

Marie-Jo
Bourdin

El enfoque de la antropología médico-clínica en la relación de ayuda en contexto intercultural

Resumen

Este artículo describe la aportación de la antropología médico-clínica en el trabajo social, bajo el modelo de la relación terapeuta/paciente en situación intercultural. Se trata de un cuadro teórico que presenta ventajas en cuanto a la comprensión y la gestión de dicha relación. La autora se centra en las líneas de trabajo del centro médico Minkowska (París), el cual, con una experiencia de más de cuarenta y cinco años, promueve la salud mental de los migrantes y los refugiados.

Palabras clave: Antropología médico-clínica, Relación terapéutica, Interculturalidad, Salud mental, Migrante, Refugiado

L'enfocament de l'antropologia mèdico-clínica en la relació d'ajuda en context intercultural

Aquest article descriu l'aportació de l'antropologia mèdico-clínica en el treball social, sota el model de la relació terapeuta/pacient en situació intercultural. Es tracta d'un marc teòric que presenta avantatges pel que fa a la comprensió i la gestió d'aquesta relació, l'autora se centra en les línies de treball del centre mèdic Minkowska (París), el qual, amb un experiència de més de quaranta-cinc anys, promou la salut mental dels migrants i els refugiats.

Paraules clau: Antropologia mèdico-clínica, Relació terapèutica, Interculturalitat, Salut mental, Migrant, Refugiat

The Clinical Medical Anthropology Approach in the Help Relationship in an Intercultural Context

This paper describes the role played by clinical medical anthropology in social work, and the model of the therapist/patient relationship in an intercultural situation, as a theoretical framework that offers advantages in terms of understanding and managing that relationship. The author focuses on the work of the Minkowska Medical Centre (Paris), which has more than forty-five years experience in promoting the mental health of migrants and refugees.

Keywords: Clinical medical anthropology, Therapeutic relationship, Interculturality, Mental health, Migrant, Refugee

Cómo citar este artículo:

Bourdin, Marie-Jo. (2013). "El enfoque de la antropología médico-clínica en la relación de ayuda en contexto intercultural" *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 61-67



▲ Presentación*

El centro médico psico-social Minkowska¹ (París) recibe a migrantes y refugiados de la Isla de Francia. Es uno de los medios de los que se sirve la asociación Françoise y Eugène Minkowski –dos psiquiatras renombrados en la historia de la psiquiatría francesa– para promover la salud mental de los migrantes y los refugiados. Con una experiencia de más de cuarenta y cinco años (1962) su configuración actual es multipolar.

Polo clínico

Un equipo pluridisciplinario y plurilingüe recibe a pacientes migrantes y refugiados, adultos y niños, en la región llamada “Isla de Francia”, dentro del marco de derecho común, con un enfoque dentro de la salud pública y con la ayuda de la antropología médico-clínica (que tiene en cuenta los aspectos lingüísticos y las representaciones culturales de la enfermedad mental).

Polo formativo

Tiene por objetivo la transmisión de competencias destinadas a un público de profesionales del campo médico psico-social, de la justicia y de la educación. El acompañamiento de profesionales en sus actividades cotidianas (supervisión, análisis de prácticas) se da tanto en “inter” como en “intra”, así como en un plano nacional y europeo.

Polo docencia e investigación

Entre las diversas actividades de este polo podemos mencionar la organización de seminarios (filosofía y culturas, resiliencia y culturas, taller de psicoanálisis sobre la clínica de migrantes y refugiados), la supervisión clínica de terapeutas en formación, la coorganización del postgrado “Salud, enfermedad, cuidados y cultura” junto con la Universidad René Descartes (París V) y el hospital europeo Georges Pompidou.

Polo documentación y comunicación

Este polo se encarga de la comunicación tanto hacia el exterior como en el interior de la institución, así como del desarrollo de herramientas multimedia y de la gestión del portal de Internet “Salud mental y culturas” (www.minkowska.com).

