

2014

Diversidad cultural y prácticas de salud : aportes de la perspectiva antropológica a la terapia ocupacional sobre el caso de los inmigrantes chinos en la ciudad de Mar del Plata

Incaugarat, María Florencia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/298>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Diversidad cultural y prácticas de salud

“Aportes de la perspectiva antropológica a la Terapia Ocupacional sobre el caso de los inmigrantes chinos en la ciudad de Mar del Plata”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Tesis presentada en la
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Para optar el título de
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Por
Incaugarat, María Florencia

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina
Marzo 2014

Director:

Dr. Gil, Gastón Julián

.....

Co-Directora:

T.O. Vega, María Carlota

.....

Asistente Metodológica:

Cátedra Taller de Trabajo Final

Depto. Pedagógico de Terapia Ocupacional

Autora:

Incaugarat, María Florencia

.....

DNI 32.817.266

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO I: Comunidad china en Argentina.....	16
-Proceso migratorio China-Argentina.....	16
-Taiwaneses y Chinos.....	24
-Datos demográficos.....	26
-Características generales de la comunidad china en Argentina.....	27
CAPÍTULO II: Modelo Médico Hegemónico vs. Medicina Antropológica... 	39
-Modelo Médico Hegemónico.....	40
-Modelo Alternativo-Subordinado y Modelo de Autoatención.....	44
-Medicina Antropológica.....	45
CAPÍTULO III: Diversidad cultural en los servicios de salud.....	49
-El rol de la cultura en la concepción de la salud y la enfermedad.....	49
-El rol de la cultura en las prácticas de salud.....	52
-El rol profesional dentro de un contexto de diversidad cultural.....	54
-Posibles consecuencias de la distancia cultural en los servicios de salud	60

CAPÍTULO IV: Perspectiva antropológica en la Terapia Ocupacional	63
-Rol de los factores culturales en las bases de la Terapia Ocupacional.....	63
-Enfoque etnográfico en la Terapia Ocupacional.....	65
-Derribando el sentido común.....	69
-Terapia Ocupacional en la Infancia. Situaciones de diversidad cultural.....	70
ASPECTOS METODOLÓGICOS	73
-Tema.....	74
-Objetivos.....	74
-Tipo de estudio.....	75
-Población de estudio.....	75
-Muestra.....	75
-Tipo de muestreo.....	75
-Criterios de selección de la muestra.....	76
-Dimensionamiento de la variable.....	76
-Técnicas de recolección de datos.....	82
-Análisis de los datos.....	86
RESULTADOS	87
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFÍA	114

INTRODUCCIÓN

Ante un primer acercamiento a un servicio de salud, pueden observarse ciertas situaciones que parecieran estar llamando a quien las presencia, a ser tomadas en cuenta y analizadas desde una perspectiva desde la cual, aún quizás no han sido contempladas. Éste es el caso de los grupos que poseen sistemas culturales diferentes a aquéllos que predominan en los servicios de salud.

Situaciones de incompreensión desde ambas partes -usuario y profesional de la salud-, de abandono de tratamientos, entre otras, se constituyen como una de las razones por las cuales es motivada a ser llevada a cabo la presente investigación. Por un lado, la misma pretende comprender las representaciones culturales y prácticas de salud de la población china que reside en la ciudad de Mar del Plata, abordando entonces, una de las diferentes etnias que acuden a los servicios sanitarios.

Desde el año 2002 en el cual arribó la primera familia china a la ciudad¹, fue incrementando paulatinamente el número de chinos que residen en la misma. Este incremento poblacional se observa desde el sistema público sanitario a donde acuden las familias chinas. A raíz de esta demanda, se considera necesario poder conocer el tipo de prácticas de salud que posee dicho grupo, como las representaciones sociales y culturales, ya que de no ser así, dicho desconocimiento podría convertirse en un obstáculo a la hora de prestar los correspondientes servicios de salud.

A su vez, la investigación se orienta a poder describir las situaciones de tensión que se dan entre esta población y los profesionales de la salud dentro del ámbito sanitario. Al respecto, en un acceso preliminar al campo realizado en uno de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata, se pudo establecer que, para los parámetros occidentales -basados en escalas latinas o

¹ "Historias de Ida y Vuelta Sobre migrantes en el 138° Aniversario de Mar del Plata". Diario *La Capital*. Mar del Plata, 10 de febrero de 2012.

sajonas- los niños chinos llevados a control, no cumplen con todas las pautas madurativas esperadas para su edad. Desde la concepción del equipo de salud, esto se debe a una escasa facilitación ambiental por parte de la familia -los padres los mantienen en *corralitos*, sentados en sillas, o acostados en cuna, sin brindarles *posibilidades*. Estos signos de *retraso madurativo* para la cultura occidental, son motivo de intervención por parte del equipo, y son derivados a tratamiento. También se pudo establecer que hay una aceptación incompleta del mismo, ya que las familias chinas al acudir a consulta por derivaciones, sólo asisten a las primeras sesiones, abandonando el tratamiento, y, por otro lado, se puede relevar que las madres dicen entender lo que se les explica, pero no cumplen con las indicaciones en el hogar. Estas dos situaciones imposibilitan el cumplimiento del tratamiento prescripto por el equipo de salud.

Desde otra perspectiva, los inmigrantes chinos en nuestra sociedad, reciben atribuciones despectivas tales como *invasores*, *explotadores*, *nos vienen a robar el trabajo*, etc. En relación a esto es fundamental dar cuenta de las características materiales e ideológicas que la sociedad receptora desarrolla acerca del grupo étnico extranjero y sobre su percepción de la diferencia para comprender el proceso de inserción de la población migrante, con la posible emergencia de procesos de estigmatización (Mera, 2003). En la presente investigación se considera como fundamental, establecer si estos procesos de estigmatización suceden por parte del equipo de salud, ya que podrían afectar negativamente la calidad de los servicios brindados a este grupo cultural.

De manera colateral, se pretende brindar nuevos aportes a la Terapia Ocupacional ya que la mirada desde la cual se posicionará la presente investigación, será la perspectiva antropológica, y se utilizarán técnicas etnográficas² para el

² Cabe aclarar que esta división esquemática entre teoría y práctica es artificial, y sólo se utiliza con

estudio de los sujetos sociales de la investigación, como son la observación participante y la entrevista etnográfica. Éstas se encuentran enmarcadas dentro del trabajo de campo, metodología insignia de la Antropología, utilizado frecuentemente por otros profesionales que consideran que al trabajar sobre lo cotidiano y las representaciones de los actores sociales estudiados, se logra un conocimiento al cual es difícil de acceder a partir de otros métodos. En el caso de la Terapia Ocupacional, el posicionamiento desde una perspectiva antropológica, permite conocer a un *otro*, culturalmente hablando, otorgando una comprensión de las características idiosincrásicas de una cultura, imprescindibles para una idónea intervención en materia de servicios de salud.

La presente investigación, a su vez, tiene como afán colaborar en la formación de una perspectiva profesional en donde los factores culturales ocupen el mismo nivel de importancia que el resto de las esferas que componen al ser humano; y por último, entonces contribuir en la construcción de un servicio de salud más integral y horizontal.

Al respecto, el deseo de conocer las representaciones y prácticas de salud de la comunidad china -y observar cómo éstas interactúan con las propias del equipo de salud- se funda en la necesidad de que éstas sean consideradas a la hora de realizar las diferentes intervenciones desde el rol profesional. De este modo se apunta a que dichas intervenciones sean trabajadas en conjunto y la comunidad sea participe en el cuidado de su salud, enmarcados dentro del ámbito de la Promoción de la Salud, logrando así una mayor horizontalidad y reciprocidad entre el equipo de salud y los miembros de la comunidad, como así disminuyendo las situaciones de tensión entre ellos. Cabe aclarar que “la Promoción de la Salud consiste en

proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud de la comunidad y ejercer un mayor control sobre la misma, y es una propuesta para involucrar a los miembros de la misma como participantes activos en la transformación de la realidad y en la construcción de su salud” (Restrepo, 2000:24).

Se considera a la salud “como un proceso de carácter multidimensional, y por lo tanto sumamente complejo. Adquiere valor especialmente en función de la cultura en que se intente comprender” (Vega, 2010:1). A partir de esta concepción, se promueve no disociar la cultura del individuo, inherente a él y formadora de su subjetividad, y evitar que las prácticas de salud consideradas alternativas sean tomadas como consecuencias poco favorables, ineficaces u otras formas despectivas, imponiendo así al sujeto las prácticas consideradas como eficaces por el modelo médico vigente. Este tipo de posicionamientos etnocéntricos son tan habituales como riesgosos a la hora de brindar un adecuado servicio de salud, o realizar intervenciones a nivel comunitario.

Por todo lo contrario, se cree fundamental asumir que los grupos étnicos poseen criterios, constructos y prácticas en salud más allá de que sean equivocados o no. En ese sentido, “reconocer esto supondría un cambio radical en la perspectiva salubrista, pues asumiría que los conjuntos sociales no son reacios a la prevención...” -y a otras prácticas de salud-, “...dado que producen y utilizan este tipo de prácticas. En consecuencia uno de los principales objetivos médicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes (...) de los grupos para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta” (Menéndez, 1998:64).

Es imprescindible entonces, apelar constantemente al concepto de etnicidad, el cual remite a categorías de adscripción que los sujetos sociales fijan para sí mismos, generalmente con un origen común, determinando formas de organización

e interacción entre las personas. Dicho origen ofrece, por lo general, una interpretación particular de la historia que tiende a justificar, fortalecer y mantener la identidad étnica. Es así, que en general, las categorías étnicas suelen tener una incidencia importante en los patrones de conducta, en la autopercepción en la macrosociedad (Gil, 2008), y en las diversas prácticas cotidianas, en donde están comprendidas las referidas a la salud, las concepciones sobre la salud y la enfermedad, entre otras.

