

La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París¹

The alienation of others. Sociological study on the treatment of otherness in mental health care in Barcelona and Paris

Katia Lurbe Puerto

Universitat Autònoma de Barcelona - katia.Lurbe@uab.es

*A las pasiones humanas,
Que nos mueven,
sin garantía
sino de continuar
experimentando.*

Presentación del objeto de estudio

Mi trabajo de tesis doctoral analiza los discursos sociales que conciben a la alteridad en términos de problema de orden sanitario. Escoge como escenarios contemporáneos de heterogeneidad social, dos Estados miembros de la Unión Europa, Francia y España. Con el propósito de alcanzar mayor profundidad analítica, el estudio acota su ámbito de mira a las ciudades de París y Barcelona y centra su investigación empírica en una muestra de nueve centros de salud mental específicamente instaurados para atender las poblaciones inmigrantes y exiliadas de origen extracomunitario. El título 'La enajenación de l@s otr@s' sintetiza bajo una metáfora el objeto de investigación. Remite al estudio de la aflicción y los trastornos mentales, llamados comúnmente 'demencia', 'insanía' o 'locura', al tiempo que pone énfasis en el proceso de extrañamiento que experimenta un sujeto al ser socialmente categorizado en clave de alteridad. Insisto, el concepto de *enajenación* evoca la idea de sacar a uno fuera de sí, turbarle el uso de la razón o de los sentidos. Igualmente, denota el proceso de construir un sujeto como 'ajeno', es decir, convertirlo en un extraño y, por ende requeridor de un trato especial, con respecto al grupo dominante desde el cual se define su alteridad. *L@sotr@s* son la personificación de los cuerpos considerados bajo una categoría social diferenciada de la del

1 La tesis doctoral ha contado con la financiación de la Becas Predoctorales FPI del Ministerio de Ciencias y Tecnología del Gobierno Español (junio 2000 – mayo 2004) y una beca de finalización de tesis otorgada por el CEDIME-UAB (junio-noviembre 2004).

El tribunal de tesis estuvo compuesto por: Dr. Jean-Claude Combessie, Dr. Patrice Pinell, Dr. Enrique Santamaría, Dra. Natalia Ribas, Dra. Carlota Solé y Dr. Didier Fassin.

nosotr@s (la comunidad de pares), que comprende también a l@s que han vivido separaciones significativas a raíz de una emigración, además de haber experimentado una situación de extrañamiento del mundo en el contexto de la inmigración y ser objeto de discriminaciones en la sociedad de instalación, al ser apartados hacia los márgenes del escenario socio-político en el que se decide la repartición de los recursos materiales y simbólicos.

Aplicar la 'imaginación sociológica' para discernir los discursos que invisten los cuerpos enajenados como un problema sanitario relega el problema social de los inmigrantes, su salud y el uso que hacen de los recursos sanitarios, a un lugar subsidiario en la investigación. Mi propósito como socióloga es explicar 'la producción social de las alteridades' y entender porqué las relaciones entre heterogeneidades son como son. Por tanto, me dedico a discernir la lógica de los procesos de integración y exclusión, en cuyo centro radica la monopolización de los recursos materiales y simbólicos. Con tal finalidad, he indagado sobre la diferencia inspirada fundamentalmente por el modelo los procesos de 'cierre monopolizador con respecto al exterior' desarrollado por Max Weber en su obra *Economía y Sociedad*. Estos son procesos de cierre que se dan en un contexto de limitación de los recursos, en el que se desarrollan procesos de integración que legitiman a l@s de dentro el beneficiarse de determinados recursos por derecho común, y donde se generan, al mismo tiempo, procesos de exclusión 'a l@s de afuera', a l@s extranjer@s, a l@s que no se reconoce como derecho inherente y propio el acceso a ciertos recursos.