Tras esta breve introducción y antes de exponer lo que será la contribución de la antropología médico-clínica en el trabajo social, recordemos que debido a la antigüedad del fenómeno migratorio en Francia, los trabajadores sociales se ven confrontados a la interculturalidad en su trabajo cotidiano, desde hace mucho tiempo. El encuentro con un “usuario” migrante en busca

* Conferencia pronunciada en el coloquio internacional *Competencias interculturales de los profesionales en la acción social*, celebrado en la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés – URL, el 11 de noviembre de 2011. El texto presenta algunas modificaciones introducidas para esta publicación.

de ayuda, su historia singular y su recorrido migratorio, está algunas veces marcado por obstáculos donde el argumento cultural es percibido como una traba. La gran dificultad de la situación intercultural es que lo implícito no se comparte. De hecho, tanto el mundo del trabajo social como el resto de la sociedad no se escapan a los diferentes discursos y representaciones ideológicas sobre la migración, a sus representaciones culturales y hasta a los choques de culturas cuando pensamos, por ejemplo, en la ablación (Bourdin, 2005).

Así, rápidamente, podemos caer en la clásica trampa del culturalismo, que consiste en encerrar al “otro” dentro de su cultura de origen y explicarlo todo a partir de ella, sin tener en cuenta lo dinámico que es el fenómeno de aculturación. La otra trampa es la negación que evacua toda diferencia cultural, abriendo la puerta a derrapes etnocéntricos, pasando por el racismo y la xenofobia.

El enfoque abierto de la antropología médico-clínica, al no excluir ningún enfoque teórico ni profesional de la salud y de lo social, nos permite evitar dicha trampa. Sin querer ser la antropóloga de todas las culturas, nos permite descentrarnos de nuestros propios referentes culturales, dejar a un lado algunas de nuestras certidumbres, evitar patologizar aquello que es cultural o culturizar aquello que es patológico. Al igual que la clínica transcultural, la intervención social transcultural integra el hecho migratorio y las representaciones culturales para ofrecer una mejor comprensión y ayuda. No se trata de poner a la cultura en el lugar del cuidado o de la intervención social, más bien se trata de usar la cultura como un elemento de la gestión sanitaria y social, sin jamás estigmatizar al paciente o usuario o a los profesionales de la salud bajo la mira de lo exótico.

En el centro Minkowska, hemos contribuido al desarrollo de la antropología médico-clínica en el trabajo social con la finalidad de aportar mayor claridad a la relación de asistencia social en dicho contexto particular de interculturalidad.

En este acercamiento entre el cuidado y lo social, pero también entre otras disciplinas como la psicología y la antropología, quisiera recordarles dos cuestiones suscitadas por el observatorio nacional de la salud mental y precariedad hace aproximadamente dos años, bajo la intervención de profesionales de la salud mental y de trabajadores sociales con respecto a aspectos que van más allá de lo patológico. ¿Los psicólogos deberían intervenir más allá de lo patológico? ¿Y los trabajadores sociales deberían ser considerados como practicantes o clínicos de lo social? Es una cuestión que nos interpela ya que, como sabemos, sobre todo en los nuevos contextos, frente a los nuevos tipos de precariedad, lo psicológico y lo social está profundamente entrelazado, particularmente en lo que concierne a la ayuda a migrantes. Las dificultades sociales están cada vez más presentes y algunas veces impiden cualquier trabajo psicoterapéutico (¡es difícil elaborar algo con respecto al trauma cuando no se sabe dónde se va a dormir por la noche!).



La intervención social transcultural integra el hecho migratorio y las representaciones culturales para ofrecer una mejor comprensión y ayuda

Las respuestas sociales pueden permitir superar ciertas crisis o pueden contribuir a un cambio hacia un “estar mejor” y en ese sentido la intervención del trabajador social puede tener efectos terapéuticos. También sabemos que una situación social precaria –como la que viven numerosas familias migrantes, las personas en solicitud de asilo, las personas refugiadas, los sin papeles, los sin trabajo y, cada vez más, sin domicilio fijo– puede ser el origen de una descompensación psicológica, al igual que todo equilibrio psicológico precario puede ser el origen de una degradación del equilibrio social. El sufrimiento psíquico y social necesita una mirada conjunta, un trabajo pluridisciplinario y una práctica compartida para co-construir e innovar.