Por último, la comunidad china en el país y en específico, en Mar del Plata, ha sido escasamente estudiada, por lo que se espera poder contribuir al conocimiento que sobre ella se tiene en Argentina.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La perspectiva antropológica y su importancia en la atención de la salud, ya ha sido considerada y puesto en relieve por ciertos autores. Korman e Idoyaga Molina, en *Cultura y depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales* (2010) utilizan los aportes de la antropología médica, desde los que plantean la necesidad de considerar la dimensión sociocultural de la enfermedad; la existencia de conflictos de índole cultural entre los usuarios y los prestadores del servicio de salud; la imposibilidad de comparar los *taxa vernáculos* con los biomédicos/psiquiátricos; y las dificultades a la hora de realizar los diagnósticos, resultando éstos erróneos o parciales en un gran número de consultas. Por otro lado, el rol de las representaciones culturales en la definición de las prácticas de salud llevadas a cabo por los diferentes actores, como así en la valoración de las prácticas propias y ajenas; y la complejidad de los conceptos en torno a la salud y la enfermedad que implican nociones sobre el cuerpo y las entidades que integran la persona, son planteados como interrogantes que no pueden dejar de ser contemplados ni analizados. Dichos autores plantean la necesidad de realizar un análisis de las enfermedades, incluyendo su diagnóstico y tratamiento, tanto desde la lógica biomédica, como desde la lógica nativa. Un ejemplo que pone de relieve el problema diagnóstico, es el de la utilización de clasificaciones internacionales de los padecimientos, como resultan el DSM-IV y el CIE-10 -ampliamente implementados en la práctica biomédica-, los cuales abordan vaga y erróneamente los factores culturales, generalizando los diagnósticos a todos los seres humanos por igual (Ibíd.).

Otro trabajo que aborda la necesidad de esta perspectiva, como así establece una aproximación a la problemática de la diversidad cultural en los establecimientos de atención de la salud, es *La cultura en el Cuidado Clínico -Culture*

in Clinical Care⁻³ (Bonder et al., 2002). Allí, se pone de manifiesto la creciente diversidad entre las profesiones de la salud, pacientes e instituciones -cada grupo, marcado por una variación cultural propia, y cada uno de ellos, en constante contacto con el otro-. La interacción de la cultura con la experiencia y personalidad individual en el desarrollo de las creencias, valores y acciones, como la información sobre las creencias culturales relacionadas a la salud y el bienestar, son investigadas en relación a cómo éstas influyen sobre las estrategias de intervención.

Con respecto al método etnográfico, éste es considerado como una herramienta necesaria para lograr una evaluación y diseño de intervención culturalmente sensibles en un mundo diverso, como así para lograr los conocimientos necesarios para reconocer las diferencias culturales y abordarlas adecuadamente (Ibíd.). En *Etnografías para la investigación en Terapia Ocupacional*, Gutiérrez Monclus & Pujol Tarres (2009), desarrollan extensamente la relevancia de la etnografía como metodología fundamental para la disciplina. Los autores establecen que “los estudios etnográficos, permiten una aproximación a la realidad social que tiene en cuenta los procesos de subjetividad y construcción de significado de los sujetos de investigación” (Ibíd.:8). como así permiten describir la experiencia de las personas en su unicidad y no como un dato. Plantean que dichos estudios permiten conocer a “las personas y procesos en sus ambientes naturales, aprender la perspectiva de las personas, entender su manera de ver el mundo y su subjetiva construcción de su realidad, contar una historia compartiendo entendimientos y hacer una diferencia a través de este entendimiento” (Ibíd.:4). Por último, dichos autores, afirman que “la aproximación etnográfica, en tanto que posibilita una comprensión global y compleja de la práctica ocupacional que tenga en cuenta las

³ Una de sus autoras, Bette Bonder es terapeuta ocupacional, miembro de la FAOTA y profesora de Ciencias de la Salud en la Universidad estatal de Cleveland, USA.

dimensiones subjetivas y de significado, tiene una importante tradición como herramienta de estudio y reflexión sobre la práctica ocupacional” (Ibíd.:9).

En relación a los trabajos en Terapia Ocupacional realizados con metodología etnográfica, los mismos son escasos, pudiéndose considerar esta implementación como una área emergente en la disciplina.

Se pueden citar algunos trabajos presentados en el último Congreso Internacional de Terapia Ocupacional, realizado en el año 2010, en la ciudad de Santiago de Chile. *El derecho de volver como un Derecho Humano: mujeres jordanas de origen palestino -The Right of Return as a Human Right: Jordanian women of Palestinian Origin-* (Mohammad, 2010), ilustra los factores que influyen y actúan sobre los roles ocupacionales y actividades de las mujeres jordanas, en el contexto de conflictos políticos en curso, a partir de la utilización de método etnográfico -entrevista etnográfica, observación participante dentro de variados contextos comunitarios jordanos-. A su vez destaca que la perspectiva antropológica colabora a la Terapia Ocupacional en el establecimiento de intervenciones culturales apropiadas a nivel psicosocial. *Una investigación etnográfica de inmigración latina en Carolina del Norte, Estados Unidos -An ethnographic exploration of Latino immigration to North Carolina, United States-*, (Bailliard, 2010), describe la experiencia subjetiva de inmigración latina y la adaptación a la vida norteamericana, a raíz de la escasez de estudios sobre esta población en Estados Unidos y por medio de la implementación del método etnográfico. Por último, en *Un análisis etnográfico del uso del tiempo en dos centros preescolares en la República Dominicana -An Ethnographic Analysis of Time Use in Two Preschools in the Dominican Republic-* (Dennis, 2010), no se utilizó metodología etnográfica, pero es importante destacar que uno de los ejes abordados fue el efecto de la cultura en el

comportamiento de los individuos. Del mismo se destaca la importancia de examinar los contextos en los cuales ocurre el desarrollo, especialmente en aquellos en donde se producen los aprendizajes tempranos, ya que ellos constituyen uno de los primeros contextos en los cuales los medios y significaciones culturales son aprendidos. El estudio colabora a las Terapia Ocupacional, desde el momento en que las decisiones que las personas realizan en relación a sus ocupaciones, reflejan sus valores y creencias culturales. La autora agrega que la investigación de patrones de actividad preescolar con perspectiva antropológica provee una ventana hacia dichos valores y creencias, ya que las actividades se ven influenciadas por patrones culturales.

Por último, en *Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural*, Zango Martín y Moruno Millares, (2013) discuten el rol de la profesión en los contextos de la globalización, como así la necesidad de desarrollar una perspectiva intercultural desde la terapia ocupacional. “De este modo, el artículo plantea el análisis crítico de los principales fundamentos teóricos de la terapia ocupacional referidos a la naturaleza de la ocupación y el vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar, así como las praxis derivadas de ellos.” (Ibid.:10). Se plantean diversas reflexiones tendientes a favorecer la construcción de abordajes terapéuticamente eficaces acorde a los contextos en los que se lleven a cabo. Una de ellas, circula en torno al concepto de *etnocupación* en contraposición al de *ocupación*. Según los autores, aquél se encuentra dotado de características etnocéntricas, por lo que se plantea entonces una visión en donde la ocupación se encuentra atravesada por aspectos económicos, políticos, sociales, culturales; por lo cual los modos de desempeñarlas, variará de una sociedad a otra.

En lo que refiere al desarrollo histórico-cultural, también son escasos los trabajos sobre la población china en la Argentina. Quien desarrolla aspectos teóricos en relación al proceso migratorio de dicha población es Bogado Bordazar (2002, 2012), en donde se incluyen el perfil, situación e integración social de los inmigrantes chinos, los períodos migratorios hacia la Argentina y sus factores de variación, la ubicación en el territorio nacional, etc. Otros autores que realizan diversos análisis sobre estos factores y otros, son Zuzek (2004), Zhang Tuo (2007), Trejos & Chiang (2012) Sassone & Mera (2003) Denardi (2013), los cuales serán analizados en las páginas siguientes.

En relación a la comunidad china en la ciudad de Mar del Plata, según el diario La Capital de dicha ciudad, en un suplemento de octubre del 2012, indica que la inmigración a la ciudad consiste en un proceso que comenzó en el año 2002. A la fecha de publicación, se tenía un recuento superior a los 500 chinos habitando en la ciudad, 100 de ellos, nacidos en Argentina. A su vez, menciona que la actividad principal de dicha comunidad son los supermercados, poseyendo un total de 100 comercios de dicha índole. La región de donde provienen los inmigrantes que emigran hacia la ciudad, es la provincia de Fujian, ubicada en el sudeste de China, conformada por una superficie de más de 121.000 kilómetros cuadrados y 35 millones de habitantes. La doctora Paula Urciuoli, representante legal y secretaria de la Cámara de Supermercados Chinos de Mar del Plata y la zona, fue quien brindó información detallada al respecto al medio de comunicación explicitado, que se continuará en el capítulo I.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

COMUNIDAD CHINA EN ARGENTINA

Son múltiples los estudios migratorios en Argentina sobre diferentes comunidades. Así todo, a pesar del proceso de inmigración china altamente marcado en nuestro país, pocos son los trabajos que se han dedicado a esta población, así sea con respecto al proceso migratorio, a la integración cultural, y menos aún, en relación a la esfera de la salud. Por el contrario, son numerosos los estudios sobre los inmigrantes de origen coreano.

Proceso migratorio China-Argentina

Situación de la región Asia Pacífico y migración china a nivel mundial

Para realizar un análisis adecuado sobre la inmigración china hacia Argentina, es esencial primero conocer la situación particular de la región Asia Pacífico. Esta zona es la más densamente poblada del planeta, concentrando el 50% de la población mundial (alrededor de 1.850 millones de habitantes) y tiene el mayor mercado de trabajo del mundo. Sólo la población económicamente activa de China ronda los mil millones de trabajadores y este país presenta uno de los crecimientos demográficos más acelerados del planeta. A partir de la década del '80, ha experimentado un crecimiento económico muy elevado, especialmente en ciertos países, dentro de los cuales se incluye China. Dicho crecimiento económico influyó decisivamente en la migración de mano de obra, lo que resultó en el aumento de

migrantes laborales en más de tres veces en dos décadas (Bogado Bordazar, 2002).

La distribución de los migrantes chinos -denominados *chinos de ultramar*⁴- se observa en todos los continentes, constituyendo un total de alrededor de 65 millones. Según Bogado Bordazar (2012), la mayoría del total de estos migrantes se concentra en la región de Asia Pacífico, aunque en los últimos años ha aumentado la migración hacia países no asiáticos. Cabe aclarar que independientemente de que se asienten migrantes chinos en más de 150 países, la predominancia de lugar de asentamiento es en aquellos países en donde los inmigrantes consideran que se pueden ofrecer mejores condiciones de vida que las que poseen en su país (Ibíd., 2002). A su vez, se observa que en los países más extensos geográficamente, se asientan las colonias más numerosas de chinos, como así éstas pueden encontrarse en los países más desarrollados y fundamentalmente en las grandes zonas urbanas de los países receptores (Ibíd., 2012).

El gran caudal de inmigrantes chinos a nivel mundial dio lugar al auge del *fenómeno de los chinos de ultramar* y de las *redes internacionales de migrantes chinos*⁵. “Estas redes son consideradas agentes dinamizadores y estabilizadores de la economía de algunos países de la región del Asia Pacífico (...). Se estima que catorce millones de chinos de ultramar representaban -en la década del '70-, el poder económico más importante en Asia fuera de Japón. Están unidos por un lenguaje, cultura y herencia común; y operan económicamente como una gran corporación multinacional con sus propios patrones de conducta” (Ibíd., 2002:13).

