Gómez, A. H., Ospina Alvarado, M. C., Alvarado, S. V. y Ospina, H. F. (2014). Capítulo 8. Las infancias en el conflicto armado: potencias y subjetividades políticas. En E. Jorge, P. Matinez, A. Neyith Ospina (Eds.). *Pensar las infancias. Realidades y utopías* (pp. 149-169). Pontificia Universidad Javeriana.
- González, M. E. (2016). La expansión del psicoanálisis en la universidad argentina desde mediados del siglo XX: un estudio historiográfico. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, 11(1), 116-133.
- González López, S. y Heras Gómez, L. L. (Comp.). (2006). *La universidad entre lo presencial y lo virtual*. UAEM.
- González, V. (2016). Avanzar sobre las fronteras: democracia y hospitalidad. Entrevista con Ana Paula Penchaszadeh. *Resonancias. Revista de Filosofía*, 2, 73-86.
- Gorlero, C., Finkelstein, L., Pérez Carballo, G. y Durruty, L. (2021). *Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones [OIM].
- Gottero, L. (2019). El concepto de “interculturalidad” en diseños de investigación social. En F. Fischman (Comp.) *Migraciones, movilidades e interculturalidad* (pp. 229-258). Teseo.
- Gottero, L. (2021). Derecho a la participación cultural como dimensión del acceso a la salud : Personas migrantes y derechos humanos. *Resistances. Journal of the Philosophy of History* 2(3), e21036.
- Granda Alviarez, I. C. y Loaiza de la Pava, J. A. (2021). La niñez migrante y su acogida en la escuela: Investigaciones latinoamericanas. *Cadernos de Pesquisa*, 51, e07987. <https://doi.org/10.1590/198053147987>
- Granda, E. (2004). ¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, 1-19.
- Green, P. (2003). The undocumented: Educating the children of migrant workers in America. *Bilingual Research Journal*, 27(1), 51-71.
- Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad: Los bolivianos en Buenos Aires*. Eudeba.
- Grimson, A. (2020). *Los límites de la cultura: crítica de las teorías de la identidad*. Siglo XXI.
- Grimson, A. (2014). Comunicación y configuraciones culturales. *Versión. Estudios de Comunicación y Política*, (34), 116-125.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Alianza.
- Groisman, L. y Hendel, V. (2017). Interpelaciones identitarias y efectivización del derecho a la educación de jóvenes migrantes en contextos escolares de la Argentina. *Crítica Educativa*, 3(3), 5-24.
- Guillemin, M. y Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research. *Qualitative inquiry*, 10(2), 261-280.

- Gupta, A. y Ferguson, J. (2008). Más allá de la "cultura": espacio, identidad y las políticas de la diferencia. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (7), 233-256.
- Gushulak, B. D., Weekers, J. y MacPherson, D. (2009). Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2, e10.
- Hall, S. (2010). *Sin garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Envién.
- Han, E. y Liu, G. G. (2005). Racial disparities in prescription drug use for mental illness among population in US. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(3), 131-43.
- Harrison, G., Owens, D., Holton, U., Neilson, D. y Bota, D. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro – Caribbean patients. *Psychol Med*, 18, 643-57.
- Hendel, V. y Novaro, G. (2019). Migración, escuela y territorio. Experiencias del espacio dejado y el espacio habitado en contextos comunitarios y escolares. *Revista del IIICE*, 45, 57-76.
- Hernández Bello, A. (2009) El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Gerencia y políticas de salud*, 17(8), 173-185.
- Hernández, L. (09 de octubre de 2017). *El diván para el desarrollo*. El País. https://elpais.com/internacional/2017/10/09/america/1507556011_385561.html#:~:text=De%20hecho%2C%20Argentina%20tiene%20la,11%20por%20cada%20100.000%20habitantes.
- Herrera, G. (2004). Elementos para una comprensión de las familias transnacionales desde la experiencia migratoria del Sur del Ecuador. En F. Hidalgo (Ed.). *Migraciones: Un juego con cartas marcadas* (pp. 215-233). Ediciones Abya-Yala.
- Herrera, G. (2012). Género y migración internacional en la experiencia latinoamericana. De la visibilización del campo a una presencia selectiva. *Política y Sociedad*, 49(1), 35-46. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2012.v49.n1.36518
- Herrera, G. y Carrillo, M. C. (2009). Transformaciones familiares en la experiencia migratoria ecuatoriana. Una mirada desde los contextos de salida. *Mélanges de la Casa de Velázquez. Nouvelle serie*, 39(1), 97-114.
- Herrera, G., Velasco, A. S. y Cabezas, G. (2020). *Voces y experiencias de la niñez y adolescencia venezolana migrante en Brasil, Colombia, Ecuador y Perú*. CLACSO.
- Hebrew Immigrant Aid Society [HIAS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2022). *Cartografías afectivas “Migrar es como volver a nacer”*. Niñas y adolescentes migrantes, desplazadas y refugiadas en América Latina y el Caribe. UNICEF.
- Hobsbawm, E. (1998). *La era del Imperio, 1875-1914*. Planeta.
- Hollweg, M. (2001). La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en salud*, 3(1), 6-12.

- Hollweg, M. (2003). Trastornos afectivos en las culturas bolivianas: Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural. *Investigación en Salud*, V(1).
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación [HCDN]. (2015). *Guía para el uso de un Lenguaje No Sexista e Igualitario en la HCDN*. HCDN.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley de Ciudadanía N° 346. 1 de octubre de 1869 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley de Inmigración y Colonización N° 871. 06 de octubre de 1876 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley Residencia de Extranjeros N° 4.144. 22 de noviembre de 1902 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley de Defensa Social N° 7.029. 28 de junio de 1910 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley de Migraciones N° 25.871. 20 de enero de 2004 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061. 21 de octubre de 2005 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCNA]. Ley General de Reconocimiento y Protección del Refugiado N° 26.165. 28 de noviembre de 2006 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación [HCNA]. Ley de Educación Nacional N° 26.206. 14 de diciembre de 2006 (Argentina).
- Honorable Congreso de la Nación [HCNA]. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. 25 de noviembre (Argentina).
- Hough, R.L., Landsverk, J. A., M. Karno, M., Burnam, M. A., Maderas, D. M., Escobar, J. I. y Regier, D. A. (1987). Utilization of health and mental health services by Los Angeles Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 702-709. DOI: 10.1001/archpsyc.1987.01800200028005
- Hu, T., Snowden, L., Jerrell, J. y Nguyen, T. (1991). Ethnic populations in public mental health: services choice and level of use. *Am J Public Health*, 81, 1429–1434.
- Huberman, A. y Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Huberman, M. y Miles, M. (1994). Part IV Methods of Collecting and Analyzing Empirical Materials. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Hutchinson, G. y Haasen, Ch. (2004). Migration ans schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 350-57.

- Ibáñez Allera, P. L. y Checa y Olmos, F. (2018). Competencias culturales de los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la atención a la población inmigrante. *Norte de Salud Mental*, 15(58), 42-52
- 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/10.1080/13648470.1997.9964530>
- 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. (2007) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. CAEA
- 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.
- Idoyaga Molina, A. y Avila Testa, M. C. (2018). Estrategias terapéuticas y etiologías de la enfermedad en la atención de la salud entre inmigrantes peruanos en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Peruana de Antropología*, 2 (03), 65-87.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine*. Boyars.
- 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 de Políticas Públicas en Derechos Humanos [IPPDH – MERCOSUR]. (s.f.). *Iniciativa Regional Foco Niñez Migrante*. <https://www.ippdh.mercosur.int/iniciativa-regional-foco-ninez-migrante/>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI]. (2018). *Manual de Comunicación Inclusiva. Buenas prácticas para comunicadores y comunicadoras*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC]. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. INDEC.
- Iriart, C. (2014). *Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención*. En *XI Jornadas de Debate Interdisciplinario de Salud y Población*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Iriart, C. y Ríos, L. I. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 1008-1024.
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Gómez-Carrillo, A., Aggarwal, N. K., y Lewis-Fernández, R. (2020). Update on the cultural formulation interview. *Focus*, 18(1), 40-46.

- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2005). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.) *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). IDES.
- Jelin, E. (Dir.) (2007). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- Jelin, E. y Grimson, A. (Comps.). (2006). *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Prometeo.
- Jensen, B., Mejía Arauz, R., y Aguilar Zepeda, R. (2017). La enseñanza equitativa para los niños retornados a México. *Sinéctica*, (48), 1-22.
- Jensen, M. (2008). Inmigrantes en Chile: La exclusión vista desde la política migratoria chilena. En E. Bologna (Org.) *Temáticas migratorias actuales en América Latina: remesas, políticas y emigración* (pp. 105-130). ALAP.
- Jiménez Zunino, C. (2011). ¿Empobrecimiento o desclasamiento? La dimensión simbólica de la desigualdad social. *Trabajo y sociedad*, (17), 49-65.
- Jiménez Vargas, F., Aguilera Valdivia, M., Valdés Morales, R. y Hernández Yañez, M. (2017). Migración y escuela: Análisis documental en torno a la incorporación de inmigrantes al sistema educativo chileno. *Psicoperspectivas*, 16(1), 105-116.
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-940>
- Jimenez-Vargas, F., Valdés Morales, R., Hernández-Yáñez, M., y Fardella, C. (2020). Dispositivos lingüísticos de acogida, aprendizaje expansivo e interculturalidad: Contribuciones para la inclusión educativa de estudiantes extranjeros. *Educação e Pesquisa*, 46, e218867.
<https://doi.org/10.1590/s1678-4634202046218867>
- Juarroz, R. (1965). *Poesía vertical*. UNAM.
- Kamiya, A. (2019). *El sol mueve la sombra de las cosas quietas*. Bajo La Luna.
- Karasik, G. (2005). *Etnicidad, cultura y clases sociales. Procesos de formación histórica de la conciencia colectiva en Jujuy, 1970-2003* [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional de Tucumán.
- Kearney, M. y Bernadete, B. (2002). Migration and Identities: A Class-Based Approach. *Latin American Perspectives*, 31(5), 3-14.
- Kessler, G. (2010). Exclusión social y desigualdad ¿nociones útiles para pensar la estructura social argentina?. *Revista Lavboratorio*, 24, 4-18.