Esta investigación en la que se entrelazan ambas dimensiones de la alteridad enajenada, se articula en la interrelación de tres ejes conceptuales: la alteridad, la salud y la biopolítica. Respecto al primer eje, apuesto por una concepción de la alteridad, relativa y relacional, producto de las lógicas de distinción social que se articulan sobre la base de la dialéctica de la similitud y la diferencia, esto es, la dialéctica entre el mundo de lo idéntico y sus equivalencias (el que constituye la figura del *nosotr@s*) y el mundo de lo distinto, con sus divergencias (el que abarca la figura de l@s otr@s). La alteridad emerge en diferenciación consciente –no necesariamente antagónica– a la presencia de tercer@s y se conforma, en estructura y contenido, a partir de una determinada relación socio-histórica sobre el monopolio de los recursos simbólicos y económicos de poder. Si bien la producción de alteridades es consustancial a todo agrupamiento humano, su sustrato es históricamente variable y socialmente manipulable. En este sentido, argumento que en el actual orden del mundo, 'alteridad' no sólo evoca diferencias, sino relaciones desiguales de poder. Teniendo por telón de fondo la reivindicación de la igualdad y las distinciones jurídicas en la Europa de los Estados-Nación, las categorías de alteridad puestas de manifiesto en este estudio se actualizan hoy día en el proceso de construcción de la Unión Europea y la acentuación de la disparidad entre Centro y Periferia, cuya configuración geopolítica y socio-económica enraíza en la Historia Colonial.

Por otro lado, la relevancia de circunscribir el análisis de la alteridad en el campo de la salud radica en la constatación de que el análisis sobre la salud y la enfermedad hace emergir las más cruentas e inminentes ilustraciones de las desigualdades sociales. ¿Qué duda cabe acerca del impacto de la desigualdad social tanto en la cantidad de años que vivimos (la mortalidad), como en la calidad del tránscurso de nuestras finitas existencias (la morbilidad)? El

mensaje es claro: frente a la enfermedad y la muerte, los seres humanos somos desiguales. Pero va más allá: las dimensiones que estructuran nuestra posición social y determinan nuestros 'universos de lo posible' –a saber, el volumen y la estructura de nuestros capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos- repercuten en la naturaleza más biológica de nuestro ser. La incorporación del orden social conlleva intrínsecamente entender la salud en términos de construcción socio-cultural y de espacio de pertinencia política. Esta segunda dimensión, la salud como espacio de pertinencia política, insiste no sólo en el hecho que la desigualdad social se inscribe en el cuerpo y, por tanto, el derecho a una vida en salud es una reivindicación a sostener en el espacio de lo político, sino que también pone de relieve la vinculación existente entre la inversión pública en servicios sanitarios y la reproducción de la fuerza de trabajo, así como la medicalización de las conductas 'desviadas' como mecanismo de control social. La salud aquí se define como el tropo (lugar común) de la interrelación del ser físico-psíquico (dimensión biológica de la diferencia) y, del mundo social y político (dimensión socio-política de la desigualdad).

Definidas la alteridad y la salud en tales términos, la biopolítica se nos presenta como el modo más pertinente de fundamentar nuestro objeto de estudio. A la luz de los textos de Michel Foucault, la biopolítica es la manera en que la práctica gubernamental racionaliza los fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población. Gestada a finales del siglo XVIII, consiste en una técnica de poder que se caracteriza por dirigirse a la multiplicidad de los seres humanos, y poner bajo control político, los procesos propios de la vida humana. La biopolítica despliega un poder masificante que resulta de un doble proceso de intensificación y generalización de los dispositivos normalizantes de la disciplina que animan desde el interior, nuestras prácticas cotidianas. Se presenta, en palabras de Michael Hard y Toni Negri, 'como un control que invade las profundidades de las conciencias y de los cuerpos de la población – y se extiende, al mismo tiempo, a través de la integridad de las relaciones sociales.'