Para aprender la gestión de la situación de ayuda en una situación intercultural bajo el modelo de la antropología médico-clínica aplicada a lo social, voy a tratar de describirles el soporte que hemos elaborado para nuestras formaciones. Se trata de una herramienta interactiva, que nos ayudará a entrar en la situación. Nos encontramos en un centro de servicios sociales, un día de guardia, tenemos una sala de espera con personas procedentes de todo el mundo.

Por un lado, tenemos al “usuario”, como solemos llamarle en el ámbito social y, por otro lado, tenemos a los trabajadores sociales, los asistentes.

Entre ellos hay una interacción, es la situación clásica del modelo freudiano de transferencia y contra-transferencia, que nosotros utilizamos en un sentido más amplio que el del psicoanálisis.

Para que la comunicación sea posible, será necesario encontrar una lengua en común, que no será necesariamente ni el francés ni la lengua materna del paciente. Pongamos como ejemplo a un “usuario” tamul, que no habla francés, o no lo hace suficientemente bien, y el trabajador social tampoco habla tamul, pero ambos pueden encontrar una lengua en común, por ejemplo el inglés. Cuando no hay ninguna posibilidad de una lengua en común, se recurrirá a la ayuda de un intérprete lingüístico y cultural, pasando por los servicios de algún organismo como, por ejemplo, el “servicio inter-migrante”. En esta relación triangular, el intérprete debe poder, no solamente traducir, sino también aportar algunos elementos socioculturales cuando ello es necesario.

La comunicación, una vez que se ha vuelto posible y eficaz, servirá para que el usuario migrante exprese al profesional del campo social sus dificultades, sus problemas sociales y jurídicos, financieros, de búsqueda de empleo, sus dificultades intrafamiliares, la educación de sus hijos, su relación con la escuela, etc. Podrá hablar de su sufrimiento psíquico, de su patología... Todo ello será expresado por medio de las representaciones culturales que él tiene de la familia (frecuentemente polinuclear, incluso polígama), del rol parental, de la educación, de la salud, de la salud mental, de la circulación del dinero...

Finalmente, ciertos usuarios van a querer dar sentido a aquello que les sucede ya se trate de una enfermedad, de la imposibilidad de obtener los papeles, de obtener un empleo, del fracaso escolar de un hijo, etc. Algunas personas van a buscar una explicación en el ámbito mágico-religioso: la brujería, los espíritus ancestrales... Cosas que forman parte de los modelos explicativos de la desgracia o de la mala suerte. Para contrarrestar dichas acciones mágicas y curarse, las personas podrán plantearse el recurrir a las prácticas llamadas tradicionales.



En cuanto a la enfermedad, si hacemos referencia al cuadro que nos interesa como modelo, todo aquello que sea expresado por el usuario (sus dificultades, la búsqueda de sentido y las soluciones culturales) será denominado **Illness**.

Frente al usuario, el trabajador social también tiene sus propias representaciones culturales de lo que es la familia (nuclear en oposición a la familia polinuclear o polígama), los roles parentales (de la mujer, del niño), *la educación, etc.*, y *–al igual que el terapeuta– sus orientaciones teóricas. El trabajador social tiene una formación y un acercamiento profesional dentro de un marco institucional bien determinado (hospital, escuela, servicio a la niñez, asociaciones...), con misiones bien precisas.*

Así como el terapeuta o el médico que elabora un diagnóstico y prescribe un tratamiento psicológico, el trabajador social también aportará una respuesta ya sea dando una indicación a seguir, haciendo un acompañamiento, consiguiendo una ayuda financiera, etc. Todo ello confrontando sus propios modelos explicativos con los del usuario. Pongamos por ejemplo la confrontación de diversas representaciones culturales de los roles parentales y de la educación, donde para ciertas sociedades tradicionales la educación se basa en castigos corporales que se oponen a la protección de la niñez.

Esta posición del profesional (atenta al sufrimiento social, al diagnóstico y a una determinada respuesta social) será denominada **Disease**.

Por último, una tercera dinámica entrará en escena y nos interesa especialmente en lo que concierne al trabajo social: es la realidad sociocultural del usuario. La condiciones en las que vive, su entorno, la familia, el trabajo, el centro donde le acogen, su situación legal (los famosos papeles, sin los cuales no hay trabajo, y sin trabajo no hay techo, el círculo infernal), entre otros.

