

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



UGR Universidad
del Gran Rosario

Semestral / Vol. 2 / Núm. 1 / marzo 2023

1

ISSN: 2796-986X



Mariana Buchin - "Un toro y siete vaquitas"
Técnica collagraph

Perspectivas teóricas metodológicas para el abordaje de problemas vinculados a la migración de mujeres con sufrimiento mental a través de la autoatención

Methodological Theoretical Perspectives for Addressing Problems Related to the Migration of Women with Mental Suffering Through Self-Care

Autor

José Luis Aguirre - jlaguirre65@gmail.com -
Psicólogo. Doctor en Salud Colectiva. Rector de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 07/07/2022

ACEPTADO 06/09/2022

Resumen

Este trabajo es parte de una Tesis Doctoral finalizada en 2019 en el marco del Doctorado de Salud Colectiva del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. El trabajo tiene el objetivo de exponer las herramientas teóricas metodológicas con las que fue abordada la pesquisa de los principales sufrimientos mentales de un grupo de mujeres migrantes y presentar las estrategias de autoatención utilizadas para afrontar, tratar, aliviar y prevenir dichos sufrimientos. Para llevar adelante este estudio, planteamos una metodología de corte etnográfico, en una población migrante, proveniente de diferentes lugares, en la ciudad de Venado Tuerto, al sur de la provincia de Santa Fe, Argentina. El trabajo de campo se realizó entre enero de 2014 y junio de 2015. Trabajamos en la observación e indagación, a través de entrevistas en profundidad con seis mujeres de reciente migración, con las actividades de autoatención de los sufrimientos psicosociales y mentales autopercebidos por ellas. Realizamos entrevistas a parte del equipo del centro de salud que atiende a estas mujeres, y se indagaron las representaciones y prácticas de los/as agentes de salud del barrio. El trabajo revela que los principales problemas relacionados con el sufrimiento mental de las mujeres están íntimamente vinculados, por una parte, con la violencia de género, tanto físi-

ca como psicológica, ejercida por sus parejas masculinas y, por otra, con las situaciones de desarraigo producidas por la migración. Estas relaciones y situaciones se desarrollan en un escenario social de pobreza y marginación. Con este estudio quisimos demostrar que existe una variedad de estrategias de autoatención utilizadas por las mujeres migrantes en relación con los sufrimientos psicosociales y mentales. Algunas de ellas son: expresar a través del llanto y la angustia el sufrimiento mental; rezar y encomendarse a una entidad trascendente con la esperanza de protección y cuidado; participar de organizaciones religiosas a los fines de restablecer lazos sociales amistosos, contenedores y que den un sentido no vinculado al sufrimiento; ayudar a otras mujeres; estudiar y/o trabajar como forma de conectarse con otras dimensiones; enfermarse; y enunciar o hacer público el maltrato. Las estrategias de autoatención son construidas por la población a partir de sus propios saberes y experiencias articuladas con saberes biomédicos y alternativos presentes en las comunidades y, en la práctica, constituyen el primer nivel de atención real y el más utilizado por los sujetos y los microgrupos.

Palabras clave

- Migración
- Autoatención
- Violencia de género
- Salud mental
- Argentina

Summary

This work is part of a Doctoral Thesis completed in 2019 within the framework of the Collective Health Doctorate of the Collective Health Institute of the National University of Lanús. The objective of this work is to expose the methodological theoretical tools with which the investigation of the main mental sufferings of a group of migrant women were approached and to present the self-care strategies used to face, treat, alleviate and prevent said sufferings.

To carry out this study, we propose an ethnographic methodology, in a migrant population from different places in the city of Venado Tuerto, south of the province of Santa Fe (Argentina). The field work was carried out between January 2014 and June 2015. We work on observation and inquiry, through in-depth interviews with six women of recent migration, with self-care activities of psychosocial and mental suffering perceived by them. We conducted interviews with the health center team that attends to these women, and their presentations and practices of the neighborhood health agents were investigated. The work reveals that the main problems related to the mental suffering of women are intimately linked, on the one hand, with gender violence, both physical and psychological, exerted by their male partners and, on the other, with uprooting situations caused by migration. These relationships and situations are developed in a social scenario of poverty and marginalization. With this study we want to demonstrate that there is a variety of self-care strategies used by migrant women in relation to psychosocial and mental suffering. Some of them are: expressing mental suffering through tears and anguish; pray and

entrust themselves to a transcendent entity with the hope of protection and care; participate in religious organizations in order to reestablish friendly social ties, containers and give a meaning not linked to suffering; help other women; study and work as a way to connect with other dimensions; to get sick; and state or make public the abuse. These self-care strategies are constructed by the population from their own knowledge and experiences articulated with biomedical and alternative knowledge present in the communities and, in practice, constitute the first level of real care most used by the subjects and the microgroups.

Keywords

- Migration
- Self-care
- Gender violence
- Mental health
- Argentina

Perspectivas teóricas

En nuestro estudio sobre el problema de la autoatención del sufrimiento mental por parte de las mujeres migrantes hemos tomado seis enfoques teóricos –y a su vez metodológicos– que, a nuestro entender, pueden acercarnos a la comprensión del problema anterior, a saber: a)

una perspectiva sobre la construcción de la subjetividad basada en las conceptualizaciones de Gilles Deleuze y Félix Guattari sobre las máquinas sociales subjetivantes del capitalismo mundial integrado, y sobre los efectos de esa subjetivación en el campo de la salud mental y el sufrimiento mental; b) una perspectiva teórica de la construcción del género y sus diversas capturas y sometimientos por parte del sistema patriarcal de producción y organización social; c) algunas ideas freudianas sobre la formación, desarrollo y funcionamiento del dolor en el aparato anímico y en los sujetos a través de algunos fenómenos psíquicos como el duelo, la melancolía, la inhibición y la angustia; d) la conceptualización sobre las estrategias de autoatención que utilizan las mujeres migrantes para afrontar el sufrimiento mental, a partir del modelo planteado por Eduardo Menéndez; e) el carácter sociohistórico del proceso salud-enfermedad-atención-prevención; f) el enfoque relacional y los modelos de atención, también de Eduardo Menéndez.