En su curso, la investigación fluye tomando como faros las siguientes tres preguntas: I. ¿A qué responde la instauración de dispositivos específicamente dirigidos a usuari@s extracomunitari@s en el seno de dos sistemas sanitarios fundamentados en los principios de universalidad e igualdad en el acceso y en la atención médica? II. ¿Cuáles son las implicaciones en términos de desigualdades en salud al gestionar de manera diferenciada, y en algunos casos segregada, las necesidades sanitarias de la alteridad? III. ¿Cuál es la configuración de las relaciones de poder que se establecen entre heterogeneidades, subyacente en los distintos dispositivos de interpretación y tratamiento de la atención a la salud mental proveída a los cuerpos enajenados?

Aproximación teórico-metodológica de la investigación

La orientación teórico-metodológica de esta investigación es de inspiración socio-construcciónista y crítica: localiza el objeto de estudio en las relaciones sociales y los universos objetivados que crean y les sirven de apoyo, en tanto que son elementos constituyentes de los actores sociales y de los fenómenos sociales. En consonancia con los planteamientos de los autores Philippe Corcuff y Kenneth Gergen, cuatro ideas básicas constituyen los pilares teórico-metodológicos de la investigación: 1) los seres humanos tejen su historia singular

partiendo de preconstrucciones pasadas: su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad están influenciadas por el medio sociocultural en el que se desenvuelven, la posición que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas que afrontan a diario, 2) en el transcurso de sus vidas cotidianas, los seres humanos reproducen, se apropián, desplazan y transforman los elementos sociales preformados, al tiempo que se inventan otros, puesto que las condiciones heredadas del pasado junto con la interacción social en la vida cotidiana abren el campo de posibilidades para el futuro, 3) el conocimiento nace en la interacción social y se construye en el espacio de la intersubjetividad, con base en las convenciones lingüísticas y 4) los marcos de referencia interpretativos a partir de los cuales los seres humanos acceden a los significados se configuran acorde a los escenarios socio-culturales e históricos en los que se gestan. La noción de la construcción social de la realidad remite, simultáneamente, a los productos, más o menos duraderos en el tiempo, de elaboraciones anteriores y a los procesos en curso de (re)estructuración. Subyace la idea de un proceso de retroalimentación, en perpetuo movimiento, entre estructura y actores sociales. Esta representación elíptica de la estructuración social, como resultado y proceso de las relaciones entre actores, concuerda con la *dualidad estructural* de Anthony Giddens: la estructura impone constreñimientos a la acción social, al tiempo que instaura competencias para su materialización y, se actualiza en la propia acción e interacción social. Al ser producto y co-productores de las realidades sociales, individuos e instituciones contribuyen a la (re)producción del *caos ordenado* que caracterizan las sociedades, al tiempo que engendran cambios en el orden social. En este proceso histórico, los constructos sociales son, a la vez, objetivados y subjetivados: abrazando la óptica de Pierre Bourdieu, la interiorización de la exterioridad (la estructura social encarnada en los cuerpos, el *hábitus*) y la exteriorización de lo interior (las instituciones concebidas como configuraciones de relaciones entre agentes individuales y colectivos, los *campos*).

Tras una inmersión preliminar en el terreno a fin de identificar de forma extensiva los distintos dispositivos de salud mental que trabajan específicamente con poblaciones de origen inmigrante y exiliad@s, se llevó a cabo una primera exploración del objeto de estudio. El estudio piloto buscaba familiarizarse con los actuales modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad enajenada. Igualmente, pretendía verificar la viabilidad del diseño de análisis. La decisión de trabajar con nueve casos respondió a: 1) querer abarcar la máxima variedad de modelos teórico-terapéuticos practicados (criterio de representación teórica), dependiendo de lo que Stake denomina 'las oportunidades para aprender', brindadas por la dirección de estos centros, sus profesionales y usuari@s y 2) las habilidades y limitaciones de la propia investigadora (criteriopráctico). La obtención del material empírico se ha llevado a cabo por triangulación de: a) la lectura analítica de diversas fuentes de documentación no sólo de los centros estudiados, sino también sobre los centros, así como de estudios secundarios y aportes teóricos sobre políticas sanitarias y políticas de inmigración; b) la observación directa y c) entrevistas en profundidad de tipo focalizada con profesionales y sociobiográfica con los usuari@s. Esta triangulación generó un conjunto diverso de observaciones y registros sobre la vida cotidiana en cada uno de los servicios: 1) resúmenes de documentos, 2) anotaciones escritas y 3) entrevistas transcritas, cuya información resultante fue tratada mediante el análisis de contenido categorial temático, con el soporte del programa Atlas.ti versión 4.0. Asimismo cabe mencionar que en el transcurso del proceso analítico, se llevó a cabo una reflexión crítica sobre la situación de generación de la información, en la cual se examinaron los