- Kirmayer L. J, Narasiah L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K y Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *National Library of Medicine*, 183(12), e959-67. doi: 10.1503/cmaj.090292
- Kirmayer, L. J., y Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. En *Psychiatric diagnosis: Challenges and prospects* (pp. 29-40). DOI: [10.1002/9780470743485.ch3](https://doi.org/10.1002/9780470743485.ch3)
- Kleinman, A. (1978). Cultura, enfermedad y atención. Lecciones clínicas para la investigación antropológica e intercultural. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University Press.
- Kleinman, A. y Psordas, T. (1996). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Preger.
- Klimidis, S., McKenzie, D. P., Lewis, J. y Minas, I. H. (2000). Continuity of contact with psychiatric services: immigrant and Australian-born patients. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol*, 35, 554-63.
- Klinar, D., Gago, P., y Alonso, M. M. (2018). Distribución ocupacional de los/as psicólogos/as en la República Argentina–relevamiento 2018. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Korinfeld, D. (2017). Despatologizar: compromiso y corresponsabilidad. Revista “Posibilidad de Alteridad (Con) Ciencia Pedagógica. En *V Congreso Nacional de Educación, Patologización y Medicalización de las infancias y las adolescencias*. Concepción del Uruguay, Argentina, septiembre de 2016.
- 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.
- Krmpotic, C. S. (2016). Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas: intersecciones bajo la lupa. *Debate Público*, 6(11), 187-189.
- Lago, V. (2016). *Salud Mental y Migración: proceso migratorio, apoyo social y estigma en personas migrantes usuarias de un programa de rehabilitación psicosocial en la Ciudad de Buenos Aires* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Laub, C., Brykman D., Perez Panelli A., Rovere, M., Rúgolo, E. y Uriburu, G. (2006). *Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Buenos Aires*. Inédito.
- Leal, J. (2010). *Trabajo y vulnerabilidad social: una reflexión a partir de dos casos empíricos en Uruguay*. Departamento de Ciencias Sociales Regional Norte – UdelaR.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448. 27 de julio de 2000 (Argentina).
- Leite, S. y da Penha Vasconcellos, M. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 13, 113-128. DOI: [10.1590/S0104-59702006000100007](https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007)
- Ley 153/1999. Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley 1777/2005. Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley Orgánica de Comunas.
- Levels, M. y Dronkers, J. (2008). Educational performance of native and immigrant children from various countries of origin. *Ethnic and Racial Studies*, 31(8), 1404-1425.
- Levitt, P. (2010). Los desafíos de la vida familiar transnacional. En *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes: rompiendo estereotipos* (pp. 17-30). Iepala.
- Llobet, V. (2006). ¿Retrato de niño? Políticas sociales y Derechos de niñas/os en situación de Calle. En S. Carli, *La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el shopping*. Paidós.
- Llobet, V. (2011). Políticas Sociales y ciudadanía. Diálogos entre la teoría feminista y el campo de estudios de infancia. *Revista del Colegio de la Frontera Norte*, 24(48), 7-36.
- Llobet, V. (2019). Las investigaciones en infancia y algunos desafíos para la política y la intervención. En A. Barcala y L. Poverene (Comps.) *Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias* (pp. 27-32). UNLa
- Lloyd, K. y Moodley, P. (1992). Psychotropic medication and ethnicity: an inpatient survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27, 95-101.
- Lozares Colina, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Papers: revista de sociología*, (48), 103-126.
- Lucas, J. (2004). Globalización, migraciones y derechos humanos: La inmigración, como res política. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, (10).
- Luciani Conde, L. (2019). *Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental*. FEDUM.
- Luiselli, V. (2017). *Los niños perdidos: (un ensayo en cuarenta preguntas)*. Sexto Piso.

- Maggi, M. F. (2019). *Aproximación (es) teórica (s) para el abordaje de experiencias de jóvenes migrantes e hijos de migrantes bolivianos en Argentina en clave interseccional*. UNVM.
- Maggi, M. F. y Hendel, V. (2022). Relaciones intra e intergeneracionales de jóvenes en movimiento con familias migrantes (Argentina). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(3), 616-639. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.3.4811>
- Mallimaci, A.I. y Pedone, C. (2023). Trabajos de cuidado. En C. Jiménez Zunino y V. Trpin (Coords.) *Pensar las migraciones contemporáneas* (pp.437-444). Teseo.
- Mallimaci, F., y Giménez Béliveau, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. *Estrategias de investigación cualitativa*, 1, 23-60.
- Mannheim, K., y de la Yncera, I. S. (1993). El problema de las generaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 62, 193-242.
- Markham, A. N. (2005). Disciplining the future: A critical organizational analysis of Internet studies. *The Information Society*, 21(4), 257-267.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de la investigación social*. Emecé.
- Martignoni, M. y Papadopoulos, D. (2014). Genealogies of autonomous mobility. En *Routledge handbook of global citizenship studies* (pp. 60-70). Routledge.
- Martín-Baró, I. (2006). *Hacia una psicología de la liberación*. Trotta.
- Martínez, L. V. (2014). Niñez, migración y derechos: aportes para un abordaje antropológico. *Revista Sociedad y Equidad*, 6, 237-257.
- Martínez, L. V. (2017). *Niñez, migración y perspectivas de derechos. Una aproximación antropológica en el contexto escolar* [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- Martínez Pizarro, J. y Orrego Rivera, C. F. (2016). *Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Massó Guijarro, E. (18 de enero de 2023). Hasta cuándo llamar “migrante” a una persona que vive aquí habitualmente?. *Madri+d*. <https://www.madrimasd.org/blogs/migraciones/2013/01/18/132074>
- Mc Laughlin, K. (2012). La Psicologización y la construcción del sujeto político como un objeto vulnerable. *Teoría Crítica de la Psicología*, 2, 3-18.
- McAuliffe, M. y Triandafyllidou, A. (Eds.). (2021). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones [OIM].

- McCabe, K., Hough, R. L., Landverk, J., Hurlbut, M., Wells Culver, S. y Reynolds, B. (1991). Racial/ethnic representation across five public sectors of care for youth. *J Emotional Behav Disord*, 7(2), 72–82. <https://doi.org/10.1177/106342669900700202>
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1997). El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 69, 237- 271.
- Menéndez, E. L. (2000). Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 163-188). Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. L. (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home': Algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernandez Juares (Coord.) *Salud e interculturalidad en América latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-65). Abya-Yala.
- Menéndez, E. L. (2010). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Prohistoria.
- Meo, A. I. (2010). Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en Investigación social: la experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (44), 1-30.
- Merhy, E. E. y Feuerwerker, L. C. M. (2006). Atenção Domiciliar: lugar de encontro da medicalização com a rede substitutiva ou transição tecnológica e/ou reestruturação produtiva na saúde: um debate necessário na Atenção Domiciliar. En *I Seminário Interno de Atenção Domiciliar da linha de pesquisa: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. UFRJ.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34.
- Merhy, E. (09 de septiembre de 2016). *La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico*. Entrevista de Verónica Engler. Página12. <https://www.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>
- Michalewicz, M., Poverene, L. y Barcala, A. (2022). De las leyes a las prácticas: tensiones, obstáculos y avances en el marco de la reforma de la atención en salud mental infanto-juvenil. En

- A. Michalewicz (Comp.) *Abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias. Integralidad, cuidado y subjetivación* (87-106). Noveduc.
- Mignolo, W. (1995). *The Darker Side of the Renaissance. Literacy, Territoriality, and Colonization*. Ann Arbor: The University of Michigan Press. DOI : [10.3998/mpub.8739](https://doi.org/10.3998/mpub.8739)
- Mignolo, W. (2003). *Historias locales, diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Akal.
- Mignolo, W. (2007). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Gedisa.
- Miller, J. A.(2010). *Extimidad. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Paidós.
- 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.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades. (2021). *(Re) nombrar. Guía para una comunicación con perspectiva de género*. Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud. (2021). *Guía de Servicios de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (01 de agosto de 2019). *Se presentaron los resultados del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presentaron-los-resultados-del-primer-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos>
- Mombello, L. (2006). Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional. En E. Jelin (Dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires (pp. 103-116). Instituto de Desarrollo Económico y Social [IDES].
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.
- Morábito, F. (2014). *El idioma materno*. Gog y Magog Ediciones.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Morisi, S., Untoiglich, G. y Vasen, J. (Comps). (2018). *Diagnósticos y Clasificaciones en la infancia. Herramientas para abordar la clínica. Ilusiones y desilusiones en las prácticas*. Noveduc.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO

- Moro, M. R. (2004). ¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños?. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 4, 69-80.
- Moro, M. R. (2008). Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 19-26.
- Moro, M. R. y Golse, B. (2019). *Creecer en situación transcultural: Una oportunidad para las infancias*. Miño y Dávila.
- Moscoso R., M. F. (2013). *Biografía para uso de los pájaros: memoria, infancia y migración*. Instituto de Altos Estudios Nacionales.
- Mouratian, P. (2014). Mapa nacional de la discriminación. INADI.
- Muñoz Rodríguez, M. y Vuanello, R. (2021). Los derechos de la niñez desde sus voces. Desafíos para su reconocimiento político. *Estudios Socio-Jurídicos*, 23(1), 319-345.
- Murillo, S. (2010). La nueva cuestión social y el arte neoliberal de gobierno. En *Congreso de la Democracia de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales*. Universidad Nacional de Rosario, Argentina
- Murillo, S. (2012). *Posmodernidad y neoliberalismo: reflexiones críticas desde los proyectos emancipatorios de América Latina*. Ediciones Luxemburg.
- Naciones Unidas [UN]. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. UN.
- Naciones Unidas [UN]. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UN
- Naciones Unidas [UN]. (1990). *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. UN.
- Naciones Unidas [UN]. (1994). *Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores*. UN.
- Naciones Unidas [UN]. (1998). *Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales*. Publicación de Naciones Unidas.
- Naciones Unidas [UN]. (2003). *Protocolo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional*. UN.
https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_proto_cont_tr%C3%A1fico_migratoria_mar_aire_comple_conve_nu_cont_delin_orga_transn.pdf
- Naciones Unidas [UN]. (2003). *Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional*. UN.

https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_proto_prev_repri_y_sanci_trata_pers_espe_muje_y_ni%C3%B1o_compl_conve_nu_contr_deli_org_trans.pdf

- Naciones Unidas [UN] y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2006). *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe: síntesis y conclusiones*. UN y CEPAL. <http://repositorio.cepal.org/500>
- Nazroo, J. (1997). *Ethnicity and mental health*. PSI.
- Neufeld, R. y Thisted, J. (Comps.) (1999), *De eso no se habla...los usos de la diversidad sociocultural en la escuela*. Eudeba.
- Novaro, G. (2009). Palabras desoídas - palabras silenciadas - palabras traducidas: voces y silencios de niños bolivianos en escuelas de Buenos Aires. *Revista do Centro de Educação*, 34(1), 47-64.
- Novaro, G. (2012). Niños inmigrantes en Argentina: nacionalismo escolar, derechos educativos y experiencias de alteridad. *Revista mexicana de investigación educativa*, 17(53), 459-483.
- Novaro, G. (2018). *Los desafíos de la educación inclusiva : actas del 4to Coloquio Internacional sobre Inclusión Educativa 17, 18 y 19 de octubre de 2017, Buenos Aires, Argentina*. UNIPE.
- Novaro, G. y Diez, M. L. (2021). Descendencia, generaciones y juventud. En C. Jiménez Zunino y V. Trpin (Coords.) *Pensar las migraciones contemporáneas* (pp. 83-90). Teseo.
- Odegardxs, O. (1932). Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr et Neurol*, 7, 1-206.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2006). *Glosario sobre migración, Derecho internacional sobre migración N° 7*. OIM.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2016). *Derechos humanos de la niñez migrante*. OIM, IPPDH, MERCOSUR.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM.
- 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-recientesen-america-del-sur-informe-anual-2022>
- Organización Mundial de la Salud [OPS]. (03 de octubre de 2019). *Salud mental*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2000). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía*. ONU.
- Oliveira, D. A. (2020). O imigrante na política educacional brasileira: um sujeito ausente. *Práxis Educativa (Brasil)*, 15, 01-15.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (02 de agosto de 2019). Argentina presentó primer censo de personas internadas por motivos de salud mental. OPS-OMS. <https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2019-argentina-presento-primer-censo-personas-internadas-por-motivos-salud-mental>
- Orbe, F. B., Bondía, J. L., y Sangrá, J. C. M. (2006). Pensar la educación desde la experiencia. *Revista portuguesa de pedagogía*, (40-1), 233-259. https://doi.org/10.14195/1647-8614_40-1_11
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. OMS.
- Ortemberg, P. (2022). Inclusión laboral de personas migrantes con discapacidad : el caso de la migración venezolana en la República Argentina. OIM.
- Orzuza, S. M. (2014). Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), 40-47.
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CONCULTA-INI-CIESAS.
- Oszlak O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. CLACSO.
- Otero, D., Loyo, D. B., Fernández, A., y De Bello, M. A. (2021). Lenguas maternas de las infancias migrantes. Segregación y colonialismo. *Perspectivas: Revista Científica de la Universidad de Belgrano*, 4(1), 80-93.
- Pacecca, M. y Courtis C. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. En *Serie Población y Desarrollo*. CEPAL- CELADE.
- Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A., y Pecheny, M. (2018). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Tesseo.
- Pasarin, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. Mendoza (Argentina)*. Editorial de la Universidad del Aconcagua.

- Passalacqua, A. M., Simonotto, T., Sambucetti, A., Polidoro, A. A., Zuccolo, S., Mussoni, A. M., Boustoure, M. A., Alvarado, M. L., Piccone, A., Castro, F. J., Gherardi, C. A., Greco, N. G. y Menestrina, N. B. (2013). Variaciones del impacto migratorio. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Pacecca, M. I. y Courtis, C. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas. Serie población y desarrollo*. Naciones Unidas, CEPAL, CELADE, División de Población.
- Pautassi, L. C. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL.
- Pautassi, L. C. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo* (pp. 69-92). CEPAL.
- Pautassi, L. C. (2021). El trabajo de cuidado no remunerado en Salud en el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de COVID-19. *Estudios sociales del estado*, 7(13), 108-144. <https://doi.org/10.35305/ese.v7i13.253>
- Pavarini, M. (1994). Estrategias disciplinarias y cultura de los Servicios Sociales. *Margen*, (6), 1-20.
- Pavez Soto, I. (2011). *Migración infantil: rupturas generacionales y de género: las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile* [Tesis de Doctorado]. Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pavez Soto, I. (2012). Sociología de la infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de sociología*, (27), 81-102.
- Pavez Soto, I. (2017). La niñez en las migraciones globales: perspectivas teóricas para analizar su participación. *Tla-melaua*, 10(41), 96-113.
- Pavez Soto, I. y Galaz Valderrama, C. (2018). Hijas e hijos de migrantes en Chile: Derechos desde una perspectiva de inclusión social. *Diálogo andino*, (57), 73-86.
- Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo [PIDHDD] y Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES]. (2005). *DERECHO A LA SALUD. Situación en países de América Latina*. PIDHDD y ALAMES.
- Pecheny, M. (2014). Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. *Gazeta de Antropología*, 30(3), <http://hdl.handle.net/10481/33815>

- Pecheny, M. y Palumbo, M. (Comps.) (2017). *Esperar y hacer esperar: Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Teseo.
- Pedone, C. (2010). Más allá de los estereotipos: desafíos en torno al estudio de las familias migrantes. En *Familias, Niños, niñas y jóvenes migrantes: Rompiendo estereotipos* (pp. 11-15). IEPALA.
- Penchaszadeh, A. P. (2017). Hospitalidad, con y sin papeles. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 25, 47-64.
- Percia, M. (20 de octubre 2020) *Cuidar la vida: salvar la lengua*. Revista Adynata. <https://www.revistaadynata.com/cuidar-la-vida-salvar-la-lengua>
- Percia, M. (30 de agosto de 2020). *Esquirlas del miedo. 1º entrega*. Revista Adynata. <https://www.revistaadynata.com/post/esquirlas-del-miedo-1ra-entrega-marcelo-percia>
- Perdiguero, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), 140-145.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Ediciones Abya-Yala.
- Pereyra, B. (2005). ¿La unión hace la fuerza? Ciudadanía y organizaciones en el contexto de la migración. *CEYM, Cotidiano Mujer, Fundación Instituto de la Mujer, MEMCH & REPEM (Comp.), Migraciones, globalización y género en Argentina y Chile*, (pp. 57-76). CEYM.
- Peri Rossi, C. (1996). *Aquella noche*. Lumen.
- Pescetti, L. M. (2022). *Cómo era ser pequeño*. Siglo XXI
- Pierri, C. y Riveros, B. (2023). Estrategias para el abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental. En A. Wilner, A. y F Torricelli (Comps.). *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado* (pp. 33-56). Universidad Nacional de Lanús.
- Poblete, R. (2019). Políticas Educativas y Migración en América Latina. Aportes. aportes para una perspectiva comparada. *Estudios pedagógicos*, 45(3), 333-368. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052019000300353>
- Poder Ejecutivo Nacional [PEN]. Ley Patronato de Menores N° 10.903. 27 de octubre de 1919 (Argentina).
- Poder Ejecutivo Nacional [PEN]. Ley General de Migraciones y de fomento de la Inmigración. 16 de marzo de 1981 (Argentina.)