Producción de subjetividad y sufrimiento mental

En relación con nuestra reflexión sobre la construcción de la subjetividad, en el caso de las mujeres migrantes, vamos a referirnos a una perspectiva teórica que presenta Gerda Lerner (1990), donde se plantea que el patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso comenzado hace, por lo menos, 2.500 años. Lerner plantea que la primera forma del patriarcado apareció en el estado arcaico, cuya unidad básica de organización fue la familia patriarcal, que expresaba y generaba constantemente sus normas y valores para

todos sus miembros. En la familia patriarcal, las funciones que se consideraban apropiadas a cada sexo venían expresadas en los valores, las costumbres, las leyes, los papeles sociales y en las principales metáforas que sirvieron para explicar el mundo que habitaban y las relaciones de dominación naturalizadas.

Lerner también plantea que, durante casi cuatro mil años, las mujeres han desarrollado sus vidas y han actuado a la sombra del patriarcado, concretamente de una forma de patriarcado que podría definirse mejor como dominación paternalista. La dominación paternalista es la relación entre un grupo dominante, al que se considera superior, y un grupo subordinado, al que se considera inferior, en la que la dominación queda mitigada por las obligaciones mutuas y los deberes recíprocos (Lerner, 1990). En el caso que nos ocupa, el dominado cambia sumisión por protección; trabajo no remunerado por manutención. Según Lerner, las mujeres han participado durante milenios en el proceso de su propia subordinación porque se las ha moldeado psicológicamente para que interioricen la idea de su propia inferioridad. Para ello, la ignorancia de su historia de luchas y logros ha sido una de las principales formas de mantenerlas subordinadas. La estrecha conexión de las mujeres con las estructuras familiares hizo que cualquier intento de solidaridad femenina y cohesión de grupo resultara extremadamente problemático. Toda mujer estaba vinculada a los parientes masculinos de su familia de origen a través de unos lazos que conllevaban obligaciones específicas. Su adoctrinamiento, desde la primera infancia en adelante, subrayaba sus obligaciones no solo de hacer una contribución económica a sus parientes y allegados, sino también de aceptar un compañero para casarse de forma acorde con los intereses familiares. Otra manera de explicarlo es decir que el control sexual de la mujer estaba

ligado a la protección paternalista y que, en las diferentes etapas de su vida, ella cambiaba de protectores masculinos sin superar nunca la etapa infantil de estar subordinada y protegida.

Esa conceptualización es muy importante para este trabajo, ya que nos permite acercarnos a los acontecimientos, historias y sufrimientos de las mujeres entrevistadas desde una perspectiva teórica que echa luz sobre la construcción sociohistórica de su sometimiento. El sometimiento y la explotación, producto de tantos sufrimientos para las mujeres, son construidos en el cuerpo y el alma de generaciones de otras mujeres en la historia y la conflictiva social, tanto de Oriente como de Occidente. Comprender esa construcción social e histórica es comprender los modos de sufrimientos mentales y psicosociales y las formas en que las mujeres los sobrellevan en su vida cotidiana.

Desde otra perspectiva, y con la mirada puesta en el modo de producción capitalista, Deleuze y Guattari (1988) definen la subjetividad como el conjunto de condiciones por las que instancias individuales y/o colectivas son capaces de emerger como territorios existenciales *sui referencial*, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad a su vez subjetiva. La subjetividad no se fabrica solo a través de los estadios psicogenéticos, como lo plantea el psicoanálisis, o de otras psicologías y sociologías, sino también en las grandes máquinas sociales, massmediáticas o lingüísticas. De una manera general, cada grupo y cada individuo vehiculiza su propio sistema de modelización de la subjetividad, hecho de puntos de referencias cognitivas, míticas, rituales, sintomatológicas, a partir de los cuales cada sujeto se relaciona con sus afectos, angustias, dolor, e intenta gestionar sus inhibiciones y pulsiones.

Todo lo que es producido por la subjetivación capitalística llega por el lenguaje, por la familia y por los equipamientos que nos rodean. No es

solo una cuestión de ideas o de significaciones por medio de enunciados significantes. No se reducen a modelos de identidad, identificaciones familiaristas maternas, paternas. Se trata más bien de sistemas de conexión directa entre las grandes máquinas productivas –sistemas de producción, sistemas educativos, sistemas familiares, sistemas de salud, económicos, de relaciones de clases, religiosos–, las grandes máquinas de control social y las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo. Guattari y Rolnik (2013) conceptualizan a la gran máquina subjetivante como capitalismo mundial integrado (CMI) y le asignan la tarea de no solo producir poder para controlar las relaciones sociales y las relaciones de poder, sino que también produce una subjetividad que se constituye como la materia prima de toda y cualquier producción. Esta subjetividad está caracterizada fundamentalmente por sus aspectos –gestos, lenguajes, modos de ser, de percibir– capturados por el orden hegemónico capitalista que produce alienaciones y por su potencia de irrupción para quebrar ese orden imperante, lo que es denominado como esquizia del sujeto.

De esta manera, por ejemplo, cuando un imperio o potencia mundial quiere instalar sus posibilidades de expansión económica en el Tercer Mundo, comienza primero a trabajar procesos de subjetivación. Para nuestro caso, sin el proceso de subjetivación en la hegemonía del hombre sobre la mujer, muchos de los padecimientos de nuestras entrevistadas no se darían de la forma en que se dan. Ellas no se someterían de la forma en que lo hacen a la explotación laboral dentro y fuera del hogar, a la violencia de sus parejas, a una posición de sumisión con respecto a ellos. Sin este trabajo previo a las fuerzas productivas y a las de consumo, sin un trabajo sobre todos los medios de semiotización económica, comercial, industrial, las realidades sociales locales no

podrían ser controladas. El orden capitalístico es proyectado en la realidad del mundo y en la realidad psíquica. Incide en los esquemas de conducta, de acción, de gestualidad, de pensamiento, de sentido, de afecto, entre otros, y en los montajes de la percepción, de la memorización y en la modelización de las instancias intrasubjetivas.