condicionamientos de la información generada (nivel referencial), el modo de gestación (nivel modal) y la dinámica del proceso de investigación empírica (ritmos y movimientos del discurso). Este auto-análisis sobre el contexto del texto comprendió tres fases inspiradas en los planteamientos hermenéuticos de Rainer Zoll: a) el *acto del yo*, o los condicionantes vinculados a la actuación del sujeto investigador; b) *el acto de lo observado/entrevistado/leído*, o los condicionantes que derivan de la fuente de información y c) *el acto de la estructura*, o el contexto social donde se ha generado la información. Respecto a este último *acto*, los actores expresan sus opiniones y deseos desde posiciones que implican intereses sectoriales, lo cual requiere examinar las restricciones institucionales, sociales y administrativas que posibilitan u obstruyen la realización de estos deseos. Esta tarea quiso responder a uno de los imperativos de la investigación cualitativa en ciencias sociales: analizar las posiciones sociales de las fuentes de información a fin de situar/objetivar el punto de vista a partir del cual se elaboran las informaciones y las representaciones que se hacen de sí mismos como fuente de información. De forma sucinta, mi propósito ha sido el de conducir una investigación que incorporase la triada “crítico, crítico y creativo” inspirándome en el modelo epistemológico que autores como Edgar Morin y Enrique Santamaría proponen para la sociología: *crítico*, en el sentido de poner en cuestionamiento los principios organizadores de su conocimiento, *crítico* en cuanto que toma conciencia de sus propios límites y *creativo*, al considerar las implicaciones sociales y políticas que sus discursos conllevan. Todo ello aspirando a ir más allá de una convencional sociología de la salud/enfermedad para armar mi acercamiento al objeto de estudio con una sociología del conocimiento que sea sumamente consciente de la dimensión política y ética del mismo.

Conclusiones principales

Sintetizar los resultados de esta investigación supone para mí una ardua tarea. A fin de sistematizar la exposición me ceñiré a las preguntas que vertebran el hilo conductor del estudio. El reparto de los recursos sanitarios revela precisamente una relación bipolar entre heterogeneidades en la que opera la dualidad ciudadanía-extranjería. La accesibilidad a los recursos públicos de salud se rige por dos vías de reconocimiento: por un lado, el denominado ‘derecho común’, destinado a *l@s que son iguales porque son como nosotr@s* y, por el otro, el humanitarismo surgido por resolver las situaciones de injusticia que se genera al restringir el beneficio de los recursos. En el caso de *l@s ciudadan@s nacionales y comunitari@s*, el reconocimiento del derecho a los cuidados sanitarios es sancionado por la legislación en materia sanitaria: la salud se concibe como un derecho social. Por el contrario, para aquell@s habitantes cuya permanencia en los confines del Estado-Nación está sujeta al marco administrativo-legal que regula la condición de extranjería y restringe las posibilidades de ser partícipe de la *res publica*, la enfermedad representa la dimensión desde la cual se les confiere el derecho a la asistencia pública. El reconocimiento del derecho a los cuerpos extracomunitarios a acceder a la atención sanitaria pública no resulta de un contrato social en el que se les reconoce su pertenencia en el espacio socio-político de la sociedad en que vive; más bien, prevalece la lógica de la compasión. En un contexto de recorte presupuestario en las prestaciones sociales y de contención del gasto sanitario, son *l@s considerad@s extranjer@s* al grupo social que monopoliza los recursos, *l@s primer@s* a ser excluid@s del beneficio de los servicios públicos. Este escenario de diferenciación y exclusión trae a colación el