- Polo Blanco, J. y Gómez Betancur, M. (2019). Modernidad y colonialidad en América Latina. ¿Un binomio indisociable? Reflexiones en torno a las propuestas de Walter Mignolo. *Revista de Estudios Sociales*, (69), 1-17. <https://doi.org/10.7440/res69.2019.01>
- Poverene, L. (2015a). 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 de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, XXII, 293-299
- Poverene, L. (2015b). “No sé nada yo de ellos”: Tensiones y estratificaciones en la atención en salud mental infantil de niños/as migrantes bolivianos [Ponencia]. En *I Congreso Latinoamericano de Teoría Social*.
- Poverene, L. (2016). *Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires* [Tesis de Maestría]. Universidad de Buenos Aires.
- 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.
- Pozzo, M. I., y Segura, M. L. (2013). Construcción de identidad en los niños migrantes en las escuelas primarias de la ciudad de Rosario, Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, 43(4), 67-93.
- Prado, M. C. (2023). La discapacidad certificada: Patologización y medicalización de la infancia. *Escritos de Posgrado-Facultad de Psicología-UNR*, (6), 54-60.
- Preciado, P. B. (2019). *Un apartamento en Urano: crónicas del cruce*. Anagrama.
- Presidencia de la Nación Argentina [PNA]. Ley general de migraciones y de fomento de la inmigración N°22.439. 23 de marzo de 1981 (Argentina).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2018). *Género, en el Sector Salud: Feminización y Brechas Laborales*. PNUD.
- Quercetti, F. (2020). Analisis de un dispositivo de cuidado integral y comunitario para las personas refugiadas sirias en la Argentina desde los niveles macro-contextual, institucional y subjetivo. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II*

- Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia.* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Quercetti, F. (2021). La Salud Mental de las personas refugiadas en la Argentina en tiempos de COVID-19. *Anuario de Investigaciones*, 28(1), 319-325.
- Rago, W. (2020). *En el menguante de las murallas.* Puentes del sur.
- Remorini, C. (2010). ¿ De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables. En *Padecimientos en grupos vulnerable del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención* (pp. 145-182). Ferreyra Editores.
- Remorini, C., Palermo, M. L., y Schvartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud colectiva*, 14, 193-210.
- Resolución Ministerio de Salud N° 1490/2007. Argentina. Guía de Buenos Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana.
- Restrepo, E. (2014). Interculturalidad en Cuestión: cerramientos y potencialidades. *Ámbito de encuentros*, 7(1), 9-30. y
- Ritsner, R. y Ponizovsku, A. (1996). Psychological symptoms among an immigrant population: a prevalence study. *Compreh Psychiatry*, 37, 17-22.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores.* Tinta Limón.
- Rivera Sánchez, L. (2017). De la migración interna a la migración internacional en México. Apuntes sobre la formación de un campo de estudio. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (58), 37-57.
- Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, (256).
- Rodríguez Enríquez, C. M., y Pautassi, L. C. (2014). *La organización social del cuidado de niños y niñas: elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina.* ADC, CIEPP, BLA.
- Rodríguez, G. (2008). Segregación residencial socioeconómica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dimensiones y cambios entre 1991-2001. *Población de Buenos Aires*, 5(8), 7-30.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). Proceso y fases de la investigación cualitativa. *Metodología de la investigación cualitativa*, 1, 62-78.

- Román González, B., y Valdéz Gardea, G. C. (2022). Exclusión de alumnos migrantes del retorno a Sonora: “Así como vienen, se van”. *Estudios sociológicos*, 40(118), 123-148.
- Rosas, R. E. (2000). Redes sociales y pobreza: mitos y realidades. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 1(11), 36-72.
- Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de los recursos humanos en salud*. Paltex-OPS.
- Rumbaut, R. G., y Portes, A. (2011). *Legados: la historia de la segunda generación inmigrante*. University of California Press.
- Saizar, M. M. (2016). De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En C. Krmpotic y M. Saizar (Comps.) *Políticas socio-sanitarias y Alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa*. Editorial Espacio.
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M., y Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25(2), 451-460.
- Salazar, F. M. (2021). Malestar social y salud mental: Psiquiatrización, pandemia y Orgullo Loco. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, (177), 73-82.
- Salomone, G. Z. (2002). El principio de neutralidad y la regla de abstinencia: la perspectiva freudiana. *Ficha de cátedra*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- 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.
- Sambucetti, A., Vega, V., Passalacqua, A. M., y Zuccolo, S. (2015). Estudio sobre el potencial autodestructivo en niños migrados. In *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.
- Sánchez Bautista, N. (2013). *Narrativas de exclusión: niñas, niños y adolescentes migrantes en Quito* [Tesis de Maestría]. FLACSO Sede Ecuador.
- Sánchez-García, G., Chávez-Santamaría, P., Montenegro Núñez, M. C., y Lusk, M. W. (2022). La migración como fuente de vulneración de los derechos humanos de la niñez. *Estudios fronterizos*, 23, e106. <https://doi.org/10.21670/ref.2222106>
- Santos, B. (2010). *Refundación del Estado en América Latina: perspectivas desde una epistemología del Sur*. Editorial Abya-Yala.

- Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales: Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder editorial.
- Sarudiansky, M., Bordes, M., y Saizar, M. M. (2009). La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente. In *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Sashidharan, S. (1993). Afro-Caribbeans and schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 5, 129–144.
- Sautu, R. (1999). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Editorial Belgrano.
- Sayad, A. (1994). Le mode de génération des générations “immigrées”. *L'Homme et la Société*, 111(1), 155-174.
- Sayad, A. (2008). Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 13, 101-116.
- Sayad, A. (2010). La doble ausencia. *De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Athropos.
- Scheffler, R. M. y Miller, A. G. (1989). Demand analysis of mental health service use among ethnic subpopulations. *Inquiry*, 26, 202-215.
- Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humano. (16 de marzo de 2018). *Centro de asistencia a víctimas de violaciones de DDHH “Dr. Fernando Ulloa”*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/centro-de-asistencia-victimas-de-violaciones-de-ddhh-dr-fernando-ulloa>
- Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humano. (11 de octubre de 2019). *Derechos Humanos, salud mental y migrantes*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/derechos-humanos-salud-mental-y-migrantes>
- Segato, R. L. (2007). *La nación y sus Otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempo de Políticas de la Identidad*. Prometeo.
- Selten, J-P. y Sijben, N. (1994). First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 71–77.
- Sennett, R. (1978). *El declive del hombre público*. Anagrama.

- Sinisi, L. (1999). La relación nosotros-otros en espacios escolares multiculturales: Estigma, estereotipo y racialización. En M. R. Neufeld y J. Thisted (comps.), *De eso no se habla...los usos de la diversidad sociocultural en la escuela*. Eudeba.
- Skliar, C. (2017). *Pedagogías de las diferencias:(Notas, fragmentos, incertidumbres)*. Noveduc.
- Sluski, C. (2002). De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En E. Dabas y D. Najmanovich (Comps.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil* (pp. 114-123). Paidós.
- Smith, L. (1994). *Biographical method*. En N. Denzin e Y. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Sperling, D. (2019). *Moisés*. Inédito.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Still, P. (1999). Mental health in overseas students. En A. Furnham y D. Bochner (Eds.) *Culture shock* (pp. 365-369). Routledge.
- Stolkiner, A., Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S. y Vázquez, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-214.
- 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. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (Comp.) *El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense*. CEDES.
- Stolkiner, A. (2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. *Revista Propuesta Educativa*, 1(37), 28-38.
- 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.
- Stolkiner, A. (2023). Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria. En A. Wilner y F. Torricelli (Comps.) *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado* (pp. 10-32). UNLa.

- Suárez-Cabrera, D. L. (2015). Nuevos migrantes, viejos racismos: Los mapas parlantes y la niñez migrante en Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 627-643.
- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. M. (2003). *La infancia de la inmigración*. Morata.
- Susser, M. (1973). *Causal Thinking in the Health Sciences*. Oxford University Press.
- Sussman, L. K., Robins, L. N. y Earl, F. (1987). Treatment seeking for depression by black and white Americans. *Soc Sci Med*, 24,187-196.
- Szulc, A. (2006). Antropología y Niñez: de la omisión a las ‘culturas infantiles’. En G. Wilde y P. Schamber (Eds.), *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos* (pp.25-50). Editorial SB.
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 2(8).
- Thomas, F. (Ed.). (2016). *Handbook of Migration and Health*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Tijoux, M.E. (2013). Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago. Elementos para una educación contra el racismo. *Polis. Revista Latinoamericana*, 12(35), 287-307.
- Tizón, J. L. (1989). Migraciones y salud mental: recordatorio. *Gaceta Sanitaria*, 3(14), 527-529.
- Tizón, J. L., Atchotegi, J., San Jose, J., Sáinz, F., Pellegrero, N. y Salamero, M. (1988). La migración como factor de riesgo psicosocial y somático. *Jano*, 816(34), 51-76.
- Tosi, C. (2018). Nuestro idioma en el banquillo por machista. *Revista Ñ*, 7, 7-10.
- Tosi, C. (2019). Marcas discursivas de la diversidad: Acerca del lenguaje no sexista y la educación lingüística: aproximaciones al caso argentino. *Álabe: Revista de Investigación sobre Lectura y Escritura*, (20), 1-20.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Paidós.
- Ulloa, F. (2012). *Salud ele-Mental: con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.
- Universidad Nacional de Tres de Febrero [UNTREF]. (s.f.). Diccionario Latinoamericano de la Lengua Española. Recuperado de <http://untref.edu.ar/diccionario/>
- Universidad Nacional Pedagógica. (2018). *Los desafíos de la educación inclusiva : actas del 4to Coloquio Internacional sobre Inclusión Educativa 17, 18 y 19 de octubre de 2017*. UNIPE.
- Untoiglich, G. (Coord.) (2017). *Diagnósticos en la infancia*. En *Busca de la Subjetividad perdida*. Noveduc.
- Valencia-Suescún, M. I., Ramírez, M., Fajardo, M. A., y Ospina-Alvarado, M. C. (2015). De la afectación a nuevas posibilidades: niñas y niños en el conflicto armado colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1037-1050.