⁴ Término extraído de Bogado Bordazar, Laura Lucía (2002) *Migraciones Internacionales. Influencia de la Migración China en el Río de la Plata*. Tesis presentada en la Universidad Nacional de La Plata para la obtención del grado académico de Magíster en Relaciones Internacionales (inédita).

⁵ Ídem.

Los primeros flujos migratorios hacia América latina

Los primeros flujos migratorios chinos hacia este subcontinente comenzaron durante la época colonial, con la primera expansión española hacia Filipinas en el siglo XVI, aunque su apogeo fue a mediados del siglo XIX, especialmente hacia Perú, Cuba -predominantemente-, Panamá y Brasil, y se estima que algunos de los inmigrantes chinos se dispersaron hacia otros países de América Latina (Ibíd., 2003). Así todo, en los países mencionados es en donde hoy se encuentra la mayor concentración de esta población en dicho subcontinente (Zhang Tuo, 2007). “Es así que los primeros flujos importantes de migración de origen chino los ubicamos entre los años 1845 y 1920 y tuvieron como principal característica el comercio de los *culíes* o *coolies*, palabra que denominaba a los peones chinos que generalmente eran contratados para trabajar en el campo y en las minas. Estos trabajadores eran trasladados en grandes barcos mercantiles, con contratos temporarios para trabajar en haciendas, en la construcción de vías de tren y en minas de oro, labores que desarrollaban en condiciones de semiesclavitud” (Bogado Bordazar, 2002:94).

Los períodos migratorios a Argentina

Según el trabajo de Bogado Bordazar (Ibíd.) habría tres períodos migratorios con características diferentes. Se considera importante apreciar las diferencias expuestas que existen entre la migración de los provenientes de Taiwán y los de China continental⁶.

⁶ A pesar de existir un conflicto desde 1949 entre Taiwán (República de China) y China continental (República Popular de China), a partir del cual el primero resulta en un estado independiente en los

El primer periodo, es poco significativo cuantitativamente. Según lo expuesto por Bogado Bordazar (2002), abarca desde 1914 hasta 1949 -inicio de la Revolución China-. Así todo, autores como Trejos & Chain (2012) establecen que las primeras corrientes hacia Argentina comenzaron en 1894, durante la primera guerra entre China y Japón. Sí existen acuerdos que el presente período finalizó en 1949, con el fin de la Guerra Civil China (Bogado Bordazar, 2002; Trejos & Chain, 2012; Denardi, 2013). Los inmigrantes de este período, motivados por razones políticas, provenían del sudeste de China, principalmente de las provincias costeras, y no traían consigo capital considerable, siendo mayoritariamente hombres solos, refugiados del nuevo sistema comunista. Se estima, según fuentes extraoficiales, que entre 1960 y 1965 residían en la Argentina alrededor de 1.500 chinos (Sassone & Mera, 2003).

Un segundo periodo comienza a partir de la apertura económica de China en 1978, y con mayor énfasis, en los primeros años de la década del '80. Los inmigrantes principalmente provenían de Taiwán, con toda la familia, poseedores en su mayoría, de un capital propio suficiente como para iniciar su estadía en Argentina, a través del establecimiento de actividades comerciales, -en su mayoría-. “Esta situación tuvo influencia positiva en la integración⁷ de los migrantes en la sociedad receptora y en la conformación de una colectividad china estable en la Argentina, impulsando de esta manera el progresivo desarrollo de asociaciones civiles nacionales, las cuales a la vez ampliaron su vinculación con otras redes

hechos, pero parcialmente reconocido como tal por las Naciones Unidas, se considera que la cultura que ambos estados comparten es una tangente desde la cual analizar los diferentes ejes expuestos en el presente trabajo.

⁷ A pesar de que la problemática de la integración será analizada con posterioridad, es necesario con anterioridad distinguir entre este concepto, el cual se refiere a un “elevado grado de incorporación cultural y mantenimiento de las identidades étnicas” (Gil, 2008:314), y el de *asimilación*, el cual implica una “difusa identidad étnica y alta incorporación cultural” (Ídem).

internacionales y regionales de chinos de ultramar” (Bogado Bordazar, 2012:132).

En su tesis de Maestría, Bogado Bordazar (2002) establece ciertas causas concurrentes por las cuales fue impulsada la migración china de ultramar hacia Argentina y Uruguay durante las décadas de los '80 y '90.

Una de ellas, consiste en la necesidad de superar las posibilidades laborales y económicas de su país -expresado por las familias entrevistadas como *huir de la desocupación*-, y en las expectativas de mejorar las condiciones de vida tanto para el migrante como para sus descendientes, lo cual se ha ido desvirtuando desde los últimos años de la década del '90 por la situación económica y social de Argentina - como de América Latina-. Bogado Bordazar denomina a este tipo de migrante como *Migrante internacional laboral o económico*, al cual define como “toda persona que traspasa las fronteras de su país de origen para establecerse -en forma temporal o definitiva- en otro país de su elección, al que denominaremos receptor. Los motivos de la decisión de emigrar pueden ser numerosos, pero el componente que no falta es la necesidad de mejorar las condiciones económicas, laborales y de vida del migrante o del grupo familiar” (Ibíd.:8). Las investigaciones realizadas en el marco de la citada tesis describen que las familias chinas entrevistadas expresaron haber satisfecho estos objetivos de mejorar las condiciones de vida presentes y futuras “pues han alcanzado progresos en su situación económica y posición social constituyendo un grupo dinamizador de la economía, ampliando las redes de relaciones de chinos de ultramar hacia estos lugares más remotos del planeta y mejorando en general las condiciones de vida” (Ibíd.:16).

Por otro lado, se establecen secundariamente causas que engloban motivos de seguridad personal. Carolina Mera & Susana Sassone (2003) expresan que el

miedo a una invasión del comunismo continental hacia la isla de Taiwán, se asocia a los motivos de emigración. “En este período los motivos y las modalidades de emigración de este contingente estuvieron impulsados fundamentalmente por el *factor miedo* de los habitantes de Taiwán sobre los rumores de expansión del sistema comunista chino hacia la isla, (...) aunque también lo fue la necesidad de mejorar la calidad de vida del grupo familiar que amenazaba deteriorarse con la explosión demográfica experimentada en la isla en esos años” (Bogado Bordazar, 2002:155). La capital y principal urbe de Taiwán, Taipei, presentaba una densidad de población con índices muy elevados, “con los problemas sociales, ambientales y de calidad de vida que ello implica. Por lo tanto, estos motivos se combinaron para influir en la voluntad de emigrar de grupos familiares, quienes en general elegían aquellos países donde residiera algún familiar o amigo, que le aportara conocimientos sobre la situación política y socioeconómica del eventual país de acogida” (Ibíd.:131). La situación nacional argentina para comienzos de la década del '80, con el retorno de la democracia, representó un destino prometedor para los nuevos inmigrantes, que buscaban seguridad personal/familiar y desarrollo económico.

Por último, ciertas familias inmigraron al cono sur de América Latina, con el fin de permanecer un tiempo en él, como lugar de transición hacia otros países como Estados Unidos, Canadá o ciertos países europeos. En la tesis citada se establece que este último objetivo se cumplió de manera parcial, pues muchos de los inmigrantes que arribaron a Argentina, se establecieron *definitivamente* en la región al obtener la residencia permanente, entre otros motivos.

El tercer periodo migratorio, se extiende desde 1990 hasta 1999, y se caracteriza por un flujo importante de inmigrantes provenientes del continente chino, principalmente de las provincias costeras (Bogado Bordazar, 2002), destacando la mayor procedencia de Shanghai, Fujian y Guangdong -con predominancia actual de los originarios de Fujian-. (Zhang Tuo, 2007). La mayoría de ellos, con el fin de encontrar posibilidades para desarrollar sus actividades comerciales, se asentaron en la ciudad de Buenos Aires (Sassone & Mera, 2003).

Este período tiene sus inicios cuando finaliza la Revolución Cultural en China en el año 1989, la cual trajo aparejada una mayor apertura y flexibilización del país, promoviendo a su vez, una aceleración del proceso migratorio, principalmente de jóvenes solos que emigraban sin el grupo familiar, provenientes de las zonas costeras de China continental -Shanghai, Fujian, Zhejiang, Guangdong, entre otras-. Dichos inmigrantes arribaban al país con escaso capital para establecer una actividad económica, y no poseían contrato de trabajo. Fue la misma comunidad, en su mayoría, la que les proporcionó el primer trabajo (Bogado Bordazar, 2012).

Por otro lado, una década después, en 1999, la situación económica de China se vio deteriorada luego de la crisis regional, presentando un estancamiento a nivel económico. Se produjeron una serie de despidos masivos en el sector estatal, lo cual generó un elevado número de desempleados. Según Bogado Bordazar, sólo en ese año, las empresas estatales despidieron a casi 6.000.000 de empleados. Esto a su vez acarrió un aumento en la carga de servicios sociales y un mayor endeudamiento público (Ibíd. 2002).

En una nota realizada por el diario *La Nación*, un joven entrevistado relata que su padre arribó a la Argentina a mediados de los '90 al quebrar la compañía de

sandalias que poseía en Fujian. Comenta que “allá por la cantidad de gente, le resultaba imposible conseguir trabajo. Y le recomendaron la Argentina, por las posibilidades que ofrecía, además de que el *1 a 1* era famoso. Y vino, como cualquier extranjero que empieza a buscar trabajo. Fue mozo y después cocinero. Juntó plata para ir pagando sus deudas y también ahorró para abrir su supermercado”⁸ explica el joven. A fines de la misma década, arribó su madre y posteriormente lograron realizar los trámites necesarios para que el joven pudiera residir de manera legal en la Argentina.

Luego de la crisis del 2001, la inmigración china hacia la Argentina sufrió ciertas variaciones. Por un lado, el índice de población china descendió de entre 30 y 50 mil habitantes (Zuzek, 2004) -no se cuenta con datos oficiales- a unos 20 mil habitantes. Cabe aclarar que los taiwaneses superaban en número a los inmigrantes chinos anteriormente a la crisis, tendencia que se revirtió, luego de la misma. Según un informante entrevistado por Denardi (2013) “los taiwaneses hacen el proceso contrario a los chinos: luego de la crisis de 2001, empiezan a emprender viaje desde Argentina sea a Estados Unidos, sea a Taiwán” (p.20). Así todo se produjo una retracción en la inmigración china hacia el país, como así, una corriente reemigratoria desde Argentina hacia otros países que ofrecieran mayor estabilidad, como Chile, México, Brasil, Estados Unidos y Canadá (Bogado Bordazar, 2012). Desde el año 2005, la inmigración china se incrementó nuevamente, probablemente asociada a la mejoría económica argentina. Es a partir de este año que “las nuevas proyecciones de crecimiento económico y la estabilidad social del país resultaron

⁸ “Argenchina”. Diario La Nación, Buenos Aires. 28 de Julio de 2013.

nuevamente atractivas al ingreso de contingentes chinos” (Ibíd., 2012:7).