cuestionamiento del principio universalista por el que se rigen el sistema sanitario Español desde la Ley General de Sanidad de 1986 y el sistema francés, desde la promulgación de la ley de la CMU en 1999. En España y en Francia se distinguen una variedad de casos en cuanto a la cobertura sanitaria pública cuyo filtraje gira en torno a una cuádruple lógica: la del mantenimiento del Estado-Nación, la de la construcción de la Unión Europea, la sostenibilidad del mercado laboral y la herencia del pasado colonial. Constató por tanto, que la estatalización del acceso a la asistencia sanitaria no ha revertido, por tanto, en la instauración de un sistema de atención a la salud válido para cualquier usuari@, independientemente de sus particularidades sociales y culturales.

Dados los resultados del trabajo de campo, el escenario que ha propiciado la aparición de los dispositivos específicos guarda relación directa con la exclusión social derivada de las barreras jurídico-legales que restringen la accesibilidad a los cuidados profesionales de salud. La universalización de la asistencia sanitaria se presenta como un proceso inconcluso en España y en Francia. Al estipular filtros al acceso a la red pública de servicios sanitarios (véase, la condición de ciudadanía y la demostración de una situación de residencia regular, así como la mera necesidad de estar en posesión de la TIS o la Carte Vitale) no se da un reconocimiento de la salud como un derecho inherente a todo ser humano. Tampoco debe eludirse la cultura organizativa de los proveedores de atención sanitaria pública. Al ceñirse a lógicas empresariales de gestión, deviene poco propicio el que puedan interesarse por atender 'enferm@s menos rentables'. Aquí reflexiónese sobre el consumo de tiempo, energía y dinero que supone una consulta con un agente de mediación lingüístico-cultural, y, en el caso de abstenerse de un servicio de traducción, la ineficiencia de efectuar las mil y una pruebas, hasta asegurarse no sólo de alcanzar un buen diagnóstico, sino de que el tratamiento sea entendido y aceptado por la persona enferma. Esta gestión de los recursos para la salud concuerda con formas monoculturales, etnocéntricas y sociocéntricas de organizar los cuidados profesionales de la salud.

Junto al marco jurídico-legal y la cultura organizativa, cabe añadir que gran parte de los factores exclusógenos que obstaculizan el acceso a los recursos sanitarios públicos se vincula a la estructura social desigual que conforma la sociedad en que se implanta. En este sentido, la distribución equitativa de los recursos sanitarios y la implantación de modelos holísticos de interpretación y práctica médica que integren las dimensiones bio-psico-social de la salud y sus cuidados son condiciones *sine qua non* para un sistema sanitario universal. Una de las peculiaridades de l@s migrantes y exiliad@s extracomunitari@s –singularidad que comparten con l@s autócton@s desprovist@s social y económicamente- radica en que introducen en la consulta médica, de una forma inminente, situaciones extremas de la desigualdad e injusticia de la que son objeto. La presencia, en la consulta, de usuari@s cuya difícil situación socio-económica y diferenciación cultural es tan visible, vuelve ineludible la dimensión socio-cultural de la salud. Basada la atención médica del sistema sanitario público en un modelo mecánico de la enfermedad- la biomedicina-, el contexto socio-cultural suele considerarse más como intromisión que como dato relevante para el diagnóstico y tratamiento. La práctica biomédica se ha centrado en despojar al cuerpo de las vicisitudes sociales y culturales, eliminando la aproximación etnográfica y apostando exclusivamente por la clínica.