- Valenzuela Arce, J. M., Utley, N., García, A., Negrete, P. y Cano, D. (2019). Pintando sueños y travesías. Imaginarios de niños migrantes. En J. M. Valenzuela Arce (Coord.). *Caminos del éxodo humano* (pp. 109-130). Gedisa.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Vasco Uribe, E. (1987). Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. En *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social* (pp. 15-33). Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Vega, I. V., Passalacqua, A. M., Sambucetti, A. A., Simonotto, T., Mussoni, A. M., Alvarado, M. L., Zuccolo, S., Piccone, A., Castro, F., Boustoure, M. A., y Greco, N. (2015). Transmisión generacional del fenómeno migratorio. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 351-358.
- Venturini, S. (2006). La emergencia del sujeto en la migración. *Aesthethika. Revista Internacional de Estudio e Investigación Interdisciplinaria sobre Subjetividad, Política y Arte*, 2(2), 62-68.
- Vezzetti, H. (1983). *La locura en la Argentina*. Folios.
- Villavicencio, S. y Penchaszadeh, A. (2003). El (im) posible ciudadano. En S. Villavicencio (Ed.) *Los contornos de la ciudadanía. Nacionales y extranjeros en la Argentina del centenario*. Eudeba.
- Voltarelli, M. A., Pavez Soto, I. y Derby, J. (2021). Infância migrante e pandemia: a crise da América Latina. *Linhas Críticas*, 26, e36298. <https://doi.org/10.26512/lc.v26.2020.36298>
- Wagner, G. (2022). Aportes para pensar una epidemiología del sufrimiento y sus condiciones de producción desde el primer nivel de atención. En A. Michalewicz (Comp.). *Abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias: Integralidad, cuidado y subjetivación* (107-130). Noveduc.
- Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en la Educación*. Ministerio de Educación de Perú.
- Wild, V. y Dawson, A. (2018). Migration: A core public health ethics issue. *Public Health, Special*, 158, 66–70. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.023>
- Yampey, N. (1982). *Migración y trans-culturación: enfoque psicosocial y psicoanalítico*. Galerna.
- Ynoub, R. C. (2017). Elementos metodológicos para guiar el tratamiento empírico en investigación hermenéutica. In *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.

- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Zampetti, V. B. (2018). *El rol de la interculturalidad en salud mental desde la perspectiva de los psicoterapeutas* [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Zenklusen, D. (2020). ‘Quiero seguir estudiando para ser alguien’: análisis de trayectorias educativas de jóvenes peruanos en Argentina. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 18(2), 1-27.
- Zúñiga González, V. A. (2017). Los niños y las niñas migrantes en escena. *Sinéctica*, (48), 1-3.
- Zúñiga, V. A. (2018). La generación 0.5: lo que los niños saben sobre la migración Internacional. *Migraciones Internacionales*, 9(3), 93-120.
- Zúñiga, V. A. y Hamann, E. T. (07 de diciembre de 2020). *Cuando las escuelas de dos países despojan a los alumnos de sus inventarios lingüísticos: el caso de los alumnos transnacionales en Estados Unidos y México*. Académic@s de Monterrey 43. <https://academicxsmty43.blog/2020/12/07/cuando-las-escuelas-de-dos-paises-despojan-a-los-alumnos-de-sus-inventarios-linguisticos-el-caso-de-los-alumnos-transnacionales-en-estados-unidos-y-mexico-por-victor-zuniga-y-edmund-t-te/>

Anexos

Anexo 1. Modelos de consentimiento informado

Modelo de consentimiento informado para profesionales de salud mental

En nombre de la investigación “Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios internacionales” que se corresponde con una tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria desarrollada por la Lic. Laura Poverene, invito a Ud. a participar de una entrevista.

Dicha investigación se propone analizar los procesos de cuidado en salud mental infantil en contextos de migración internacional, desde la perspectiva de los y las profesionales de servicios públicos de salud mental y de las familias consultantes. Este estudio es llevado a cabo a partir de una beca doctoral CONICET y cuenta con la dirección de la Dra. Alejandra Barcala y la codirección del Dr. Mario Pecheny.

Asimismo, sigue los lineamientos propuestos por la Guía para investigaciones en Salud Humana, establecidos mediante la resolución 1480/2011.

Su contribución resultará de gran utilidad para describir y analizar las características de la atención y cuidado al sufrimiento psíquico de niños/as de familias migrantes y realizar aportes para mejorar su acceso al derecho a la salud.

Usted puede elegir no participar en este estudio, suspender su participación en cualquier momento y/o no contestar ciertas preguntas.

El tiempo estimado necesario para la realización de la entrevista es de sesenta minutos de duración (aprox.). La misma se realizará en horario y lugar que sean de su conveniencia, y no habrá compensación por el tiempo dedicado a la entrevista. Si usted me autoriza, sería importante grabar la entrevista para respetar sus opiniones y garantizar la literalidad de las mismas.

La investigación y sus consecuencias son de mi entera responsabilidad personal, por lo cual al pie de este documento figuran mis datos de contacto, para todo aquello que desee consultar, aclarar, observar o comentar respecto de la entrevista llevada a cabo.

Los resultados de este estudio podrán, eventualmente, dar origen a publicaciones en revistas científicas. Asimismo, si así lo desea, podrá conocer los resultados globales de la investigación, una vez terminada.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, otorga su consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio descrito.

Entrevistado/a
Nombre y apellido:
Documento de identidad:
Lugar y fecha:
Datos de contacto:
Firma:

Datos de la investigadora
Laura Poverene
DNI 32.111.831
laurapoverene@gmail.com
Firma:

Sede de Trabajo: Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg. 29 de Septiembre 3901, Remedios de Escalada, Lanús. Tel (+54 11) 5533-5600, interno 5124 / posgradosmc@unla.edu.ar.

Podrá contactarse con dicho e-mail y/o teléfono si quiere realizar algún comentario o sugerencia.

Modelo de consentimiento informado para informantes clave

En nombre de la investigación que se corresponde con una tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria desarrollada por la Lic. Laura Poverene, invito a Ud. a participar de una entrevista.

Dicha investigación se propone analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental infantil en contextos de migración internacional, desde la perspectiva de profesionales de servicios públicos de salud mental y de las familias consultantes. Este estudio es llevado a cabo a partir de una beca doctoral CONICET y cuenta con la dirección de la Dra. Alejandra Barcala y la codirección del Dr. Mario Pecheny.

Asimismo, sigue los lineamientos propuestos por la Guía para investigaciones en Salud Humana, establecidos mediante la resolución 1480/2011.

Su contribución resultará de gran utilidad para describir y analizar las características de la atención y cuidado al sufrimiento psíquico de niños/as de familias migrantes y realizar aportes para mejorar su acceso al derecho a la salud.

Usted puede elegir no participar en este estudio, suspender su participación en cualquier momento y/o no contestar ciertas preguntas.

El tiempo estimado necesario para la realización de la entrevista es de cuarenta minutos de duración (aprox.). La misma se realizará en horario y lugar que sean de su conveniencia, y no habrá compensación por el tiempo dedicado a la entrevista. Si usted me autoriza, sería importante grabar la entrevista para respetar sus opiniones y garantizar la literalidad de las mismas.

La investigación y sus consecuencias son de mi entera responsabilidad personal, por lo cual al pie de este documento figuran mis datos de contacto, para todo aquello que desee consultar, aclarar, observar o comentar respecto de la entrevista llevada a cabo.

Los resultados de este estudio podrán, eventualmente, dar origen a publicaciones en revistas científicas. Asimismo, si así lo desea, podrá conocer los resultados globales de la investigación, una vez terminada.

Es fundamental señalar que la información obtenida en la entrevista tendrá carácter anónimo.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, otorga su consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio descrito.

Entrevistado/a
Nombre y apellido:
Documento de identidad:
Lugar y fecha:
Datos de contacto:
Firma:

Datos de la investigadora
Laura Poverene
DNI 32.111.831
laurapoverene@gmail.com
Firma:

Sede de Trabajo: Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg. 29 de Septiembre 3901, Remedios de Escalada, Lanús. Tel (+54 11) 5533-5600, interno 5124 / posgradosmc@unla.edu.ar.

Podrá contactarse con dicho e-mail y/o teléfono si quiere realizar algún comentario o sugerencia.