Con respecto a las características propias de los inmigrantes que arriban en la actualidad, el presidente de la Asociación de Comerciantes Chino-Argentina en este país, inmigrante chino de 71 años proveniente de Shangai, arribó a la Argentina hace más de 50 años, y explica al diario Clarín "los compatriotas que llegan por estos años son campesinos que traen, cada uno, entre 10 y 20 mil dólares, pocas veces propios, casi siempre prestados"⁹.

Taiwaneses y Chinos

Además de las diferencias expuestas entre estas dos poblaciones en relación al proceso migratorio y sus características, pueden encontrarse otras divergencias que se considera fundamental relevar. Para esto, es importante recordar que a pesar que ambas comunidades comparten una historia y cultura milenaria, fue “en la Segunda Guerra Mundial cuando tomaron otro rumbo: ante el avance del comunismo en el continente, el partido nacionalista Kuomintang se replegó en la isla de Taiwán”¹⁰. .

En el estudio realizado por Luciana Denardi (2013) *Buenos Aires. Ser chino –en sentido amplio- y ser taiwanés* plantea que son los taiwaneses quienes suelen mostrarse reacios cuando se los denomina *chinos* -referido a la China continental-, no mostrando la misma actitud aquellos inmigrantes chinos provenientes del continente. Explica, por el contrario, que los taiwaneses, cuando consideran la

⁹ “Los chinos de acá”. Diario Clarín, Buenos Aires. 08 de mayo de 2005. Artículo electrónico extraído de www.clarin.com

¹⁰ “Argenchina” Diario La Nación, Buenos Aires. 28 de Julio de 2013.

cultura milenaria china y los antepasados, se reconocen como chinos *en sentido estricto*. Agrega que los taiwaneses “si piensan en los inmigrantes chinos que se encuentran en Argentina, tienden a diferenciarse para no ser confundidos, ya que para los taiwaneses ser chino en sentido estricto, y particularmente proveniente de Fujian, es equivalente a ser poco educado. Una cuestión que no es menor para este colectivo”.

Un joven argentino entrevistado por el diario *La Nación*, hijo de taiwaneses, dueño de un restaurante inaugurado en 1989 en la ciudad de Buenos Aires, explica que “muchos taiwaneses abandonaron la Argentina por la hiperinflación. Tengo amigos que en esa época se fueron a Canadá y Estados Unidos (...) Éramos todos taiwaneses hasta 2006, que fue cuando entraron los chinos a falta de personal taiwanés. Los propietarios de los locales comenzaron a contratar chinos en restaurantes y regalerías, porque no está en la preferencia de los padres taiwaneses tener a sus hijos en sus negocios. Ellos te inculcan que hagas una carrera, completes sí o sí la Universidad. El chino que viene a la Argentina, lo digo sin desmerecer a nadie, llegó del interior de China, no de grandes ciudades, y no está mentalizado para el estudio, aunque sí para el trabajo. Crecen y tienen que empezar a trabajar”. Por último agrega que “al principio tomaba distancia del chino, pero después me fui adaptando, los vas conociendo. Pero no hablamos de política, es un tema tabú”¹¹. Este tipo de testimonios plantean interrogantes interesantes a descifrar, en torno a la identidad china.

Con respecto a la integración con la sociedad receptora de ambas poblaciones, en una entrevista realizada por Luciana Denardi (2013) al hijo de un

¹¹ Ídem.

taiwanés radicado en Argentina, explica: “cuando mi papá vino a Argentina, yo era chico, y absolutamente todos [los chinos] venían a trabajar, buscar mejor posición económica para tener un mejor futuro. Ahora han pasado 20 años, 30, muchos han ganado dinero, y esos que han ganado dinero, ya por ahí se dedican a otras cuestiones: tienen tiempo de entrar en eventos, en fiestas, en contacto con la sociedad local. Antes trabajaban, ahora tienen guita y pueden [vincularse]” (p.20). Dicho informante agrega que la comunidad taiwanesa ya superó la instancia de sacrificio y trabajo, y sus descendientes han podido acceder mayoritariamente a estudios universitarios. Por el contrario, explica que la comunidad china proveniente del continente, aún se encuentra en aquella primera etapa, lo cual, explica, “no les permite interactuar ni con los miembros de su propia colectividad” (Ibíd.:21).

Datos demográficos

Como se podrá observar, existen serias diferencias en los índices poblacionales, arrojando datos sumamente diferentes según el ente que realice la medición. Cabe aclarar que Wang Jian, el consejero político de la embajada de la República Popular en Buenos Aires, explica que la embajada china no posee registros de la cantidad de inmigrantes chinos¹².

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el año 2001, se contabilizaron 4.184 inmigrantes chinos en el país; duplicándose la suma para el año 2010, arrojando un total de 8.929 individuos chinos censados¹³

Dichos datos, presentan enormes contradicciones con aquéllos publicados

¹² “Los chinos de acá”. Diario Clarín, Buenos Aires. 08 de mayo de 2005. Artículo electrónico extraído de www.clarin.com

¹³ Datos extraídos del INDEC http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp

por la misma Dirección Nacional de Migraciones, los cuales indicaban que en el año 1999, los residentes chinos ascendían a 10.124 (Sassone & Mera, 2003). Así todo, continúan las discordancias con datos publicados en diversos trabajos. Por ejemplo, según fuentes extraoficiales, Bogado Bordazar (2002) indica que en el 2002, habitaban en el país entre 40.000 y 45.000 inmigrantes chinos, y que actualmente, “se estima que en la actualidad el número de la comunidad china residente supera las 90.000 personas” (Ibíd., 2012:134). Con respecto a la población taiwanesa, actualmente, se estima que sus residentes argentinos ascienden a 20.000 o 30.000 y representan el 20% de la población china que reside en el país (Denardi, 2013). De lo explicitado, entonces, se infiere, que la población china en el país sería de unos 100.000 a 150.000 habitantes. Estos datos coinciden con los expuestos por el diario *La Nación* (2013), en donde estiman que los índices poblacionales ascienden a 120.000 residentes, de los cuales, según el Ministerio del Interior y el Departamento de Inmigración de Argentina, 60.000 chinos llegaron a partir del año 2005.

En cuanto a la distribución de los inmigrantes, la mayoría de ellos reside en Capital Federal y en el gran Buenos Aires -alrededor de un 80%-, y la población restante en otras ciudades de dicha provincia como La Plata, Mar del Plata y de manera irregular en otras ciudades más pequeñas; como así en otras provincias tales como Córdoba, Mendoza, Tucumán, Entre Ríos, Santa Fe, Río Negro, Santa Cruz, (Zhang Tuo, 2007; *La Nación*, 2013). Cierta sector de la población formó colonias agrícolas en Formosa (*La Nación*, 2013). Cabe aclarar que la mayor concentración de población en las zonas metropolitanas es a su vez, característica del asentamiento de esta comunidad en otros países del mundo (Bogado Bordazar,

2002).

Características generales de la comunidad china en Argentina

Actividad laboral

La mayoría de los inmigrantes chinos se dedica al comercio en el rubro de alimentación, específicamente, en supermercados, al punto tal que éstos, en la actualidad, “forman parte de la vida cotidiana del pueblo argentino”. (Zhang Tuo, 2007:58). Según cifras del diario *La Nación* de 1988, la cantidad de supermercados en Capital Federal en ese año, era de alrededor de 150, como así existían unas 300 casas de comida¹⁴. En el año 2006, en donde la suma de ambos comercios, ascendió a más de 2.000 (Sassone & Mera, 2003). Zhang Tuo (2007), indica que según estadísticas estimativas, en el año 2007, la cifra de supermercados y/o autoservicios chinos en la Argentina era de alrededor de 4.000. A su vez, explicita que dichos comercios se encuentran concentrados mayoritariamente tanto en la Capital Federal como en la provincia de Buenos Aires, presentando una tendencia, desde el 2004 aproximadamente, a establecerlos también en otras provincias. Según el diario *La Nación* (2013), esta cifra alcanza los 7.000 supermercados a nivel nacional.

Wang Jian aclara que "el gobierno chino no financia a sus ciudadanos en el exterior. Los supermercados son inversiones privadas que, además, venden

¹⁴ “Los inmigrantes taiwaneses” *La Nación*. Buenos Aires. 30 de enero de 1988. En: Sassone, Susana & Mera, Carolina (2003) *Barrios de migrantes en Buenos Aires: Identidad, cultura y cohesión socioterritorial*. Ponencia presentada en Simposio; Preactas V Congreso Europeo CEISAL de latinoamericanistas -Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina- Las relaciones triangulares entre Europa y las Américas en el siglo XXI: expectativas y desafíos. 2007, Bruselas.

productos argentinos"¹⁵. Zhang Tuo (2007) enuncia que el gobierno chino “mantiene firme su política para con los chinos de ultramar: observar las leyes y la reglamentación del país residente, integrarse a la sociedad local, retribuir al pueblo de su alrededor y amar al país donde viven como su segundo pueblo natal” (p.59).

Con respecto a las jornadas laborales, generalmente son de 8 a 22hs, incluyendo sábados, domingos y feriados; y son gestionados por las mismas familias chinas (La Nación, 2013).

Por otro lado, un alto porcentaje, aunque no tan elevado como en el rubro anterior, trabaja en el área gastronómica, por ejemplo, estableciendo restaurantes de comida típica china, en tintorerías o en regalerías. Zhang Tuo (2007) explicita que los inmigrantes chinos “si bien difieren en términos de poder económico, la mayoría son propietarios y/o dueños de sus negocios” (p.58). Por otro lado, una cantidad menor aún de inmigrantes chinos, se dedica a la agricultura y pesca, a la importación-exportación de manufacturas (Sassone & Mera, 2003), medicina y servicios profesionales (Bogado Bordazar, 2012).