Al identificar las barreras exclusógenas que delimitan la accesibilidad de los cuerpos extracomunitarios topamos con un evidencia fáctica: el usuari@ extracomunitari@ más que introducir nuevos problemas coyunturales, no hace sino sacar a relucir las dificultades estructurales de la organización sanitaria, dificultades con las que ya se encontraban l@s profesionales al atender a usuari@s autócton@s con universos culturales y posición socio-económica distintos a los suyos. Dado este escenario, las situaciones de inaccesibilidad a los recursos públicos de salud han sido parcialmente cubiertas por los sectores informal y del voluntariado. En consecuencia, si bien se ha extendido la estatalización del acceso, se asiste a una comunitarización de gran parte de los cuidados de la salud. Al respecto, cabe incidir en que la instauración de servicios específicos de atención sanitaria a estos colectivos, no surge sino a iniciativa de determinad@s profesionales de la salud y de ONG. Como he podido observar, entre las motivaciones para la apertura de centros especializados prevalece el dar respuesta a las inaccesibilidades a los servicios sanitarios de derecho común y hacerse un hueco en el mercado. Se constatan en segundo lugar, intereses de tipo idiosincrásicos (el deseo por establecerse en Barcelona debido a su calidad de vida (ECB5), la voluntad por cuidar a compatriotas o personas con las que se comparte la experiencia de la inmigración o el exilio (ECP2, ECP3, ECP5, ECB1, ECB3) y la curiosidad por trabajar con diferentes representaciones de la salud y la enfermedad (ECP1, ECP2, ECP4, ECB1, ECB2)) y, por último, aspiraciones de distinción y logro de prestigio profesional (por ejemplo, ECP1, ECP3, ECB2). La investigación aporta pruebas para sostener que la instauración de estos dispositivos selectivos no radica en un tipo de patología que pueda ser atribuida, de forma exclusiva, a inmigrantes extracomunitari@s.

Gracias a las entrevistas realizadas a l@s usuari@s, aprecié que la percepción de acudir a centros 'sólo para inmigrantes' es valorada generalmente como positiva. Comparado con las anteriores experiencias que han tenido en la red ordinaria de atención sanitaria, el trato que se les brinda es definido como de mayor calidad humana. Resaltan un mayor tiempo de escucha y de consejo, un trato más respetuoso por los profesionales y la comodidad de poder expresarse en su lengua propia. Específico a España, señalan el menor tiempo de espera para acceder a una primera visita psicoterapéutica y la mayor regularidad en el seguimiento del tratamiento. Pero, coinciden en que la condición de extranjero, de inmigrante extracomunitari@, no es razón suficiente para crear servicios paralelos y substitutivos. Afirman que deberían poder ser atendid@s en el centro de salud mental más próximo a su domicilio familiar o puesto de trabajo y de la misma manera en que se les atiende en los servicios específicos a los que acuden. Si bien perciben una lógica de segregación, reconocen el efecto sanador de hallar un escenario más acogedor, del que hay menos probabilidades que salga rebotado a causa de la doble enajenación que encarnan. El trabajo de campo demuestra que 'la vida desnuda' tiene un poder en sí misma, de ahí que sea oportuno hablar de zoé-legitimidad, siguiendo la distinción entre zoé/bio de Giorgio Agamben. El cuerpo, y más concretamente el sometido a un sufrimiento, se convierte en la fuente de reconocimiento de todo individuo en la *polis*. El cuerpo enfermo, necesitado de cuidados profesionales, se impone en el espacio público como justificación última para la acción humanitaria.

Finalmente, quisiera mencionar brevemente los distintos modos de interpretar y tratar a la alteridad enajenada con los que nos hemos encontrado en el trabajo empírico. Los nueve casos pueden clasificarse en tres grandes corrientes: la psiquiatría transcultural, las

etnopsicoterapias y la atención especializada en las secuelas de la violencia organizada y del exilio. Aunque dentro de cada corriente, es menester matizar, encontramos diferencias entre los distintos centros en cuanto la organización de los dispositivos, su financiación, las competencias de l@s profesionales y los criterios de selección de l@s beneficiari@s.