Modelo de consentimiento informado para familiares y/o referentes afectivos de niños y niñas de familias migrantes

Mi nombre es Laura Poverene, soy Licenciada en Psicología y estoy realizando mis estudios de *Doctorado en Salud Mental Comunitaria* en la Universidad Nacional de Lanús. Este estudio está siendo desarrollado como parte de la beca doctoral CONICET, de la cual soy beneficiaria, y sigue los lineamientos propuestos por la Guía para investigaciones en salud humana establecidos mediante la resolución 1480/2011.

Invito a Ud. a participar en una investigación que se titula: “Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios internacionales”. Su objetivo es conocer la atención en salud mental infantil en contextos de interculturalidad, desde la perspectiva de las familias migrantes y desde los equipos de profesionales que se desempeñan en hospitales o centros de salud públicos. Su contribución resultará de gran utilidad para realizar aportes para mejorar el acceso de la población migrante al derecho a la salud.

Usted puede elegir no participar en este estudio, suspender su participación en cualquier momento y/o no contestar ciertas preguntas, en caso que sienta incomodidad por responder en relación a temas que estén sujetos a controversias en la comunidad a la que pertenece. En el caso de que Ud. acepte participar, le formularé preguntas acerca de cómo evalúa la atención recibida al consultar por las problemáticas de sus niños/as en hospitales y centros de salud públicos en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como las causas que Ud. atribuye a dichas problemáticas y el modo en que considera que las mismas pueden tratarse. El tiempo estimado necesario para la realización de la entrevista es de una hora y media de duración, pudiendo coordinar para encontrarnos en más de una ocasión. Las entrevistas se realizará en horario y lugar que sean de su conveniencia, y no habrá compensación económica por el tiempo dedicado a la entrevista. Si usted me autoriza, me gustaría grabar la entrevista para respetar sus opiniones.

Es fundamental señalar que la información obtenida en la entrevista tendrá carácter absolutamente confidencial y será preservado el anonimato de la persona entrevistada, quedando sólo a disposición del entrevistado/a y la investigadora. Asimismo, si así lo desea, podrá conocer los resultados globales del estudio, una vez terminado.

Los resultados de este estudio serán presentados bajo la forma de informes científicos y podrán, eventualmente, dar origen a publicaciones en revistas científicas, ratificando el compromiso a mantener el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada en la entrevista.

La investigación y sus consecuencias son de mi entera responsabilidad personal, por lo cual al pie de este documento figuran mis datos de contacto, para todo aquello que desee consultar, aclarar, observar o comentar respecto de la entrevista llevada a cabo.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, otorga su consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio descrito.

Entrevistado/a
Nombre y apellido:
Documento:
Lugar y fecha:
Datos de contacto:
Firma:

Datos de la investigadora
Laura Poverene
Tel: 15 3023 7718
laurapoverene@gmail.com
Firma:

Sede de Trabajo: Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg. 29 de Septiembre 3901, Remedios de Escalada, Lanús. Tel (+54 11) 5533-5600, interno 5124 / posgradosmc@unla.edu.ar.

Podrá contactarse con dicho e-mail y/o teléfono si quiere realizar algún comentario o sugerencia.

Anexo 2. Modelo de guías de entrevista

Guía de preguntas para personas migrantes

Esta guía fue diseñada para indagar los objetivos de la investigación y se elaboró tomando como base orientativa algunas conceptualizaciones planteadas por autoras y autores que trabajan en la temática (Jarvis et al., 2020; Palermo, 2018; Pasarin, 2011; Remorini, 2010; Remorini, Palermo y Schwartzman, 2018) o guías elaboradas para el abordaje de entrevistas que indaguen la dimensión cultural en la salud mental, como la *Cultural Formulación Interview* (CFI).

Preguntas introductorias y de la historia familiar de la migración

- ¿Cómo está integrada su familia (personas, edades)?
- ¿De dónde vienen? (es un pueblo, campo, ciudad)
- ¿Cómo era su vida allá?, ¿cómo vivían y con quiénes? , ¿qué idioma hablaban?, ¿de qué trabajaban?
- ¿Por qué se fueron de ese lugar?
- ¿Cómo surgió la idea de vivir en Argentina?, ¿Cómo reaccionaron sus hijos e hijas al enterarse de la decisión?
- ¿Cómo recuerda el viaje hasta llegar a Argentina?, ¿Vino la familia toda junta, vinieron primero algunos integrantes y luego otros?
- ¿Qué sensaciones y detalles recuerda, sobre todo en relación a sus hijos o hijas?
- ¿Cuándo y cómo se asentaron en Buenos Aires?, ¿Dónde viven ahora?, ¿Cómo se sienten en la ciudad?, ¿Están pudiendo trabajar?
- ¿Se reconoce como perteneciente a algún pueblo originario?
- ¿Forma parte o conoce de alguna agrupación u organización vinculada a población migrante?
- En relación a sus hijos/as... ¿Idioma?, ¿Incorporación al colegio?, ¿Socialización?, ¿Actividades extra escolares?
- ¿Cómo crees que vivencian la migración?

Detección de sufrimiento psíquico o problemática de salud mental del niño o la niña; confirmación del diagnóstico, evaluaciones y terapéuticas

- En relación a lo que se vincula con la salud, seguramente experimentaron situaciones particulares en este tiempo en Argentina así como diferencias o similitudes con los modos en los que aquí se brindan respuestas frente a esos problemas... ¿qué experiencias han tenido en Argentina en cuanto a su salud y su atención?
- ¿Cómo se da cuenta de que usted o alguien de su familia no se siente bien, anda triste o con algún malestar que no sea físico sino más de las emociones, de los sentimientos o del espíritu?

- ¿Qué miembros de la familia son quienes más le preocupan?, ¿Por qué?
- ¿Alguna vez alguno o alguna de sus hijos o hijas pasó por momentos de atravesar estos malestares no físicos, sino más bien emocionales o del espíritu?

Para tener en cuenta, algunas terminologías posibles...

Región andina: susto, ser quedao, pena, nervios. Para personas adultas: pulso, padrón, recaída, aique y matriz –algunas de éstas, son dolencias que afectan a quienes llevan a cabo tareas que implican inmenso esfuerzo físico– (Remorini, 2018)

Myba guaraní: ndojaveima –estar triste–), pochy –estar disgustado o enojado–, achramo –llora mucho–, achy –estar enfermo– ãi ew va’e –no estar sano, no caminar ni levantarse– (Remorini, 2010).

- ¿En qué consistían esos padecimientos?, ¿Cuándo empezaron?, ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿De qué vienen esos padecimientos? , ¿Los asociaron con algún evento importante que estuviera sucediéndose en esos tiempos (mudanza, muerte, enfermedad, cambio de escuela, separación, etc.)?
- ¿Qué decía o manifestaba el niño o niña a acerca de eso que le pasaba (lo incomodaba, lo asustaba, no se percataba, sostenía que no le pasaba nada, no podía decir nada sobre eso)?
- ¿Cómo describiría usted el problema de tu hijo o hija?, ¿y cómo se lo explicaría a su familia o gente de la comunidad? (usualmente las personas entiendan los problemas que tienen de una manera similar o diferente al modo en el que los y las especialistas los describen)
- ¿Su hijo o hija cómo lo nombraba?
- ¿Y qué es lo que a usted más te preocupa al respecto?
- ¿Qué piensa que le está/ba pasando?, ¿A qué causa se lo atribuyen o de qué vienen estos padecimientos o por qué uno se siente así? (hay personas que consideran que algunos de sus problemas se relacionan con causas diferentes como problemas con otras personas, enfermedades corporales, razones espirituales, situaciones difíciles que enfrentaron en su vida)
- ¿Y su hijo/a tenía alguna idea sobre esto que le pasa? , ¿Piensa que otras personas de tu familia o de la comunidad creen en alguna causa acerca de lo que le pasa a tu hijo/a?
- ¿Conversó sobre esto con alguien?
- ¿Había cuestiones que crees que acrecentaban los problemas de tu hijo/a (EJ: conflictos en la escuela o con amistades, en la familia, económicos, etc.)?
- A veces, hay algunos aspectos de la vida de las personas o de su identidad que pueden hacer que estos problemas se sientan mejor o peores (me refiero a los idiomas que se hablan, la procedencia de la familia, la etnia, el género o la orientación familiar, la religión o fe que profesan). ¿Cuáles son los aspectos más importantes en relación a su hijo o hija?, ¿Piensas que alguno de ellos afecta a su problema?
- ¿Recuerda alguna anécdota o ejemplo en el que se plasme esto que me estabas contando?

- Muchas veces la gente tiene diferentes formas de lidiar con sus problemas... ¿Qué hicieron para ayudarlo a que se sintiese mejor (ustedes como familia, o sus amigos o alguien cercano)?
- En el pasado, ¿de qué maneras han resuelto distintos problemas presentados de malestar emocional en tu país de origen?, ¿Recurrieron a ayudas, consejos, tratamientos, curaciones para ayudar?, ¿De qué tipos eran?, ¿Cómo les resultaron?
- ¿Recurrieron a alguien en busca de ayuda? (líder espiritual, curador, profesional, docente), ¿Qué respuestas encontraron de esta persona?, ¿Les resultó de ayuda?
- ¿Qué tipo de recursos se pusieron en marcha para ayudarlo? (indagar, aquí se plantean algunas alternativas posibles: ¿plantas medicinales?, ¿Sahumar? ¿Realizar Limpiezas?, ¿Refregadas, masajes o fricciones?, ¿manteadas?, ¿Invocar a vírgenes o santos? ¿Velas, inciensos, plegarias?)