Asociaciones

Es en el segundo periodo migratorio que comienzan a formarse lo que se denominan *redes de clanes, familiares e internacionales*, cuya función fue y sigue siendo proporcionar un sistema de contención o espacio de apoyo para los nuevos migrantes. Los mismos prestan “ayuda en el hospedaje, idioma, asistencia en la búsqueda de trabajo, contactos y soporte psicológico -característica que persiste

¹⁵ “Los chinos de acá”. Diario Clarín, Buenos Aires. 08 de mayo de 2005. Artículo electrónico extraído de www.clarin.com

hasta hoy-.

Este fenómeno se asocia con el tipo de emigración que establece la comunidad china, que es a través de cadenas migratorias ya existentes. Paula Urcioli explica que para radicarse en Argentina, los emigrantes no reciben subsidios de su país, sino que el capital necesario es reunido entre todos sus familiares - testimonio coincidente con el de Wang Jian- “así, uno de ellos o una familia viaja a la Argentina y se instala. Después, generalmente vienen los demás”. Cita el ejemplo de un matrimonio residente en la ciudad de Mar del Plata: “a ella la fueron a buscar a China para que viniera aquí y se casara con él, ya que se conocían del barrio”¹⁶. Bogado Bordazar explica que “los chinos de ultramar les asignan importante valor a sus grupos familiares, pues consideran que la *trama de relaciones y lealtades* son su capital más importante” (Ibíd., 2002:105).

Es habitual entonces, que los chinos que emigran hacia Argentina, contacten a las redes mencionadas, antes de partir de su país de origen, y luego participen en ellas una vez instalados en el país receptor (Ibíd.). Este tipo de redes cumplen un rol fundamental en el mantenimiento de la identidad étnica.

Cabe aclarar que los taiwaneses fueron los que comenzaron con la formación de asociaciones, escuelas, centros religiosos y establecimientos de gastronomía típica y artes marciales, los cuales empezaron a materializarse en la década del '80 (La Nación, 2013). Es a partir de entonces, que pueden identificarse diferentes asociaciones de residentes según razón social, por ejemplo, según lugar e identidad de origen -China continental y Taiwán-, religión (Clarín, 2005), y “otras a la vida en Argentina: de restaurantes, de comerciantes, de mujeres, de estudiantes,

¹⁶ “Historias de Ida y Vuelta Sobre migrantes en el 138° Aniversario de Mar del Plata”. Diario *La Capital*. Mar del Plata, 10 de febrero de 2012.

culturales, artísticas y mixtas -chino-argentina y coreana-argentina-" (Sassone & Mera, 2003:6). Cabe destacar que éstas carecen de una asociación central que las nucleee, a diferencia de otros países en donde hay presencia de comunidad china asentada. (Bogado Bordazar, 2002).

Según Carolina Mera y Susana Sassone (2003), la mayor parte de estas asociaciones pretende ser un nexo entre la cultura de origen y la de nuestro país. Al respecto, Wang Jian, explica que "el propósito de las asociaciones es unir a sus miembros y darles contención social"¹⁷.

Un ejemplo de estas redes étnicas, son las referidas al área económica, las cuales a su vez poseen su correspondencia en el ámbito social. Es el caso de la Cámara de Autoservicios y Supermercados de Propiedad de Residentes Chinos - CASRECH-. La misma cuenta con alrededor de 6.000 asociados a nivel nacional, de los cuales, 4.800 están ubicados en Capital Federal y Gran Buenos Aires (Bogado Bordazar, 2012).

Un lugar considerado por la comunidad china como lugar de referencia y de interacción entre residentes, es el Barrio Chino de la Capital Federal. El mismo posee un templo budista y un colegio bilingüe chino-argentino, además de poseer numerosos comercios gastronómicos, de productos, regalos e indumentaria nativa (Bogado Bordazar, 2012).

Aspectos socioculturales e integración a la sociedad receptora

Los sujetos entrevistados por Bogado Bordazar (Ibíd.), expresan en su

¹⁷ "Los chinos de acá". Diario *Clarín*. Buenos Aires. 08 de mayo de 2005. Artículo electrónico extraído de www.clarin.com

mayoría, la necesidad de mantener las prácticas y costumbres propias de su grupo étnico, reflejado esto en sus hábitos alimenticios, en la utilización de prácticas propias de la medicina china, en el uso del chino mandarín como medio de comunicación entre los residentes, en las celebraciones de sus festividades, como así en el matrimonio entre la comunidad (Ibíd.). Al respecto, la autora citada establece en su tesis de maestría, que el 67% de los inmigrantes chinos, no contraería matrimonio con argentinos. Agrega que se trata de una comunidad de índole conservadora que trata de mantener sus prácticas y costumbres (Ibíd., 2003). El relato de un joven entrevistado por el diario *La Nación* refleja lo descripto, en torno a una conversación con su padre, quien le compró una vivienda en China para cuando contrajera matrimonio: "una noche llegó de una reunión con sus amigos, se sentó en mi cama y me empezó a preguntar cuándo iba a ser abuelo. Y si me iba a casar con una chica oriental. Yo tenía 20 años. Es que a mi edad, en China, ya estaría casado. No sabía qué responderle, porque justo estaba saliendo con una morocha. Me fascinan las latinas". El joven, agrega que de elegir un lugar en donde establecer su hogar sería "en Las Cañitas"¹⁸.

A su vez, la comunidad que reside en Capital Federal, ha establecido tres colegios chinos en la ciudad, en donde enseñan de forma extracurricular programas de historia, cultura e idioma chino a los descendientes de los inmigrantes. Bogado Bordazar (2012), aclara que a estos colegios pueden asistir también argentinos. Por otro lado, en la misma ciudad, son editados y distribuidos tres periódicos semanales en chino mandarín, con noticias a nivel internacional, nacional y local (Ibíd.).

En el Barrio Chino, existen comercios de indumentaria que "la misma

¹⁸ "Argenchina". Diario *La Nación*, Buenos Aires. 28 de Julio de 2013.

comunidad consume especialmente los fines de semana, afín a su gusto, con ciertas extravagancias, ya que a la ropa argentina la consideran demasiado simple y la moldería es más acorde a sus siluetas, de caderas más estrechas” (La Nación, 2013:22), declara el diario *La Nación* dejando entrever cierta apreciación etnocéntrica entorno a la concepción de la estética de la población en cuestión. En la misma nota, se describe brevemente lo apreciado en relación al ocio y tiempo libre. Es así que declaran que “la salida china de fin de semana suele ser: mientras ellas van a la peluquería, en la larga espera, porque van muchas -no tienen tiempo libre en la semana-, los hombres toman algo con los amigos. Hacen las compras y regresan a sus casas” (Ibíd.:22).

Otro de los aspectos relevados es el rol dado a la formación académica. Diferentes entrevistas realizadas por el citado periódico, revelan el grado de importancia que es dado a este aspecto por parte de la población china. Es así que uno de los entrevistados, un joven estudiante universitario, hijo de un dueño de supermercado, comenta: "como hay tanta gente existe mucha competencia, entonces tenés que saber algo extra. Para mí, los chicos no tienen una buena niñez. Yo no la tuve, por ejemplo. Era estudio, estudio y más estudio. Recuerdo que durante medio año no pude tocar el televisor para ver unos dibujos que me gustaban, porque tenía mucha tarea y deportes. Los padres chinos te quieren meter en todo. Mi madre me hizo hacer kung fu, canto y trompeta (...) En esa época, si me quedaba dormido venía el profesor y me pegaba. Una vez me paró delante de todos y me hizo sangrar de una cachetada. Si hacés una macana, te pegan con la regla en la mano. Ahora ya no lo hacen. Antes era muy estricto"¹⁹, relata. Por otro lado, a

¹⁹ Ídem.

partir del relato de otro joven entrevistado se desprende, en parte, la función otorgada a los niños en dicha comunidad, en donde, por ejemplo, el aniversario del natalicio no es concebido como una celebración, en contraposición a la cultura occidental. "Los chicos no tenían el lugar de privilegio que sí encontraron acá, cuando descubrieron que les festejaban los cumpleaños"²⁰. Una joven de 16 años que asiste a una de las escuelas chinas, comenta que "los chicos argentinos tienen más libertad que nosotros. A mí todavía no me dejan ir a bailar"²¹.

Otro joven de 24 años, comenta sentirse agradecido por el hecho de no haber sido enviado de regreso a China, como le sucede a muchos otros jóvenes. Su relato explica esta situación, como así las nombradas anteriormente: "obedecer a los padres es un valor para los chinos. Se ve en las decisiones familiares que toman, como cuando envían a los menores a educarse a China. La mayoría lo hace, en un 90 por ciento (...) los chicos deben tener un año o dos y permanecen allá dependiendo de cómo marchen los negocios. Si les va bien, venden y se vuelven todos para China. Mi situación es distinta. Creo que voy a seguir viviendo en la Argentina. Para mis padres, sí, la raíz está allá. Nacen allá, trabajan acá y mueren allá. Todos vienen con la mentalidad de venir, trabajar y volverse"²².

Por último, en cuanto al nivel de instrucción, la mayoría posee estudios secundarios completos, como así terciarios y universitarios. Y con respecto a la religión, casi el 50% de los chinos de ultramar practica el budismo (Bogado Bordazar, 2012)

Profundizando sobre el grado de integración a la sociedad receptora, ya que se considera un eje importante al analizar esta población, el citado consejero de la

²⁰ Ídem.

²¹ Ídem.

²² Ídem.

embajada Wang Jian establece que a raíz de las grandes diferencias culturales, la integración social es lenta y dificultosa. Aclara que esta situación está dada por la reciente inserción de dicha comunidad en la Argentina, en comparación con otras colectividades, como por ejemplo, las de origen europeo (Clarín, 2005). En este punto, coincide Zhang Tuo (2007) y agrega que “en sus esfuerzos por arraigarse y desarrollarse, están enfrentándose con muchos problemas y desafíos, de los cuales algunos son derivados de la insuficiente preparación personal, otros de los obstáculos técnicos como la barrera del idioma y otros son la consecuencia lógica de los choques culturales y conceptuales provocados durante el proceso de integración de las diferentes culturas y pensamientos” (Ibíd.:59). Wang Jian expresa que sí puede observarse un mayor grado de integración desde el punto de vista económico, dado a través de la actividad comercial (Clarín, 2005). El responsable de la Dirección General de Colectividades, Julio Croci, concibe a la comunidad china como “una inmigración con mucha capacidad de organización comercial, que conserva sus tradiciones en la vida diaria, piensa en estar de paso y luego se va arraigando”²³. Agrega que desde dicho organismo, vivencian una gran dificultad en recabar información sobre esta comunidad de primera mano, “ya que es una comunidad bastante hermética”²⁴. Al respecto de lo mencionado sobre *estar de paso*, a partir de las entrevistas realizadas por el mencionado periódico, se puede extraer que la mayoría de las familias chinas, tiene como deseo construir su casa en su país de origen.