Este orden, además, produce los modos de las relaciones humanas hasta en sus propias representaciones inconscientes, los modos en los cuales las personas trabajan, son educadas, aman, hablan. Fabrica, también, la relación con la producción, con la naturaleza, con los hechos, con el movimiento, con el cuerpo, con la alimentación, con el presente, con el pasado y con el futuro; fabrica la relación del hombre y la mujer con el mundo y consigo mismo/a. La máquina subjetivante produce explotación, alienación, enfermedad, locura y muerte. No menos cierto es que a partir de las máquinas subjetivantes se dan, también, procesos de singularización. Esto es, procesos que logran desalienar a los sujetos y a los grupos de las determinaciones subjetivantes hegemónicas y se reapropian de territorios existenciales más dignos a su libertad y dignidad. Se da cuando los sujetos y los grupos captan la situación de explotación o enfermedad, cuando construyen sus propios tipos de referencias prácticas y teóricas, cuando pueden permanecer a una cierta distancia de las dependencias que impone el poder global. El proceso de singularización es algo que frustra los mecanismos de incorporación de los valores capitalísticos. Es algo que puede conducir a la afirmación de valores en un registro particular, independientemente de las escalas de valores que nos cercan y acechan por todos los costados de la organización social. A partir del momento en el que los grupos adquieren esa libertad de vivir sus propios procesos, pasan a tener capacidad para leer su propia situación y aquello que pasa en torno a ellos. Esa capacidad es

la que les va a dar una posibilidad de creación, autonomía y salud. Esto lo hemos observado y escuchado en nuestras entrevistadas. Educadas y preformadas en los valores familiares patriarcales, hijas, madres, hermanas y abuelas pobres, explotadas, violentadas por un orden despótico y segregador al que, sin embargo, muchas veces justifican. Allí es donde precisamente muestran las marcas de la subjetivación de la máquina capitalística. Se trata de mujeres que han ocupado un lugar en la sociedad asignado por el poder hegemónico de los hombres en el exterior de la sociedad, pero que también han interiorizado en sus almas ese lugar de explotación. Precisamente ese lugar de explotación las ha llevado a puntos existenciales donde lo que se juega es la propia vida, y entonces toman decisiones definitivas en algunos casos, o paulatinas y parciales en otros, que las ayudan a desprenderse de esas posiciones de explotación y ganar autonomía, libertad y dignidad. También se observa en ellas que este proceso de singularización no es continuo ni permanente, sino que es parcial, segmentado y muchas veces es abortado por la violencia de los poderes macro y microsociales. Hasta aquí hemos presentado lo que consideramos el eje central de los procesos de subjetivación en los sujetos y los grupos, sus posibles implicancias en la producción de modos de estar y hacer en el mundo, lo que, por supuesto, conlleva a percibir y afrontar el sufrimiento mental que producen esos encuentros con el mundo, es decir, con los/as otros/as.

Sobre el sufrimiento mental

Dicho lo anterior, vamos a explicitar qué entendemos por sufrimiento

mental, ahora desde una perspectiva psicoanalítica más centrada en los síntomas específicos que aparecen en el cuerpo y en el psiquismo. En este sentido, el sufrimiento mental se refiere a aquellas expresiones sintomáticas que, en el límite de lo somático, producen afectaciones dolorosas, reales o imaginarias, en el cuerpo de los sujetos y/o en sus tramas relacionales, a nivel individual y/o colectivo.

En la teoría psicoanalítica, se plantea que, en relación con el dolor, la melancolía es como una suerte de recogimiento dentro de lo psíquico, que tiene un efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación (Freud, 1996c). El dolor proviene de la soltura de estas asociaciones: “como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto de una herida, análogamente al dolor (...) en la melancolía el agujero está en lo psíquico” (Freud, 1996c: 246-247). El autor retoma tal desarrollo en “Duelo y Melancolía”, al afirmar que “el complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura (que en las neurosis de transferencia hemos llamado ‘contrainvestidura’) y vacía al yo hasta el empobrecimiento total” (1996b: 250). La melancolía, planteada en términos de una herida abierta que encarna el dolor en un agujero en lo psíquico, se diferencia del duelo, pues mientras en este último la pérdida se da a nivel del objeto, en la melancolía atañe a la estructura del yo. Por la herida abierta se dispersa la libido, se vacía el yo. En *Más allá del principio de placer*, Freud propone:

Llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. El dolor es, por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto (2004: 2521).

Rosalba, una de nuestras entrevistadas, luego de los acontecimientos en Villa Soldati, entra en un estado de melancolía que la arroja a la depresión y al intento de suicidio. Lo mismo sucede cuando su marido le pega sistemáticamente, y ella no encuentra salida a la situación. Rosa, otra entrevistada, se ve llevada a esa situación de violencia extrema. En un primer momento, hasta que puede reaccionar, queda detenida en la tristeza y la inacción. El caso de Carmen puede ser pensado desde esta perspectiva: cómo lo traumático, el dolor, es una herida por donde el sujeto se vacía y es arrojado a la depresión y a las ideas de muerte.

Tal como lo plantea Duche Pérez (2012), para Freud la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu. Más bien, el proceso de comprensión de la muerte (o pulsión de muerte) es crucial para comprender por qué la muerte solo es pensable cuando se hace visible en primera persona. En su texto “De guerra y muerte. Temas de actualidad”, Freud sostiene que, mientras que la muerte nos es ajena, el sentido de inmortalidad nos permite entender que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal ya que “...nuestro inconsciente (...) no conoce absolutamente nada negativo (...) y por consiguiente tampoco conoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita a la creencia en la muerte” (1996a: 297-298).

En el caso de Cristina, otra de las mujeres entrevistadas, podemos encontrar cómo la muerte de sus familiares en su infancia construye un modo de sufrimiento particular que gira en el desamparo y la angustia permanente.