Valoración de experiencias en la atención a la salud mental

- ¿Cómo cree que vivió el niño o la niña esta búsqueda de ayuda? , ¿Qué manifestaba al respecto?
- ¿Y Uds. como familia?
- ¿En qué casos consideras que es necesario que esas reciban atención profesional? , ¿De quién requerirían esa ayuda?
- ¿en algún momento hubo una intervención desde el hospital, la salita o desde algún profesional de manera privada o en alguna institución?
- ¿cómo llegaron a esa consulta (de manera espontánea, por derivación de quién)?
- En cuanto a la experiencia... ¿qué fue lo que los llevó allí?, ¿En qué consistió? (entrevistas individuales, familiares, psicológicas, psiquiátricas, trabajo social)
- ¿A partir de esa experiencia incorporaron nuevas ideas acerca de lo que le pasaba al niño o niña/?
- ¿Cómo crees que se sintió tu hijo o hija?, y Uds. como familia?, ¿Por qué?
- ¿Hubo alguna cuestión que dificultara que pudieran recibir la ayuda buscada (como cuestiones vinculadas con lo económico, con compromisos con el trabajo, con la familia, discriminación, falta de servicios que consideraran su lenguaje)?
- ¿Se realizaron algunos estudios a partir de la indicación de algún profesional tratante?

Consideraciones para la atención en salud mental para personas migrantes desde una perspectiva intercultural

- A veces, sucede que las personas que van a la consultas y los profesionales que los atienden no se entiende del todo porque vienen de entornos diferentes y también tienen distintas expectativas en relación a su encuentro... ¿Alguna vez le preocupó esto?, ¿Qué considera que se podría hacer para ayudar a ofrecer la

mejor cuidado posible?

- ¿Sus pautas culturales y creencias fueron respetadas? ¿Hubo desencuentros idiomáticos?, ¿Cómo se resolvieron?
- ¿Qué estrategias o de qué maneras Uds. logran sortear esas dificultades o problemas que se presentan en el encuentro con los profesionales en el hospital o la salita?
- ¿Pudieron resolver ese problema por el que habían consultado?, ¿Cómo cree que lo lograron?
- ¿Cuándo cree que es necesaria la búsqueda de atención por profesionales de la salud mental?
- ¿Qué cuestiones cree que las y los profesionales debieran tener en consideración para atender a personas migrantes en Argentina?, ¿por qué?
- ¿Qué sugerencias, cuidados o recomendaciones quisiera que se pudieran transmitir a las y los profesionales que atienden en salud mental en el país y trabajan con población migrante?

Guía de preguntas para profesionales de la salud mental

Preguntas introductorias

- ¿En qué equipo/servicio/dispositivo/área trabaja?, ¿Cómo está constituido?
- ¿A qué se dedica Ud.?, ¿Hace cuánto tiempo que integra esta institución?, ¿Qué formación tiene en la temática?
- ¿Consulta mucha población de niños o niñas migrantes?, ¿De qué países provienen?, ¿Sabe si estos niños y familias son destinatarios de políticas sociales o si están interviniendo otras instituciones u organizaciones en algún trabajo articulado?
- ¿Cree que hubo modificaciones en cuanto a la cantidad de consultas de niños y niñas migrantes en los últimos años?, ¿Cómo impactan en la atención en los servicios?
- ¿Hay alguien en el equipo que se aboque particularmente al abordaje clínico de niños y niñas migrantes?
- ¿Se han realizado estudios, informes sobre la situación de salud mental de dicha población? ¿Cuáles?
- ¿Se han realizado capacitaciones acerca de la atención desde una perspectiva intercultural?

Motivos de consulta, llegada al dispositivo, participación de otros actores sociales

- ¿Cuáles suelen ser las problemáticas por las que consultan y cómo se manifiestan esas problemáticas?
- ¿Y qué problemáticas suelen desplegar dichos niños y niñas durante el proceso diagnóstico o tratamiento? ¿Son diferentes a las de las personas adultas (de su familia, docente, etc.)?
- A lo largo del tratamiento y con la consolidación de un vínculo de confianza con las familias, ¿escuchó expresiones que se utilizaban en sus países de origen para aludir a las problemáticas por las que consultan (como asustarse, aicarse, recaidarse, sufrir de la matriz)?
- ¿Sabe si la familia acudió a otro tipo de prácticas por fuera del sistema formal de salud?

- ¿A qué cuestiones usted cree que se pueden asociar los sufrimientos psíquicos de niños y niñas migrantes?
- ¿Qué crees que permitiría que esos sufrimientos se aliviaran?
- ¿Cómo llegan los niños y niñas a la consulta con el equipo? (¿derivación escolar, por persona de la propia comunidad, interconsulta con otro profesional de la salud, entrada por guardia o internación, demanda espontánea?)
- Me comentó antes que estas familias llegan a la consulta a través de X... ¿Sabe si las familias acudieron a esa persona ya habiendo identificado la existencia de una situación de sufrimiento en su niño o niña o si fue esa persona quien identificó que esa conducta o esos sentimientos podían entenderse como problemáticos?
- ¿Conoce si los niños, las niñas y sus familias también han empleado otras estrategias o consultado a otras personas para intentar resolver las problemáticas vinculadas a la salud mental?
- ¿Sabe si hay otras personas, por fuera de esta institución, que estén cumpliendo algún rol en el cuidado a esta problemática de salud por la que se consultó? (escuela, Iglesias, organizaciones sociales, grupos de niños y niñas, etc.), ¿qué rol cree que cumplen?

Abordajes

- ¿Qué abordajes se proponen, desde el efector, ante las problemáticas por las que se consulta?
- ¿Qué dispositivos suelen utilizar los equipos tratantes para la atención de estas problemáticas (en tratamiento individual grupal, orientación a padres, centro de día u otro dispositivo utilizado)?, ¿En qué se basa esa decisión?
- ¿Qué orientaciones suelen tener los tratamientos (psicoanalítica, sistémica, cognitivo conductual, etc.)? ¿Depende de cada profesional o es un posicionamiento institucional?
- ¿En la atención a estos niños y niñas, es frecuente la interconsulta con otras especialidades, la derivación o el trabajo articulado con otros/as profesionales? , ¿Con cuáles? , ¿En qué se basa dicha decisión? (psiquiatría, neurología, psicopedagogía, fonoaudiología, TO, trabajadora social, musicoterapia, por ejemplo)
- ¿Cree que hay más internaciones por razones de salud mental en niños y niñas migrantes que en niños y niñas que hubieran nacido en Argentina?

Estrategias, obstáculos, consideraciones

- ¿Considera que hay particularidades en las necesidades de atención de las infancias migrantes y sus familias? , ¿Y en las respuestas o abordajes que se brindan? En ese caso, ¿cuáles son?

- ¿Cómo cree que suelen darse esos encuentros entre los niños o niñas migrantes y los equipos de salud mental? ¿Y con sus familias?
- ¿Me contaría alguna situación clínica concreta que hubiera atravesado usted o una persona del equipo en los últimos años en la atención de un niño o niña migrante de Paraguay, Bolivia, Venezuela, Colombia o Perú, en la que considere que fue un proceso terapéutico que consideras que llegó a buen puerto o que crees que funcionó bien?
- ¿Me contaría alguna situación clínica concreta que hubiera atravesado usted o una persona del equipo en los últimos años en la atención de un niño o niña migrante de Paraguay, Bolivia, Venezuela Colombia o Perú, en la que considere que se presentaron distintos obstáculos que complejizaron e hicieron de barrera para brindar una atención adecuada? Indagar cada una de las dimensiones
- ¿Qué cuestiones considera que debiera tener en cuenta un profesional de SM al brindar atención /cuidado a un niño o niña migrante que proviene de otro país?
- ¿Sabe cómo suelen resolverse estas problemáticas en el país de origen de estos niños o niñas migrantes?
- ¿Hay alguna estrategia que utilice en torno a esta cuestión?
- ¿Hay profesionales de salud mental procedentes de otros países en el equipo?, ¿Cree que esto repercute de algún modo en el trabajo?
- ¿Utilizan alguna estrategia en particular al trabajar con población migrante? (ej.: servicios de asistencia lingüística, personal bilingüe, servicios de intérprete, “intermediarios”)
- ¿Qué efectos considera que tiene el proceso migratorio en los niños y las niñas migrantes con las que trabaja?
- ¿De qué modos cree que se pone o no en juego de la pertenencia nacional en el encuentro que se produce entre profesionales, infancias migrantes y sus familias?
- ¿Sabe si, al interior del equipo, tuvieron alguna situación en la que el niño, la niña o su familia no hablaran el español?, ¿Cómo se trabajó en relación a esto?
- ¿Cómo considera que afecta la cuestión idiomática en los tratamientos?, ¿qué lugar se otorga a las creencias y costumbres culturales y sanitarias de los consultantes?, ¿cómo percibe que esta dimensión atraviesa a los y las profesionales?
- ¿Consideras que la clase social /género que usted tiene y tienen las infancias consultantes migrantes se ponen en juego en el vínculo terapéutico?, ¿Cómo se expresa y qué efectos tendría?
- ¿De qué manera la interculturalidad ocupa un espacio particular, o no, tanto en las reuniones de equipo, como en espacios de formación o en la supervisión?
- ¿Qué herramientas adquiridas durante la formación académica o en servicio facilitan o dificultan la atención a población inmigrante?
- ¿Qué implicancias tiene la diversidad cultural para la práctica psicoterapéutica?