Muchos de los inmigrantes chinos entrevistados por el diario Clarín (2005) declaran que poseen un grado de integración mayor que en otros países en los que

²³ Ídem.

²⁴ Ídem.

residen inmigrantes de este origen. Por ejemplo, una de las entrevistadas comenta "aquí nos integramos mejor que en otros lugares de Europa (...) en la Argentina no hay racismo contra los asiáticos y nadie nos mira como a ciudadanos de segunda"²⁵. Otra joven entrevistada, que arribó al país cuando tenía 12 sin saber el idioma, comenta "tengo amigos argentinos"²⁶. Bogado Bordazar (2012) plantea que se puede considerar a la comunidad china como "una comunidad estable, que conserva sus costumbres y tradiciones, que ha logrado una alta inserción laboral, desarrollando fundamentalmente actividades comerciales, que le ha permitido la subsistencia de su familia, el acceso a la educación de sus hijos y la integración a la sociedad que los acoge" (p.135).

Según la misma autora, en los últimos años se ha observado una mayor integración entre la comunidad china y la sociedad receptora debido a dos factores: por un lado, la comunidad china posee actualmente una mayor tendencia a realizar actividades de esparcimiento que comparten con la sociedad argentina, lo cual representa tiempo y dinero, que anteriormente no destinaban a este tipo de actividades; y por otro lado, dicha comunidad se muestra dispuesta a ser conocida desde sus tradiciones y costumbres, por la sociedad argentina. La autora explica que esto se ve reflejado en las celebraciones masivas abiertas a la comunidad en general, con motivo de sus festividades -específicamente en el *Barrio Chino*-.

En cuanto al aspecto lingüístico, según el relevamiento que realizó en su mencionada tesis de maestría, el 95% habla chino en su casa y el 86% aprendió el idioma español, una vez arribados al país. Al respecto agrega una inmigrante china entrevistada por Clarín que "algunos no conocen bien la lengua y otros tienen miedo

²⁵ Ídem.

²⁶ Ídem.

de hablar porque no tienen papeles"²⁷. Según el diario La Nación (2013) dentro de los supermercados, las mujeres suelen estar en el sector de la caja y poseen un escaso manejo del idioma español.

Cuando se establecieron ciertas diferencias entre los inmigrantes de procedencia de Taiwán y de China continental, una de ellas fue el grado de integración que cada una presenta en relación a la sociedad receptora. Debe recordarse que los segundos, son considerados como parte de un proceso migratorio *nuevo*, por lo que se considera que éstos poseen un menor grado de integración a la sociedad receptora.

Con respecto a la comunidad china en la ciudad de Mar del Plata, escasos son los datos con los que se cuenta. La doctora Paula Urciuoli, representante legal y secretaria de la Cámara de Supermercados Chinos de Mar del Plata y la zona, fue quien brindó información detallada al respecto al diario *La Capital*²⁸ de dicha ciudad. La misma explica que el proceso migratorio dio como resultado que los chinos fueran integrándose a nuestra cultura, citando como ejemplos la denominación en español que otorgan a sus hijos nacidos en el país, y su concurrencia a establecimientos educativos locales, aunque destaca que algunas familias chinas deciden enviarlos a China con sus abuelos "para estudiar el idioma mientras ellos se abren un porvenir con el desarrollo del comercio, principalmente, los supermercados". En la nota periodística es agregada la siguiente apreciación: "respetuosos de las costumbres y de las normas de cada país donde se instalan, reservados, tímidos, los chinos

²⁷ "Los chinos de acá". Diario *Clarín*, Buenos Aires. 08 de mayo de 2005. Artículo electrónico extraído de www.clarin.com

²⁸ "Historias de Ida y Vuelta Sobre migrantes en el 138° Aniversario de Mar del Plata". Diario *La Capital*. Mar del Plata, 10 de febrero de 2012.

difícilmente hablen de ellos, por lo que se hace casi una tarea imposible que se refieran a algún tema que no sea puntual y en el que puedan realizar un aporte al respecto (...) aunque si una persona les despierta confianza, son muy amistosos y abiertos”.

Paula Urcioli, agrega que en el 2002 es cuando llegan los cinco primeros inmigrantes chinos a la ciudad, provenientes de la provincia de Fujian. El matrimonio Liao Deping y Ni Jinmu, son los más antiguos que residen aquí, por lo que los llaman, respectivamente, el ‘tío’ y la ‘tía’. También, arribaron Ni Binyun, Ni Bimin y Wei Weijie. Dichos inmigrantes son los que instalaron los primeros supermercados - hoy superan los 100 en toda la ciudad y la zona-. Urcioli declara que se dedicaron a este tipo de actividad laboral ya que “es lo que conocen. Pero también hay tiendas y casas de regalos. Claro que son las menos”. Los describe como “audaces, prácticos (...) y trabajadores incansables. Como a sus empleados los hacían desarrollar tareas a su par, se iban del horario de ley. Pero era por desconocimiento. Ellos son muy respetuosos de los usos y costumbres argentinas, como de la Ley y la autoridad”.

Por fuera del área laboral, la representante de dicha Cámara, agrega que “cuando sirven las mesas para comer, generalmente lo hacen con abundancia de sus comidas típicas. Pero de a poco se adaptan a las nuestras. Además, aprecian mucho el vino argentino. Sus platos son a base de algas, caracoles, pescados y determinadas hierbas”.

CAPÍTULO II:
MEDICINA ANTROPOLÓGICA VS. MODELO MÉDICO
HEGEMÓNICO

El posicionamiento que un terapeuta ocupacional adopte, estará configurado por su cultura profesional, dada ésta por el corpus de conocimientos, conceptos, significaciones, presupuestos, creencias, actitudes, moral, normas y costumbres, adquiridos mediante un proceso de enculturación en el ámbito educativo (Moruno & Millares, 2013). Es así que, “la cultura de terapia ocupacional se aprende, está localizada en un grupo profesional particular, estructura y determina los comportamientos en las intervenciones terapéuticas, le otorga un valor a las ocupaciones y situaciones de las personas y está en constante cambio y evolución” (Ibíd.: 15).

Es por esto que se describen a continuación algunos de los modelos desde los cuales un terapeuta ocupacional puede posicionarse, por ejemplo en lo que refiere a la concepción de la salud-enfermedad-atención. Éstos son: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo-Subordinado, Modelo de Autoatención, Modelo de Medicina Antropológica. Se hará hincapié tanto en el primero como en el último, resaltando las diferencias existentes entre ambos. Cabe aclarar, que a pesar de haber mayores desarrollos teóricos al respecto sobre el área médica, estos modelos abarcan al resto de las profesiones de la salud. Es decir, el término *modelos médicos* refiere a un constructo teórico que representa una perspectiva y un modo de actuación social, referidas a lo que una sociedad entiende por salud y enfermedad -no sólo lo relacionado a la medicina propiamente dicha- (Virgolini, 1985).

Modelo Médico Hegemónico

Quien propone el concepto de *Modelo Médico Hegemónico* y su consiguiente análisis, es Eduardo Menéndez. También suele ser denominado como *Modelo Médico Occidental* o *Biomédico*. Dicho autor lo delimita como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988:1).

La utilización del *modelo* como instrumento metodológico, implica una perspectiva relacional que suponen procesos de hegemonía/subalternidad entre los diferentes modelos. Es así que Menéndez (1990), reconoce tres modelos básicos: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención.

La elección de las diferentes alternativas por parte de los actores sociales, radica en su historia personal, su sistema de creencias, el tipo de enfermedad a tratar, el medio social y cultural en el cual se encuentra inscripto, entre otros. Este tema será desarrollado en el siguiente capítulo de forma específica.

Rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico

Menéndez plantea ciertos rasgos estructurales, de los cuales sólo se describirán algunos de ellos, por tratarse de temáticas complejas que no se

analizarán en detalle en este trabajo.

El rasgo estructural dominante es el *biologismo* o *reduccionismo biológico*, y define la orientación dominante de la perspectiva médica en cuanto a las problemáticas de salud/enfermedad. El biologismo excluye o subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles del fenómeno salud/enfermedad, en específico las variables psicológicas, sociales y culturales las cuales son anecdóticas. Se destaca lo manifiesto de la enfermedad, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la misma (Menéndez, 1988).

La enfermedad entonces, es concebida en primer lugar como un hecho natural-biológico y no como un hecho social-histórico. De tal suerte, toma en cuenta la historia natural de la enfermedad del hombre desde un punto de vista individual, dejando de lado la historia social de dicha enfermedad -esto es, los factores socio-históricos que producen o no la salud y la enfermedad-, por lo que, la enfermedad evoluciona pero no tiene historia (Virgolini, 1985). Esta *ahistoricidad* se relaciona con la *asociabilidad*, ya que no se toma en cuenta que las enfermedades son hechos sociales desde el momento en que operan en conjuntos sociales constructores de significados, como así tampoco se da relevancia a las relaciones existentes entre las enfermedades y la incidencia de acceso desigual a los servicios de salud en cuanto a pertenencia social o cultural. Tanto por el hecho de que el origen sea biológico y las consecuencias sean físicas, no se pueden dejar de considerar los factores socioculturales que operan de manera constante.

Con esto, no se desea invalidar ni restar importancia al lógico correlato biológico de las enfermedades, sino que se desea resaltar la necesidad de la incorporación de todos los factores que entran en juego en las mismas de modo de

construir un enfoque unificado, sin que ningún factor cumpla un papel hegemónico en relación a los demás (Menéndez, 1990).

Otro rasgo que describe Menéndez es la *asimetría*, observada tanto entre el presente modelo y aquéllos a los que subalterniza, como así en la relación profesional-paciente. En este último caso, se establece una relación de subordinación técnica y social del paciente, lo que implica una exclusión del conocimiento que éste porta, tendiendo a considerarlo como un saber equivocado, lo que termina por generar una participación pasiva por parte del mismo.

Con respecto a las prácticas que impulsa este modelo, Menéndez plantea que, existe una *orientación básicamente curativa*, basada en la eliminación del síntoma, y que la prevención no es estructural. No realiza exclusivamente prácticas de tipo curativas, sino que también incluye prácticas epidemiológicas y preventivistas, pero hay que diferenciar el hecho de que dicho modelo promulgue la importancia de las prácticas preventivas, del hecho de que realmente invierta los mismos recursos en este tipo de prácticas, que lo que invierte en las prácticas de tipo curativas.