La *psiquiatría transcultural* engloba los dispositivos que tratan de formular modelos explicativos y métodos terapéuticos para proveer a las personas endoculturadas en universos simbólicos no occidentales, una atención más adaptada a sus contextos socio-culturales actuales, permaneciendo deliberadamente dentro de una práctica estrictamente psiquiátrica. En cuanto a la concepción de la alteridad y del modo de abordar su enajenación, aprecié mayores similitudes entre los centros ECP4 y ECB1, donde se desarrolla una clínica basada en introducir las variaciones culturales y la influencia de las condiciones de vida en la expresión y elaboración de las anomalías del funcionamiento psíquico. Los ECP3 y ECB2 se alejarían un tanto de los anteriores en la medida en que, si bien defiende un abordaje transcultural, se da tratamiento a l@s otr@s circunscribiéndolo a su historia inmigratoria. Ambos centros desarrollan una atención dedicada a trabajar “los males de la inmigración”, defendiendo en el caso del ECB2 la cristalización de una psicopatología en ‘el Síndrome de Ulises’, de fuerte reclamo mediático –inducido sin duda por un afán sensibilizar a las autoridades gubernamentales sobre los efectos de las formas actuales de emigración e instalación en la salud mental de l@s inmigrantes y la necesidad de renovación de subvacaciones gracias a las cuales subsiste el centro- y desde una interpretación sociológica, una clara ilustración de lo que Ivan Illich concebiría como patologización de un problema social.

Por otra parte, las etnopsicoterapias consisten en la utilización simultánea de una multitud y diversidad de sistemas terapéuticos, cada uno de ellos considerados sin exclusividad, ni jerarquía, independientemente de que se fundamenten en el razonamiento científico o se presenten como específicos de una comunidad étnica, religiosa o social. Trata de construir un método terapéutico adaptado al universo simbólico propio del lugar de procedencia de la persona a tratar y fundamentado en una máxima: los trastornos presentados por una persona deben ser aprehendidos en la cultura de sus ancestr@s y tratados acordes con los instrumentos etiológico-terapéuticos propios del sistema cultural de su procedencia geográfico-familiar. Mientras que en el ECP2 se mantiene una cordial distancia entre los espacios propios de los distintos sistemas interpretativos y terapéuticos, en el ECP1 las fronteras de estos sistemas se transgreden, llegando a fundirse los roles del psicólogo y del marabú.

En cuanto la atención especializada en las secuelas de la violencia organizada y del exilio, desearía destacar que ha supuesto sin duda la vivencia más sensible y dolorosa de mi trabajo de campo. Todavía hoy me cuesta distanciarme emocionalmente de las historias narradas. En la tesis defino el trabajo que se lleva a cabo en los centros ECB4, ECB3 y ECP5. Permítanme resumirlo de esta manera: se trata de acompañar a la persona en el proceso de reconocerse como víctima, para pasar a concebirse como superviviente y recobrar el dominio de su subjetividad y de los hilos de su vida, gracias a recuperar la confianza en el otro, una reinterpretación de los hechos situada en la marea de la Gran Historia y, gracias a la fuerza de la escucha activa, el amor y la solidaridad.

A modo de cierre, quisiera mencionar que esta investigación me ha aportado mayor seguridad a la hora de experimentar con diseños de análisis cualitativos reflexivos y mayor confianza en la

búsqueda de, entre todas las explicaciones posibles, la que más certezas produce. Me ha incitado a ser más curiosa por deconstruir los modos en que los seres humanos co-construimos día a día los mundos en que vivimos y por tratar de aplicar el mundo de las ideas para configurar subjetividades creativas y emancipadoras con respecto a las tecnologías que oprimen y generan desigualdad e injusticias sociales. Mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de esta investigación.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#)

[Texto completo de la licencia](#)