Emiliano Galende (1983) plantea una idea que, a nuestro entender, sintetiza nuestra exposición de las ideas de Deleuze, Guattari y Freud: “toda sociedad nos plantea una subjetividad situada en su tiempo histó-

rico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental” (1983: 82). La afirmación de una modalidad histórica de producción de valores de salud mental y, por lo tanto, de la definición de enfermedad, no debe entenderse en el sentido de un relativismo cultural. Se trata de mostrar que el daño mental solo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego. Desde Freud sabemos que el sujeto normal, aquel capaz de actuar y transformar la realidad displacentera, es un logro posible del hombre y la mujer, no un dato espontáneo del desarrollo humano.

Modelos de atención de los padecimientos: el caso de la autoatención

De acuerdo con nuestro razonamiento anterior sobre el proceso salud-enfermedad-atención-prevención (PSEAP) y la constitución del sufrimiento mental, plantearemos que los sujetos y los grupos utilizan todos los recursos disponibles a su alcance para aliviar, erradicar, controlar y evadir el sufrimiento. Estos recursos son saberes y prácticas que están presentes en el espacio social de esos sujetos y grupos. En este trabajo, acudimos a la perspectiva de la antropología sociocultural, que aborda los aspectos que nos interesan del PSEAP. En este sentido, Eduardo Menéndez (2003) desarrolló una serie de conceptos que tomaremos como referencia para nuestro desarrollo teórico.

El autor plantea que existen diversas formas de atención de los padecimientos, incluidas las establecidas e institucionalizadas por la biomedicina, y que los grupos poblacionales hacen uso de ellas para detectar,

diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos ocasionados por el desgaste que produce el sistema de producción y reproducción social. Las formas de atención de la enfermedad están generadas por las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas de dicha población y crean modalidades, en general, antagónicas, diferenciales y complementarias con la atención biomédica. Se plantea, de esta manera, un pluralismo médico por parte de la población, aun contra la resistencia o no de los/as diferentes curadores/as profesionales que pretenden detentar una cierta hegemonía sobre las demás modalidades de atención.

Existen varios factores que operan sobre el pluralismo médico, a saber, la expansión de la biomedicina, incluida la formidable y global tecnología de la industria química farmacológica, las migraciones nacionales e internacionales, la globalización de los medios masivos de comunicación, las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales y los niveles educativos formales. Estos, y otros factores, posibilitan que, ante la aparición de las enfermedades, padecimientos y sufrimientos, los sujetos y los grupos utilicen las diferentes formas de atención que operan en su contexto y a las que tienen acceso. A nivel general, reconocemos las siguientes formas de atención: atención biomédica, atención de tipo popular y tradicional (curanderos/as, brujos/as, curas sanadores, entre otros), atención alternativa o *new age*, atención que proviene de otras tradiciones culturales (ayurvédicas, acupuntura, reiki), y atención centrada en la autoatención (que incluye los grupos de autoayuda). Ahora bien, estas formas tienen una utilización diferencial a nivel profesional y poblacional. Entre los/as profesionales aparecen tensiones por la lucha en pos de una hegemonía, principalmente desde la biomedicina. Si existe alguna utilización de otras formas de atención, la

biomedicina las incorpora en una situación subalterna de complemento o suplemento de su *praxis*.

En cambio, a nivel de la población, grupos y sujetos, la utilización está articulada en forma más horizontal y tolerante, ya que se busca la resolución eficaz del sufrimiento más allá de qué modalidad de atención se utilice. En este nivel, la utilización de los diferentes saberes y prácticas es más dinámica y articulada que en el nivel profesional. La diferenciación en la utilización está dada principalmente por los objetivos específicos que buscan ambos: por parte de la corporación médica, expandir el proceso de medicalización en la sociedad en pos de mercantilizar todas sus actividades; por parte de la población, aliviar su sufrimiento. En el sector de los/as curadores/as que no pertenecen a la biomedicina, se observa la utilización de prácticas y elementos de este campo como, por ejemplo, medicamentos. Esto se debe a la búsqueda de una mayor eficacia en la tarea curativa y a la disposición de la información biomédica que los programas de atención primaria de la salud y las fuentes de información de los medios masivos de comunicación ofrecen en todos los sectores de la sociedad.

En síntesis, la biomedicina y las otras formas de atención enumeradas pretenden una legitimación social exclusiva de sus saberes y prácticas que les permita excluir las demás formas, para así lograr una hegemonía en la capacidad de resolver los problemas de salud. La población, los grupos y los sujetos utilizan de manera compleja, articulada y dinámica todas las formas de atención que puedan solucionar eficazmente su sufrimiento. Esto último se constituye en un aspecto central. Es decir, la producción de síntesis, articulación y entramado de diferentes formas de atención que se convierten en una modalidad de autoatención.

Precisamente, con base en lo mencionado es que planteamos la autoa-

tención. Es el recurso que primero (y más) se utiliza. Es aquella forma de detectar, diagnosticar y decidir qué tipo de tratamiento se le dará al sufrimiento sin la intervención directa de curadores/as. La autoatención es la forma más frecuente y constante de atención entre la población y es el principal articulador práctico de las diferentes formas de atención. Menéndez la conceptualiza como:

profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y (...) las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa (2003: 198).

La autoatención puede ser considerada en dos niveles: general y restringido. El primero se relaciona con la reproducción biosocial de los grupos y los sujetos a escalas más familiares en el devenir de la vida cotidiana, en el marco de las determinaciones impuestas por las costumbres y tradiciones del medio sociocultural donde habitan. Se incluyen todas las actividades de

mantenimiento y reproducción de la vida cotidiana, como la alimentación, la obtención y adecuación del agua para el consumo, el aseo, el esparcimiento, los cuidados del medioambiente cercano y del propio cuerpo, la preparación de los rituales de cuidados de los/as enfermos/as crónicos/as, terminales y de la misma muerte, de los duelos por las pérdidas y de la recuperación y rehabilitación de las capacidades, funciones y lazos sociales perdidos. Es un nivel predominantemente grupal donde están incluidos los grupos familiares, escolares, de trabajo, de diversión, amistad y religiosos. En cambio, el nivel restringido se acota en las representaciones y prácticas que intervienen intencionalmente en el PSEAP a nivel individual. Nos interesa analizar este nivel, teniendo en cuenta que, entre ambos niveles, no está clara la delimitación, porque el primer nivel produce marcos de conductas, pautas y determinaciones en las acciones de autoatención del nivel individual.