Crisis del Modelo Médico Hegemónico

Es a partir de la década del '60 que el Modelo Médico Hegemónico, comienza a ser cuestionado, aunque la máxima expresión de dichas críticas, se realizó en la década del '70. Las mismas fueron iniciadas desde los países capitalistas centrales, luego siendo asumidas en los países denominados dependientes (Ibíd.). Las mismas apuntaron al aumento del costo de la atención de la enfermedad; el aumento constante del consumo de fármacos, lo cual puede ser

nocivo para la salud, además de representar un aumento en el costo destinado a los mismos; el incremento de la intervención médica en los comportamientos sociales, lo cual se ve reflejado en la normalización de ciertas prácticas médicas. Menéndez cita como ejemplos, durante las décadas del '30 y '40, la extirpación de las amígdalas, las cesáreas en el '60, lo que se considera como construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil, la promoción del consumo de leches maternizadas en desmedro de la lactancia materna, etc. Por otro lado, se realizaron críticas en torno al aumento de la iatrogenia negativa -lo cual representa un tipo de iatrogenia profesional dada por la omisión de un procedimiento de salud, por el contrario de la iatrogenia positiva, la cual implica una acción perniciosa por parte del profesional-. Por otro lado, se criticó el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención, lo cual sucede en desmedro del aspecto cualitativo de la misma; el predominio de prácticas curativas, en contraposición de prácticas preventivas; entre muchas otras.

Las críticas fueron realizadas desde diferentes orientaciones teórico-ideológicas, de las cuales algunas plantearon simplemente modificaciones, como así otras, concibieron la crisis de modo estructural. Dentro de dichas orientaciones también se realizaron críticas desde dentro del propio modelo, las cuales buscaron plantear modificaciones impulsando las prácticas preventivas. Dichas orientaciones correspondieron de forma más representativa a la Organización Mundial de la Salud y a UNICEF, quienes finalmente fueron las que impulsaron las estrategias de Atención Primaria a nivel institucional.

Con todo lo expuesto anteriormente, no se quiere plantear un análisis maníqueo en donde el modelo médico cumple funciones negativas en sí mismo,

como así tampoco realizar una *recuperación romántica* de las prácticas actualmente denominadas alternativas o subalternas. Sino que por el contrario, un correcto análisis del modelo médico hegemónico, incluye a su relación con los otros modelos, es decir a aquéllas prácticas que domina o subalterniza, como así referido al contexto histórico en el cual opera (Menéndez, 1988).

Modelo Médico Alternativo-Subordinado

En él se comprenden las prácticas reconocidas por lo general, como *tradicionales*, pero también se incluyen aquéllas que derivan o aparecen como emergentes del Modelo Médico Hegemónico -del cual reciben mayor influencia de manera paulatina-. Éstas últimas sintetizan y transforman a las prácticas tradicionales. Además se incluyen prácticas de alta complejidad y organización, desarrolladas al margen del sistema médico occidental, como la medicina ayurvédica o la acupuntura y herbolaria chinas, las cuales, se organizaron profesional y académicamente mucho antes que las prácticas del modelo médico occidental (Leslie, 1976).

A pesar de ser muy diversas las prácticas incluidas en este modelo, el eje que las agrupa radica en que las mismas conforman servicios alternativos que el Modelo Médico Hegemónico ha intentado estigmatizar, y que en los hechos tiende a subordinar desde un punto de vista ideológico (Menéndez, 1983).

Modelo basado en la Autoatención

Este modelo está conformado por aquéllas prácticas de diagnóstico y

atención “llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones *conscientes* de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad” (Ibíd.:104).

Menéndez plantea que este modelo supone el primer nivel real de atención, y que está en la base de los anteriores. Por último, agrega que el Modelo de Autoatención es estructural a todas las sociedades.

Medicina Antropológica

En el siglo XX, se empieza a discutir e intentar dilucidar la razón por la cual el ser humano es estudiado y atendido de manera disociada -mente-cuerpo-, resultando en una desintegración artificial del mismo²⁹. Bergmann (1940) explica que esto se debe a que las disciplinas de la salud poseen métodos de investigación diferentes entre sí, y no apuntan, como objetivo en común, a considerar a la persona como un ser indivisible. Agrega que la adición de los estudios somáticos, por un lado, y los psíquicos por otro, no alcanzan para brindar un conocimiento acabado del sujeto de estudio.

La medicina antropológica es denominada de esta manera por primera vez por Schwartz en el año 1962, y surge en respuesta a estos interrogantes, planteando un nuevo posicionamiento para pensar y actuar desde la práctica profesional (Cubellun & Meeroff, 2000).

²⁹ El neohipocratismo retoma las bases de la escuela de Hipócrates, médico de la Antigua Grecia, la cual consideraba al enfermo desde un punto de vista integralista, en contraposición de la escuela de Cnidos, cuya visión de aquél era puramente organicista y reduccionista.

La Medicina Antropológica pretende pensar y actuar racionalmente acorde a todas las dimensiones comprendidas en el ser humano, integrando los factores psicosociales a la teoría y práctica de las profesiones de la salud, como así conciliar el método científico con el humanismo. El objetivo de la medicina antropológica, entonces, consiste en brindar una teoría integral en materia de profesiones de la salud, que permita comprender los procesos de salud-atención-enfermedad -cómo se originan, sostienen y culminan las enfermedades, cómo se desarrollan las prácticas tendientes a conservar la salud, qué factores influyen en la predisposición a determinadas enfermedades, y en la prevalencia e incidencia diversas de una sociedad a otra, etc.-. De este modo, se propone una distancia de la visión reduccionista en donde se considera a la enfermedad como una entidad aislada, sin tomar en cuenta todas las esferas que conforman al ser humano y a su vez actúan sobre él. Ellas pueden ser, la esfera cultural, social, familiar, física, emocional, psíquica, etc. Esta última afirmación conduce a otro de los objetivos del presente modelo, el cual consiste en colaborar en la formación de la visión del sujeto como un ser único, indivisible, irreductible a áreas aisladas e independientes entre sí, brindando, por el contrario, una visión holística del mismo al formular la unión mente-cuerpo. Se destaca entonces la importancia de concebir, estudiar y abordar al ser humano de manera simultánea, como una unidad no plausible de ser subdividida. Es así que la Medicina Antropológica también pretende colaborar en la humanización de la relación profesional-paciente (Meeroff, 1999).

Por otro lado, este modelo constituye no sólo un corpus teórico que posibilita un posicionamiento profesional en donde la prevención, el diagnóstico y la terapéutica son integrales, sino a su vez consiste en una metodología de investigación de la práctica clínica, de tipo multidisciplinar.

Aporte de la Antropología a la Medicina Antropológica

Cabe detallar el aporte que la Antropología -específicamente la Antropología Médica- ha hecho a la Medicina Antropológica. Primeramente, la Antropología Médica es “una de las áreas de especialización de la Antropología Social que reflexiona sobre las formas socioculturales que adquiere el estar sano o enfermo como parte de un proceso histórico-social en el que se conforman las subjetividades colectivas. Diremos que es un área de aplicación de teorías y métodos antropológicos a temas de salud, enfermedad, (...) y curación” (Mir Candal, 2002:4). Consta de una serie de premisas básicas que se resumen a continuación:

1. La salud y la curación son experiencias humanas que son mejor entendidas holísticamente dentro de las interacciones entre biología humana y cultura.

2. La enfermedad es un aspecto de los ambientes humanos influenciados por comportamientos culturales y circunstancias sociopolíticas.

3. El cuerpo humano y los síntomas son interpretados y dotados de significaciones a través de filtros culturales de creencias y presupuestos epistemológicos.

4. Los aspectos culturales de los servicios de salud tienen importantes consecuencias pragmáticas para la aceptabilidad, eficacia y mejoras en el cuidado de la salud en las sociedades (Ibíd.).

Con esto, como se enunció previamente, no se niega el componente propiamente biológico u orgánico de la salud y de la enfermedad, sino que se considera fundamental destacar la dimensión sociocultural de las mismas, es decir, poner en relieve que el contenido depositado en la enfermedad, se encuentra

correlacionado con los valores y representaciones del grupo al cual el sujeto pertenece. Es así que “los trastornos se constituyen como enfermedad cuando un sujeto les asigna el significado de síntomas, quedando así implicados los sistemas socioculturales y las representaciones sociales e institucionales de una sociedad. Están basados en una serie de complejas interacciones entre biología y cultura” (Mir Candal, 2002:5).

Desde la perspectiva antropológica, ni la salud ni la enfermedad son tomadas como procesos individuales -ni contrapuestos-, sino que son concebidos como expresiones de un proceso más amplio de determinación histórico-social. Es así entonces que el proceso de salud-enfermedad-atención, es concebido como una construcción social y cultural del hombre dentro de un universo que abarca además factores políticos, económicos, ideológicos, etc. La antropología aporta a su vez, que el análisis de dicho proceso, debe ser analizado en función de sus propios términos.

Las representaciones de los individuos -los modos de percibir, categorizar y significar la realidad- y las conductas llevadas a cabo, constituyen lo que Mir Candal enuncia como la materia prima de la interrogación antropológica. No se puede dejar de mencionar, claramente, que dentro del análisis antropológico no quedan exentas las categorías y representaciones construidas por los profesionales del campo de la salud (Ibíd.).

CAPÍTULO III:

DIVERSIDAD CULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dado el amplio abanico de instituciones y establecimientos en los que los Terapeutas Ocupacionales pueden prestar sus servicios, la probabilidad de recibir población de diversas procedencias, y por ende con distintas representaciones culturales a los de la sociedad receptora, son muy altas. Los procesos migratorios desarrollados en la Argentina, explican este fenómeno al que los profesionales de la salud deben responder a diario.

Es cierto que el término *cultura* y sus diferentes usos: *contacto cultural*, *conflicto cultural*, *choque cultural*, *diversidad cultural*, *tolerancia cultural*, etc., está en el discurso diario no sólo del ámbito sanitario, sino en la mayoría de los ámbitos que comprenden la sociedad. Así todo, a pesar de estar rodeados de este tipo de terminología que intenta acercarse a un abordaje de los diversos aspectos culturales, no siempre se tienen certezas de cómo comportarse ante ellos cuando emergen. Bonder et al. (2002), enuncian que si una profesión requiere interactuar con un amplio abanico de individuos -tal como los profesionales de la salud, aclaran-, se hace necesario formarse de manera competente en situaciones de diversidad cultural.