Así, todo lo que concierne al proceso social, a la realidad sociocultural, todo aquello que legitima el estado del usuario, todo aquello que contribuye al malestar social será denominado **Sickness**. El **Sickness** es uno de los tres pilares de la antropología médico-clínica, donde un paciente expresa su vivencia, su sufrimiento psíquico (Illness), y donde el terapeuta responde elaborando un diagnóstico y una indicación terapéutica (Disease). El trabajador social participa al hacer un diagnóstico y al dar indicaciones sociales (Sickness).

Es necesario un equilibrio entre estas tres dinámicas para dar una respuesta adecuada a la demanda del usuario y para que el tratamiento sea pertinente. Al aceptar la confrontación de modelos explicativos (A. Kleinman), en el centro Minkowska no se subestima ninguno de esos tres aspectos a la hora de dar una respuesta médico-psico-social.

Con este acercamiento, “los aspectos culturales de la salud y de la enfermedad mental (yo añadiría también la exclusión social) son integrados como un elemento más” (Bennegadi, 1996). Forman parte de los criterios de análisis.

Podemos concluir que este marco abierto permite una escucha particular. Permite, de entrada, no focalizarse en los orígenes culturales y centrarse en la persona, sus dificultades, su sufrimiento y su realidad social.

Todos los profesionales pueden apropiarse de este modelo incluso si no dominan los elementos antropológicos. Y, lo repito, no se puede ser antropólogo de todas las culturas. Esta visión permite “aplicar sin discernimiento nuestro propio modelo explicativo que no integra necesariamente la visión de las representaciones culturales” (Bennegadi, 1996).

Aunque a veces, como dice Rapaille (2006), “muchas de las respuestas las tenemos a la vista, pero no sabemos leerlas, nos hace falta el código”.

El hecho de tener en cuenta las representaciones culturales es lo que nos permite dicho marco de intervención ya que se da una actitud de descentramiento, de la cual nos habla la psicóloga M. Cohen-Emerique, pero también de curiosidad hacia el otro (al hacerle participe, al aceptar decir “yo no sé, usted va a enseñarme”) y de rigor profesional, que permite ver a dichos “usuarios” en su singularidad, sin estigmatizarlos y evitando algunos derrapes etnocéntricos. Se me ocurre, por ejemplo, pensar en ciertos niños que han sido separados de su familia.

Descentramiento y
contratransferencia
cultural son, sin
duda, dos
mecanismos muy
difíciles de adqui-
rir, sin embargo,
los más valiosos

Sobre esta actitud necesaria del descentramiento, recordamos el mensaje que Marie-Rose Moro transmite a todos los profesionales y profesores del campo médico psico-social: “descentramiento y contra-transferencia cultural son, sin duda, dos mecanismos muy difíciles de adquirir, sin embargo, los más valiosos”.

Voy a terminar este artículo hablando como responsable de formación, citando, de nuevo, a Rachid Bennegadi: “el único problema es la capacidad de todo profesional de la salud (y yo añadiría, una vez más, y del campo social) de aceptar abrir su marco conceptual clínico, no bajo un proceso mágico, sino simplemente bajo la formación permanente”.

Marie-Jo Bourdin
Trabajadora social
Responsable de formación
del centro médico Minkowska, París
bourdin@minkowska.com



Bibliografía

- Bourdin M. J.** (2005). *L'excision, une coutume à l'épreuve de la loi*. Ed. A3.
- Bennegadi, R.** (1996). “Anthropologie médicale clinique et santé mentale des migrants en France”. En: *Médecine Tropicale, Revue française de pathologie et de santé publique tropicales*. Vol. 56, núm. 4 bis, p. 445-452.
- Rapaille, C.** (2006). *Culture codes: Comment déchiffrer les rites de la vie quotidienne à travers le monde*. Editions J.-C. Lattès.
- Cohen-Emerique, M.** *Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. L'Harmattan.
- Moro, M. R.** (2004). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Hachette Littérature.

-
1. Nuestro marco de antropología médico-clínica (AMECLIN) se puede consultar en: http://www.minkowska.com/esp/IMG/jpg/Schema_AMC.jpg
-