Una práctica muy frecuente de autoatención es la automedicación, entendida como todas las actividades que se relacionan con la administración, hacia sí mismo/a o hacia otros/as, de sustancias químicas naturales o industrializadas, legales o no, sin la intervención profesional de los/as curadores/as (biomédicos/as, alternativos/as, tradicionales y otros/as) que buscan aliviar, atenuar o eliminar el sufrimiento y/o producir estados de placer, concentración mental, mayor rendimiento físico o éxtasis emocional o espiritual (Menéndez, 2003).

Otro concepto vinculado a la autoatención, y muy utilizado, es el de autocuidado. Se refiere a las actividades que se llevan a cabo para prevenir enfermedades y para promover situaciones de salud más alejadas de la enfermedad. Es un concepto muy vinculado al de estilos de vida y, por lo tanto, contiene un sesgo marcadamente individualista, porque se responsabiliza a los sujetos de sus cuidados. La automedicación y el autocuidado están incluidos dentro del concepto integrador y amplio de autoatención. La diferencia

radica en que la autoatención remite siempre a un grupo social, mientras que el concepto de autocuidado remite al individuo. La autoatención es un proceso estructural, constante y en permanente cambio. Menéndez sostendrá que:

el carácter estructural de la autoatención deviene de algunos hechos básicos, e implica que aquélla se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial. Todo pequeño grupo, en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padecimientos, daños y/o problemas que afectan a la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden hallar solución o por lo menos alivio mediante las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos *padecimientos siempre han existido* enfermedades crónicas que, para que no se traduzcan en muerte prematura, requieren que el sujeto y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que, sobre todo para algunos padecimientos, la autoatención resulta decisiva para la supervivencia y/o la calidad de vida del sujeto enfermo (2003: 200, énfasis original).

El carácter central de la autoatención en los grupos y sujetos está dado por la frecuencia de las enfermedades y padecimientos que deben soportar durante el transcurso de su vida. Además, debemos agregarle la exigencia social para cumplir con determinados estándares estéticos y de estilos de vida que son interiorizados y actuados por los grupos y sujetos, con el objetivo de ser incluidos y aceptados por los/as otros/as.

Esta exigencia conduce a la aplicación, sobre sí mismo/a y sobre los/as demás, de prácticas y representaciones en torno a la salud física y emocional que antes estaban por fuera del campo de las intervenciones de la salud. Un ejemplo es someterse a psicoterapias por sufrimientos que, en otros períodos históricos, se resolvían en situaciones de participación social. En esta línea contamos con los ya famosos síndromes de desatención en niños/as que asisten a las escuelas, donde la dificultad organizacional de la institución no puede contener ni captar una atención infantil, a menos que estén medicados/as para evitar o atenuar el movimiento físico (Conrad, 1987). Otro fenómeno muy extendido es el de las cirugías estéticas y las dietas para adelgazar, donde la principal motivación está puesta en la preocupación por la imagen.

La autoatención es la primera medida que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento. Luego, aparecen medidas de tratamiento en las que pueden o no intervenir curadores/as; se puede tratar de evitar una consulta o simplemente no realizar ninguna acción sobre el padecimiento y confiar al paso del tiempo la solución. Las tres maneras mencionadas de asumir el sufrimiento son partes inescindibles de la autoatención. Queremos remarcar que el hecho de tomar la decisión de no efectivizar ninguna intervención es una modalidad de la autoatención. En este sentido, lo que llamamos la carrera del/a enfermo/a es el recorrido y la dinámica relacional que se da en un sujeto o un grupo en pos de aliviar su padecer. En el recorrido, los sujetos y grupos se articulan entre sí con los diferentes saberes que están en el espacio social. Por esta razón, la autoatención es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento, sino el producto de un entramado de múltiples determinaciones socioculturales. Como ya dijimos, la estrategia de autoatención es la primera intervención y la más frecuente, porque es la más

ción es la primera intervención y la más frecuente, porque es la más accesible, en términos económicos, de tiempo y de disponibilidad cultural. Existe un saber acumulado que se pone en práctica al momento en que aparece el sufrimiento y que tiene diversas fuentes, en general no conocidas, que se aplican sin tener en consideración su origen. Por otra parte, la biomedicina hace que los sujetos continúen el proceso de curación sin su intervención directa, al vigilar la evolución de la enfermedad, al poner atención en los síntomas y la variabilidad en su intensidad, al tomar los medicamentos con una cierta regularidad, para prevenir y potenciar conductas en pos de evitar y aliviar el sufrimiento. Este es un proceso contradictorio. Produce una aprehensión de saberes y prácticas que se suman a las que ya se tenían y constituyen espacios de mayor autonomía e independencia de los/as curadores/as. Vale aclarar que el proceso de independencia nunca se logra totalmente, pero sí complejiza la relación entre curadores/as y enfermos/as. A medida que aumenta la autonomía del/la padeciente para autoatenderse, se profundiza su dependencia de un saber que le suministra cada vez más información para problemas que antes no tenía, y que ahora son definidos como enfermedades. Llamamos medicalización a este proceso de subordinación progresiva de problemas sociales al dominio biomédico (Illich, 1975).