- ¿Hay algún registro sanitario de los pacientes en los que figure la etnia, religión, idioma de los consultantes?
- ¿Cómo evalúas tu práctica y la del efector con esta población?
- ¿Qué herramientas o recursos considerás que se necesitaría para mejorar, si es que fuera necesario, la atención?

Anexo 3. Aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Lanús



PLANILLA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS

Código: RG-01

Versión: 03

Vigente desde: 01/03/2016



FECHA DE EVALUACIÓN: 11 de Marzo de 2016

APELLIDO Y NOMBRE DEL EVALUADOR: Comisión de Ética de la Investigación - Universidad Nacional de Lanús

NOMBRE DEL PROYECTO: Procesos de atención en el campo de la salud mental infantil en contextos de interculturalidad dentro de la Ciudad de Buenos Aires.

APELLIDO Y NOMBRE DEL DOCTORANDO: Lic. Laura Poverene

APELLIDO Y NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA TESIS: Dra. Alejandra Barcala

APELLIDO Y NOMBRE DEL CO-DIRECTOR DE LA TESIS: Dr. Mario Pecheny

OBSERVACIONES GENERALES DEL PROYECTO (conflictos de interés, relación riesgo beneficio, equidad, confidencialidad, veracidad, interés comunitaria):

Sobre la lectura del Plan de investigación mencionado:

- Alude a un tema de interés público.
- El enfoque teórico propuesto es desde una perspectiva comunitaria de salud mental.
- Señala la vacancia teórica de una perspectiva intercultural en la atención de la salud mental.
- Señala que la ausencia de esta perspectiva puede generar efectos iatrogénicos.
- El enfoque metodológico es cualitativo.
- Propone la realización de entrevistas semiestructuradas a personas involucradas en esta problemática.
- Fundamenta la necesidad de preservar aspectos éticos en esta investigación.
- El Formulario de Consentimiento Informado se ajusta a las características esperadas.
- La formación disciplinar de la postulante es óptima.
- La directora está altamente capacitada para desempeñar esta función.

NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO:

SI ☒ NO ☐

PREVÉ CONSENTIMIENTO:

SI ☒ NO ☐



PLANILLA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS

Código: RG-01

Versión: 03

Vigente desde: 01/03/2016



SEGUIMIENTO:

SI ☐ NO ☒

CONCLUSIÓN:

En razón de lo anteriormente expuesto el Plan de Investigación se halla en condiciones de aceptación desde el punto de vista ético.

ACEPTADO:

SI ☒ NO ☐

Anexo 4. Área de Acompañamiento de Refugiados y Migrantes

El Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos es dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Nación. En dicha institución se aborda el trabajo en salud mental desde un enfoque de derechos, enmarcado dentro las políticas de reparación. Dicho Centro se dedica a la atención y el acompañamiento, de manera gratuita, de personas que sufrieron graves violaciones de derechos, tanto durante el periodo de terrorismo de Estado como en contextos democráticos: se ha asistido a personas que fueron víctimas de catástrofes o tragedias y sus familiares directos, a jóvenes sin cuidados parentales y personas refugiadas y migrantes que hubieran atravesado situaciones de violencia institucional.

El Centro Ulloa es un centro que nació para el acompañamiento psicosocial de personas víctimas del terrorismo de Estado (...) y nosotros, desde que iniciamos la gestión, creíamos conveniente que también se abra a otro tipo de víctima y de situaciones de vulnerabilidad. Entonces primero empezó a atender refugiados, solicitantes de asilo y después pasó a casos puntuales de migrantes y Programa Siria (...) es muy interesante porque la verdad que es una pata que desde el Estado no se estaba brindando y que es súper importante. Que no se estaba brindando en forma directa. Sí en los hospitales, iban y demás, pero directa a este colectivo no se estaba dando (Coordinador de la Dirección de Pluralismo e Interculturalidad de Derechos Humanos, Ignacio)

El área “Orientación Psico-Social para Migrantes y Refugiado” (aunque también se ha aludido a la misma con otras denominaciones, tales como “Área de acompañamiento a Refugiados y Migrantes”) estuvo compuesta por un equipo de especialistas en salud mental de diferentes disciplinas que brindaron acompañamiento y asesoramiento a personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiado.

Kevin (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, psicólogo) explicó que el objetivo general de dicho espacio era acompañar a dichas personas que hubieran sido víctimas de violaciones a los derechos humanos, brindando asistencia integral y salud mental, y garantizando el efectivo cumplimiento de derechos. A su vez, planteó que el marco jurídico nacional de referencia del equipo es la Ley Nacional de Salud Mental, la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado y la Ley Nacional de Migraciones.

Las y los profesionales del Centro de Atención no solamente brindaban tratamientos en dichos Centros sino que, además, realizaban actividades con potencial terapéutico (como las Rondas de Bienvenida) en el Centro de Orientación para Migrantes y Refugiados, que otorgaba acompañamiento y asistencia a dichas poblaciones. Dicho espacio inicialmente estaba ubicado en el barrio Constitución de CABA y había sido una iniciativa surgida hacia finales del año 2017 del gobierno de Nación y el de GCABA, enmarcada en el Programa de Apoyo para la Integración Social del Migrante. Allí se prestaba asistencia, asesoramiento sobre trámites migratorios, orientación psicosocial y se impartían cursos o talleres de micro emprendedurismo, clases de español para personas extranjeras, búsqueda de empleo. Además, en dicho espacio se fomentaba el encuentro de distintas colectividades y se promovía la inclusión a partir de actividades deportivas y culturales (OIM, 2019). Complementariamente, desde el Centro se llevaban a cabo derivaciones a efectores públicos para el seguimiento de situaciones problemáticas.

En la actualidad, aquél espacio se denomina “Centro de integración para personas migrantes y refugiadas” y funciona en algunos de los grandes conglomerados urbanos con un mayor porcentaje de población migrante (como CABA, La Plata y Rosario) con el fin de promover la integración social y facilitar la regularización migratoria. En CABA, está ubicado el Barrio Balvanera, donde se brinda asesoramiento jurídico e información respecto a Certificaciones, RADEX, Radicaciones, accesos a derechos (salud, seguridad social y educación) así como se acompaña a quienes hubieran identificado la vulneración de sus derechos

A su vez, el Área de Acompañamiento de Refugiados y Migrantes llevó a cabo capacitaciones sobre salud mental, migración y derechos humanos tanto a funcionarios públicos, profesionales como personas voluntarias de distintas provincias del país y realizó dos Jornadas sobre Salud Mental, Migración y Derechos Humanos –la segunda de ellas, en Mayo de 2019, fue organizada por el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos, por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, OIM y ACNUR– así como otras capacitaciones sobre salud mental, migración y derechos humanos a funcionarios públicos y voluntarios de distintas provincias del país (ACNUR, 2019; OIM, 2019).

Asimismo, quien fue el coordinador de dicho espacio refirió que también desarrollaron jornadas de formación para profesionales de psicología con nacionalidad venezolana en Argentina, en conjunto con la OIM, y que brindaron múltiples formaciones *“para concientizar, sensibilizar y capacitar a agentes públicos, personas de la sociedad, del sistema, de las organizaciones de la sociedad civil, la comunidad en general, respecto a los derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas”* (Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, Kevin, psicólogo). A finales del año 2019 se llevó a cabo un Ciclo de Encuentros y Mesas de Trabajo sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Migrantes en Argentina, actividades orientadas a profesionales de la organización de la sociedad civil *“Alianza por Venezuela”*.

En 2020, con el cambio de gobierno, se discontinuó la implementación del dispositivo para la atención en salud mental a personas migrantes y refugiadas, incluyendo niñas, niños y adolescentes, en dicho Centro. El Área había sido destacada como una “buena práctica” para el acceso al derecho a la salud de las personas migrantes (OIM, 2019) y también había sido reconocida como una iniciativa que contaba con articulación sectorial y promovía espacios de encuentro que potenciaban condiciones dignas y ayuda para que las personas conocieran sus derechos según el “Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina” (OIM, 2021).

Pese a que aquel dispositivo no se encuentra en funcionamiento en la actualidad y que no se había consolidado dentro del Centro Ulloa en términos de institucionalidad, dicho Centro ha aclarado que se permite el acceso de personas migrantes y refugiadas a la asistencia integral en materia de salud mental que

brinda la institución. También ha señalado la creación de una Dirección Nacional de Equidad Racial, Personas Migrantes y Refugiadas –dentro del ámbito de Secretaría de Derechos Humanos– en 2021. La misma se propone implementar políticas públicas federales para la *“promoción de los derechos humanos y la integración de las poblaciones afro argentinas, afrodescendientes, africanas, refugiadx, migrantes y comunidad rom, fomentando la valoración y visibilización de sus aportes étnico-culturales a la identidad nacional”*.

*“Todo centro tiene miedo de lo que parece ser su periferia.
En los bordes laterales de los ojos
habitan todas las cosas
que decidimos no mirar
y que nos hablan a raudales
(...)
Abrir los ojos es, en cierto modo,
pedirle perdón a todo aquello
que alguna vez hemos ignorado”*

Carlos Skliar, 2012: 153