En el caso de la medicación psiquiátrica es muy evidente. El consumo de clonazepam está muy extendido en todos los grupos, cualquiera sea su pertenencia social, en la mayoría de los casos sin prescripción médica. Por supuesto, fue introducido en las prácticas de automedicación por la biomedicina, con sus regularidades y dosis, que luego se automatizaron en los sujetos a partir de sus necesidades de alivio del sufrimiento mental. Lo interesante del fenómeno es que la industria farmacéutica ha ampliado su campo y quienes indican sus productos

para el consumo ya no son solo médicos/as. En la actualidad, los/as pacientes difunden, indican y consumen la mercancía llamada medicamento. Cabe aclarar, también, que una prescripción de medicamentos por parte de la biomedicina no necesariamente aliviará el sufrimiento. Por su rasgo científico, producirá un efecto sin duda sugestivo de gran potencia, ya que la indicación viene dada por un sujeto social al que el resto le ha supuesto un saber-poder de curar.

Vemos cotidianamente cómo la biomedicina valora y estimula prácticas de autoatención relacionadas con el autocuidado y con los estilos de vida que considera saludables, pero, por otro lado, condena otras prácticas en general vinculadas con la automedicación. Es una conducta contradictoria ya que, en ambos casos, la principal fuente de estímulo y difusión del autocuidado y la automedicación remite a la biomedicina. Si profundizamos en el análisis de esa contradicción, encontraremos razones de mercado, de hegemonías en el saber-poder, que tienen como objetivo la gobernabilidad de las poblaciones por parte de la razón médica como dispositivo de disciplinamiento sistémico capitalista. En este sentido, Menéndez propone que:

el proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que procesos de autoatención, cuestionados durante un tiempo, ahora son aceptados como comportamientos “naturales”. ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso es parte de un proceso de apropiación ya olvidado. Sin embargo, actualmente otras apropiaciones

tecnológicas por los sujetos y grupos son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica (2003: 204).

Menéndez, a su vez, en relación con el modo en que se transmite el conocimiento sobre la autoatención plantea que:

el proceso de autoatención deja patente no sólo que la gente se apropia y aprende, sino que el sistema de salud, el personal de salud y el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los sujetos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico/paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el tiempo en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial (2003: 205).

En función de todas estas consideraciones, planteamos que la autoatención no es una acción aislada y autónoma de los sujetos y grupos sociales, sino que se trata de un proceso relacional entre las variadas formas de atención de la salud presentes en lo social. En la trayectoria de la carrera del/la enfermo/a se articulan las diferentes formas de atención, y se tienen en cuenta las características de cada grupo y de cada forma de sufrimiento.

Consideramos que la autoatención es la dimensión más significativa del PSEAP, en especial, en el caso de los sufrimientos mentales que padecen las mujeres migrantes estudiadas. La autoatención les permite convivir con distintos grados de malestar, diversos grados de eficacia, con el sufrimiento mental que producen las condiciones de vida y el sistema

de relaciones sociales que poseen. Les permite sobrevivir y vivir con la violencia, la pobreza y el padecimiento mental. Las estrategias de autoatención son las que sostienen la vida cotidiana en condiciones difíciles para ellas y sus familias, principalmente sus hijos/as. Todas ellas las han implementado y han podido armar redes sociales de contención para ellas y para otras mujeres en condiciones similares a las suyas. Las estrategias identificadas de autoatención están generalizadas en la población indagada y son altamente frecuentes ya que, a pesar de que el sistema de salud pública está presente en los barrios, los procesos de atención no siempre son efectivos para aliviar el sufrimiento mental. Podemos afirmar, por nuestra experiencia en la gestión de esos procesos de atención, que las respuestas del sistema de salud al padecimiento mental están a la zaga de la eficacia de la autoatención practicada por estas mujeres. Se observa la potencia reconstitutiva de la salud por parte de las instituciones barriales –iglesias, clubes, asociaciones, entre otras–, ya que logran anudar intereses comunes de sujetos que padecen situaciones similares y logran articular estrategias de cuidados y contención grupales para sus sufrimientos físicos o mentales.

Proceso de salud-enfermedad-atención-prevención

En este apartado desarrollaremos el concepto de PSEAP desde perspectivas socioantropológicas que se plantearon a partir de la década de 1960 y que lo consideran como un proceso más complejo que su mera determinación biológica. Si bien las perspectivas materialistas y fenomenológicas no están exentas de dificultades para su articulación (García, 1983), consideramos que son las más adecuadas para reflexio-

nar sobre nuestra población de estudio, ya que nos permiten un análisis más profundo y complejo de las determinaciones de sus sufrimientos y de las estrategias para afrontarlos por medio de la autoatención. Nuestra idea rectora es que la enfermedad y las formas en que las sociedades se han organizado para afrontarla (atenderla) son hechos estructurales de dichas sociedades. No solo expresan fenómenos clínicos y epidemiológicos, sino también condiciones sociales, económicas y culturales que se reelaboran a través de las formas de enfermar, sufrir, curar y morir (Menéndez, 2003). Es así que los conceptos biomédicos tradicionales de salud y enfermedad son confrontados por desarrollos conceptuales y metodológicos más complejos, que ampliaron la tarea de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Asa Cristina Laurell plantea al respecto que:

la mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino en cuanto al proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Aunque probablemente “la historia natural”, por ejemplo, de la tuberculosis sea distinta hoy que hace 100 años, no es en el estudio de los enfermos de tuberculosis que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales. En este sentido, aun antes de discutir cómo construir los grupos por estudiar, debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones de la sociedad. Asimismo, las sociedades que se distinguen en su

grado de desarrollo y de organización social, deben exhibir una patología colectiva diferente. Finalmente, dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas (1982: 2).

La misma autora plantea que, para demostrar el carácter social de la enfermedad, se debe

estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales, que componen la sociedad. Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso de salud y enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos se inserta en la producción y se relaciona con el resto de los grupos sociales (Laurell, 1982: 5).

En esta línea, Laurell, plantea a continuación que:

para que los señalamientos anteriores asuman su pleno significado, hay que explicitar de otra manera cómo conceptualizamos el proceso salud enfermedad y su articulación con el proceso social. En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. A nuestro parecer las categorías sociales, que nos permiten desarrollar esta proposición general y profundizar y enriquecer la comprensión de la problemática de la esencia del proceso salud enfermedad y su determinación son la clase social tal como lo propone Breilh y el proceso de trabajo (1982: 10).

Según la perspectiva de entender el PSEAP como una complejidad que trasciende lo meramente biológico, algunos/as autores/as proponen pensar la producción de enfermedades a través de la jerarquización de lo que denominan determinantes sociales de la salud (Castro, 2011). Como consecuencia, se propone una primera aproximación, llamada enfoque clásico de la jerarquización de los determinantes, a través de la cual se pueden identificar los determinantes macros para la producción de enfermedades en las poblaciones, como el modo de producción. Este enfoque se define como el modo, históricamente condicionado, de obtener los medios de subsistencia (alimento, vestido, vivienda, instrumentos de producción, entre otros) indispensables para poder vivir y desarrollarse, y que constituye la base determinante del régimen social. Se puede decir que, según sea el modo de producción, será la sociedad misma, sus ideas dominantes, sus concepciones políticas, sus instituciones. Sobre la base del cambio del modo de producción se modifica, también, todo el régimen social. Dentro del modo de producción podemos identificar, desde lo más general a lo más particular, los siguientes determinantes:

- a. La globalización, identificada como la modalidad actual del capital de expandirse mundialmente para la consecución de materias primas, mano de obra y consumidores/as, al llenar todos los resquicios sociales y geográficos del planeta con su modalidad de producción y reproducción social. Este acontecimiento resulta productor de grandes y graves desigualdades sociales.
- b. El calentamiento global, producido por la contaminación agroindustrial de la formidable expansión capitalista a nivel planetario.
- c. La clase social, donde se observan diferenciales de morbilidad según la clase social de pertenencia (Bronfman y Tuiran, 1984).
- d. Género, es decir, aquellas desigualdades socialmente construidas y los

significados asignados culturalmente a los sexos, que producen, como en lo anterior, desigualdades sociales y diferenciales en la morbilidad (Menéndez, 2009).

e. Proceso de trabajo, definido como las formas de construcción histórica y específica en cada época y en cada sociedad del trabajo capitalista (Laurell y Márquez, 1983).

f. Apoyo social, es decir, aquellas redes sociales de contención, convivencia e identificación de los sujetos y poblaciones producidos a partir de los procesos de trabajo como procesos de sociabilización en las sociedades capitalistas (Cassel, 1976; Kaplan, 1974).

g. Por último, en el plano de los individuos, se puede plantear que los estilos de vida (definidos como las conductas y hábitos que tienen las personas influenciadas por el medio social) producen maneras de enfermarse diferenciadas (Kaplan, 1974).

Los/as autores/as comentados/as con anterioridad sostienen la determinación social de la enfermedad, que cuestiona gran parte de las orientaciones biomédicas que centran en lo biológico la causalidad y colocan en un lugar secundario los procesos sociales, económicos y culturales. Por otro lado, existen teorías y autores/as que cuestionan el enfoque biomédico desde otras perspectivas, que señalan el papel de control, dominación y disciplinamiento de los sujetos y las poblaciones a través del PSEAP. La teoría de la etiquetación (Becker, 1963; Goffman, 1995; Lemert, 1974) plantea, en términos generales, que la enfermedad constituye un conjunto de roles desviados dentro de los cuales los individuos se socializan a partir de la asignación patológica que les da la biomedicina como etiqueta existencial.

El construccionismo (Berger y Luckmann, 2008) postula que la realidad no existe por fuera de la percepción del sujeto, es decir que se trata de una

construcción subjetiva que se vuelve objetiva luego de ser construida. En el caso de la construcción de la enfermedad, se plantea que, primero, se desarrolla una serie de conceptos que aluden a la realidad; luego, se crean instituciones para tratar esas enfermedades; y, por último, se las internaliza, es decir, los sujetos y las poblaciones creen que “existen” en la realidad. Este enfoque teórico se torna interesante pues explora las modalidades de los sujetos y grupos para asumir representaciones y prácticas, en general de otros grupos con más poder (hegemonía), pero no profundiza en las condiciones sociales e históricas de esa construcción de subjetividad tanto para los sujetos como para los grupos.

Otras autoras (Sacchi, Hausberger y Pereyra) plantean que:

la enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico (2007: 272).

Así señalan que la concepción de salud y enfermedad está sujeta a las definiciones que construye el sentido común de la población sobre sus padecimientos, lo cual condiciona los tipos de ayuda que esta población busca. En el PSEAP convive –no exentos de conflictos y contradicciones– un entramado complejo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos que interaccionan permanentemente con la biomedicina y que dan cuenta de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

Sacchi, Hausberger y Pereyra proponen que:

la construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse

fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad y que cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente (2007: 272).

En síntesis, para estos/as autores/as, en el PSEAP existe una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales, de accesibilidad económica, cultural, jurídica, entre otras, que posibilitan o dificultan la adopción de conductas saludables por parte de la población. Así, representaciones y prácticas de cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado aún son un proceso dinámico, desde la propia experiencia personal y desde el contexto que la determina. Las modalidades de percibir un problema de salud son múltiples y están condicionadas sociohistóricamente, desde el plano de la responsabilidad del sujeto hasta las del grupo, la familia y la comunidad. Ellos/as son quienes definirán las prioridades cotidianas y las actividades que realicen para atender esos problemas de salud-enfermedad. Las prioridades y actividades son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el/la profesional y autorizado o legitimado por la biomedicina como, por ejemplo, las actividades de autoatención (Menéndez, 2003). En este marco, “es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder” (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007: 273).

Estas perspectivas teóricas del PSEAP nos ayudan a pensar, reflexionar

y ubicar el sufrimiento mental como un padecimiento construido sociohistóricamente en relaciones sociales conflictivas y contradictorias producidas por el modo de producción social. Al sufrimiento mental se le corresponden estrategias de autoatención por parte de las mujeres migrantes.

Ahora bien, nuestras entrevistadas, tal como lo planteamos en términos teóricos, participan plenamente en el PSEAP en sus diferentes dimensiones, en particular, en las formas que adopta el sufrimiento mental y en las estrategias de autoatención que deciden ellas para afrontarlo. Sus sufrimientos mentales están contruidos por relaciones sociales surgidas de una dinámica conflictiva y contradictoria del modo de producción social actual. En los sufrimientos mentales podemos rastrear las formas en que trabajan para ganarse lo que necesitan para sobrevivir y vivir junto con sus familias, además de las marcas en su subjetividad (sus representaciones y prácticas) de la clase social a la que pertenecen (trabajadoras pobres). Se observan también cuáles son sus apoyos sociales, sus relaciones de pertenencia institucionales y cómo se protegen, en mayor o menor medida, del sufrimiento mental a través de estrategias de autoatención. Se observa, en las formas de sufrir y de autoatenderse, la determinación fundamental del género, cómo el ser mujeres las ha puesto en un lugar de vulnerabilidad, subalternidad y explotación material y psicológica (violencia de género, explotación laboral, psicologización de su sufrimiento, como, por ejemplo, la designación de históricas). Se observan e identifican conductas relacionadas con un rol asumido por parte de estas mujeres, como enfermas, débiles, no capaces. Este rol lo han designado los hombres producidos por un sistema de producción patriarcal y capitalista, del cual la biomedicina no es ajena. En sus formas de sufrir y autoatenderse se pueden identifi-

car todas las formas que, anteriormente, en el apartado teórico, hemos planteado como determinantes del PSEAP.

El enfoque relacional

Proponemos abordar nuestro problema y las consideraciones generales que hacemos para la articulación de los conceptos de sufrimiento mental, autoatención y PSEAP a través de un marco conceptual teórico-metodológico denominado enfoque relacional (Menéndez, 2009). Indicaremos algunos aspectos básicos de este enfoque:

- a. En cualquier proceso social, en particular el de PSEAP, siempre hay más de un actor significativo y, por lo tanto, se debe incluir en el proceso de investigación a todos los actores significativos que participan en el fenómeno estudiado, así como a los diferentes tipos de relaciones que operan entre ellos.
- b. Se busca trabajar no solo con todos ellos, sino con las relaciones de diferentes tipos (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad) que operan entre dichos actores, frecuentemente, en forma simultánea.
- c. Es necesario trabajar con las representaciones sociales y con las prácticas sociales de dichos actores sociales, porque no siempre ambas coinciden.
- d. Es necesario problematizar la realidad y cuestionar los sentidos comunes que, en general, disimulan las contradicciones básicas de la conflictividad social.
- e. Se busca comprender que el PSEAP es un determinante importantísimo de la construcción subjetiva, ya que provee estructuras de significados y organiza la estructura social.

- f. El PSEAP actúa en todas las esferas de la realidad.
- g. El PSEAP opera siempre dentro de relaciones sociales, es decir que las configura y se configura en ellas.
- h. En el PSEAP frecuentemente se expresan las contradicciones del sistema.
- i. Dentro del PSEAP, las relaciones no son buenas ni malas en sí; no se deben valorar moralmente. Es preciso ver qué producen en los sujetos y colectivos en términos de prácticas, más que de representaciones.
- j. Expresa la necesidad de encontrar en la realidad las mediaciones y transiciones tanto sociales como subjetivas para evitar la tendencia a la polarización y a la exclusión.
- k. La mayoría de las relaciones entre los actores se dan en lo micro, donde se define la existencia de los sujetos, los colectivos y las luchas sociales entre ellos.
- l. Las sobredeterminaciones están dadas por relaciones no primarias, no locales, no micro. Debe haber un esfuerzo metodológico por articular lo micro con lo macro.
- m. Los conjuntos sociales construyen relaciones imaginarias y reales. Lo que importa es observar su eficacia para plantear resoluciones a los problemas de la vida cotidiana. En general coexisten las reales y las imaginarias.
- n. Las relaciones sociales cambian y se reconfiguran.
- o. Es preciso observar la relación entre la dimensión empírica y la dimensión teórica. Toda dimensión empírica debe estar referida a una reflexión teórica y toda dimensión teórica debe estar referida a una observación empírica.
- p. El/la investigador/a debe estar lo más cerca posible de su objeto para extraer información de mejor calidad.
- q. Se debe realizar un esfuerzo por articular la mayor cantidad de dimensiones de la realidad para poder comprenderla.

Estos puntos de vista teóricos son los que hemos utilizado para reflexionar acerca de qué sufrimientos tienen las mujeres migrantes, cómo se constituyeron a través de sus historias personales y grupales, cuáles son sus estrategias de autoatención para afrontarlos, sus eficacias y sus modalidades, además de las opiniones que tienen sus curadores/as profesionales sobre esos sufrimientos y sobre su autoatención.

Bibliografía

Becker, H. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bronfman, M. y Tuiran, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médicos Sociales*, 29(53), 53-75.

Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resitance, the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Conrad, P. (1987). The Experience of Illness: Recent and New Directions. En P. Conrad y J. Roth (Eds.), *The Experience and Management of Chronic Illness* (pp. 1-31). Connecticut: Jai Press.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1988). *Mil mesetas*. Valencia: Pre-textos.

Duche Pérez, A. B. (2012). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*. 22(37), 206-215. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387239042007>

Freud, S. (1996a). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1996b). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1996c). Estudio sobre la Histeria. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (2004). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*, 23, 69-75.

García, J. (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Revista Educación Médica y Salud*, 17(4), 156-170.

Goffman, E. (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2013). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica*. España: Barral Editores.

Kaplan, G. (1974). Alameda County (California) Health and Ways of

Living Study. Panel Berkeley. Berkeley, California.

Laurell, A. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 89-101.

Laurell, A. y Márquez, M. (1983). *El desgaste obrero en México. Proceso de Producción y Salud*. México: Era.

Lemert, E. (1974). Beyond Mead, The societal reactions to deviance. *Social Problems*, 21, 457-468.

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-208.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sacchi, M.; Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



UGR

Universidad del
Gran Rosario