El rol de la cultura en la concepción de la salud y la enfermedad

Se parte de la idea de que todo individuo, en tanto miembro de una sociedad y de un orden cultural, presenta comportamientos ante las enfermedades, y asume y adjudica roles. El rol que cumpla en tanto enfermo, y el rol que adjudique al

terapeuta, estarán condicionados por los órdenes social y cultural. En relación a esto, Wellin (1977) plantea tres premisas:

- La enfermedad es un hecho universal ya que sucede en todos los lugares, tiempos y sociedades conocidas.
- Para hacer frente a las enfermedades, los grupos humanos conocidos desarrollan y aplican métodos y distribuyen roles de acuerdo a su estructura y recursos con los que cuentan.

Antes de continuar, se considera relevante realizar una distinción sobre el término *enfermedad*. En la lengua inglesa existen tres maneras diferentes de referirse a ella, las cuales a su vez, reflejan distintas concepciones de la misma. Esta trilogía consiste en: *illness*, *disease* y *sickness*. *Illness* corresponde al sentir individual del estar enfermo. *Disease*, refleja la dimensión biológica/orgánica de la enfermedad y por último, *Sickness*, hace referencia a la dimensión sociocultural de la enfermedad (Escobar Vekeman, 2003). Puede agregarse que este último término, concebido como una condición no deseada, puede ser aplicado de manera transcultural porque no está atado a ninguna noción o artefacto cultural específico, como el término *disease*, el cual corresponde a la esfera biomédica occidental.

Las percepciones de salud y enfermedad -*illness*-, así como las creencias y valores sobre el cuidado de la salud, están profundamente influenciados por la cultura. El significado de la salud, cómo es definida la enfermedad y los supuestos sobre cómo ésta es causada, qué constituye una discapacidad, etc., están definidos culturalmente. Igualmente, formas de ver sobre cómo pueden ser curadas las enfermedades y quién es el encargado de realizar dicha curación o atención, están

influenciados por valores y creencias culturales.

Es así entonces que las culturas pueden variar en la definición de salud y enfermedad. Suponiendo que se pueda generalizar la concepción de salud como la ausencia de enfermedad, y/o la presencia de habilidades o condiciones deseadas y/o un nivel de calidad de vida esperado por el propio individuo, las culturas pueden variar en relación a estas subdefiniciones. Por ejemplo, pueden surgir dificultades en la representación de lo que es definido como *ausencia de enfermedad*. Para algunas culturas, cuando un sujeto está libre de síntomas negativos, puede decirse que no está enfermo. Por el contrario, en otras, puede considerarse a un individuo como enfermo si su cuerpo aloja ciertos organismos que pueden causar los síntomas, incluso aún si no los presenta. Como se verá más adelante, tal diferencia en las representaciones culturales, es una de las tantas que puede causar un conflicto en las situaciones dentro de un contexto sanitario o de intervención comunitaria (Bonder et al. 2002).

Al respecto, De la Revilla Ahumada & Fleitas Cochoy (2004) plantean que es notable la gran variabilidad cultural que existe en este campo. Explican que la percepción de cambio es catalogada en el sistema de creencias como *síntoma*, y es el propio individuo, utilizando su sistema de creencias, quien cataloga la naturaleza del mismo. Según el valor que se le otorgue, el individuo debe escoger qué es lo que debe hacer en respuesta a dicho síntoma.

Con respecto a la comprensión de la causa de la enfermedad *-sickness-*, también pueden haber diferencias de una cultura a otra. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud occidentales, éstos tienen una mirada principalmente biomédica o mecanicista sobre la enfermedad y sus causas (Bonder et al., 2002)

Es importante destacar la existencia de los denominados síndromes asociados a la cultura *-Culture-bound syndrome-*, de los cuales la literatura antropológica contiene numerosos ejemplos. Entre ellos, pueden nombrarse el *susto*, popular en las culturas originarias de Sudamérica o el *koro*³⁰, observado en ciertas regiones de China. Estos síndromes, parecieran ser específicos de una única cultura o de un grupo de culturas relacionadas entre sí.

Dentro de una cultura dada, las experiencias de un síndrome asociado a la cultura son psicológica y físicamente reales, como así sus curas están ampliamente acordadas por sus miembros. Por fuera de dicha cultura, la afección descrita, incluso con una presentación de los mismos síntomas pero sin determinar una entidad construida, puede ser desconocida. Por lo tanto, tales síndromes son difíciles de comprender o explicar para aquellos sujetos ajenos a la cultura que lo padece *-outsiders-*. Los sujetos recurren a sus propios sistemas de explicación en un intento de comprender dichos síndromes y explicar sus causas (Bonder et al., 2002).

El rol de la cultura en las prácticas de salud

La salud se constituye como un aspecto central en la vida de las personas. Desde hace más de 20.000 años, con los hombres de Cro-Magnon como los primeros en la historia de la humanidad en desarrollar prácticas para hacer frente a las enfermedades (Haggard, 1952), todas las culturas han construido ciertas creencias y prácticas sobre cómo uno debe comportarse para evitarlas *-prácticas preventivas-* y cómo tratarlas cuando éstas devienen. (Bonder et al. 2002).

³⁰ Síndrome caracterizado por pánico debido a la creencia subjetiva de que los órganos genitales se están retrayendo dentro de la cavidad abdominal, y que la persona morirá cuando el proceso finalice. En la mujer este miedo puede darse en relación a las mamas, pezones y vulva. Dicha sensación de pánico, se acompaña de sintomatología somática, tal como desmayos, palpitaciones, temblores, entre otros. Suele cesar ante explicaciones racionales. Información extraída del sitio web: www.sinclair.edu

Es así que como cada cultura posee sus propias explicaciones sobre la enfermedad y su curación, también posee especialistas del cuidado de la salud que proveen tratamiento cuando el autocuidado no es la práctica seleccionada, o cuando ésta no logra los resultados esperados. Estos especialistas poseen atributos específicos y niveles definidos de status dentro de la cultura. En el sistema biomédico occidental, dichos especialistas incluyen médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, kinesiólogos, enfermeros, entre otras especialidades. Cada una tiene un rol específico y existe una clara jerarquía entre ellas, ubicados los médicos en el sector más alto (Ibíd.). Ciertas profesiones, como el terapeuta ocupacional, el fonoaudiólogo o el trabajador social, pueden no existir en ciertos países y culturas.

Los individuos deben elegir entre los proveedores de cuidados tradicionales y los occidentales. En relación a esto, De la Revilla Ahumada & Fleitas Cochoy (2004) enuncian que en el caso del autocuidado es habitual que en culturas muy dispares, la madre sea quien suministre de manera preponderante los cuidados sanitarios a toda la familia, como así, que cumpla un rol canalizador de la demanda sanitaria hacia el sistema de salud o hacia las prácticas paralelas. Con respecto a esta decisión enunciada entre los diferentes tipos de atención, intervienen las representaciones culturales de cada individuo, ya que selecciona aquellos recursos que considera que le ofrecerán una posible solución y que son culturalmente aceptables dentro del sistema de creencias. Dentro de esas posibilidades, puede seleccionar prácticas de autocuidado -la que constituye generalmente la primera instancia antes de acudir a los siguientes servicios-, prácticas del modelo médico hegemónico, o prácticas propias del modelo alternativo subordinado, como se ha

visto en el segundo capítulo.

- Para definir o conocer las enfermedades, las diferentes sociedades desarrollan sistemas de percepciones, creencias y prácticas en torno a las mismas, con el fin de dotarles de significado acorde a sus pautas culturales.

En muchos países, el hecho de seleccionar una de las intervenciones antemencionadas, no es incompatible con consultar o utilizar otro tipo de cuidado. Por ejemplo, muchos individuos pueden intentar controlar el dolor mediante la acupuntura o la meditación, sin recurrir a cirugías o a fármacos. Así todo, este hecho no significa que la medicina occidental haya sido descartada. Más bien, puede significar que un mismo individuo puede tener concepciones divergentes, e incluso conflictivos entre sí. Bonder et al. (2002), explican que estos puntos de vista provienen de las múltiples experiencias que influyen al individuo, y que dichas divergencias no constituyen un dilema entre lo *correcto o incorrecto*, lo *bueno y lo malo*, sino que el dilema radica en que las prácticas sean compatibles con sus sistemas representacionales.

El rol profesional dentro de un contexto de diversidad cultural

Para conocer sobre los aspectos culturales de la vida diaria, los proveedores de los cuidados de salud, deben ser conscientes de los valores y las creencias culturales de sus pacientes, tal como sus representaciones sobre la salud, la enfermedad -*sickness*- y la atención/curación. Todos los individuos acarrean consigo tales creencias a los encuentros en el ámbito de la salud, y es por esto que deben de ser explorados (Bonder et al. 2002).

En cuanto al modo de concebir el rol del profesional de salud dentro de un

contexto de diversidad cultural en la comunidad, Paul Benjamin (1955), en *Salud, Cultura y Comunidad: estudios de casos de reacciones públicas a programas de salud*, enuncia que si se desea colaborar con una comunidad para mejorar su estado de salud, se debe aprender a pensar como los nativos. Enuncia que resulta sabio tener en cuenta los hábitos existentes, cómo éstos están vinculados entre sí, las funciones que cumplen, y lo que significan para aquellos que los practican. En relación a esto, es importante recordar que una situación dada no representa el mismo evento para todas las personas, sino que siempre se encuentra atravesada y dotada de significado, en concordancia con las representaciones de quien la examina. Observadores posicionados en diferentes puntos del espacio social perciben el mundo desde la perspectiva de su comunidad, clase u ocupación.

Al respecto, George Rosen (1954) enuncia que un conocimiento de la comunidad y su gente, es tan importante para el éxito de un trabajo de salud pública, como la epidemiología y la medicina, a lo cual pueden agregársele las demás profesiones de la salud.

Un caso expuesto por Paul Benjamin (1955), es el de una epidemia de cólera en una localidad china. Allí se describen las prácticas occidentales provistas por el hospital local, como así los hábitos higiénicos difundidos por las tres escuelas de dicha localidad; todas ellos dispensados de forma gratuita. A continuación, desarrolla las prácticas nativas concebidas para combatir dicha enfermedad, las cuales fueron clasificadas en prácticas que ayudaron a derrocar el cólera, otras que no produjeron ningún efecto -ni positivo ni negativo- y un tercer grupo que consistía en hábitos o prácticas que resultaron peligrosos ya que aumentaban el riesgo de contagio. El autor explicita la convivencia de ambos tipos de prácticas -locales y occidentales-, el porqué de la elección de las mismas por parte de los habitantes, la

concepción de cada una de ellas desde el punto de vista nativo, y la situación de tensión con el punto de vista científico occidental.

A modo ejemplificativo, se agrega el caso de España, planteado por De la Revilla Ahumada y Fleitas Cochoy (2004), en donde cohabitan dos importantes subpoblaciones con problemas de identidad étnica. Una de ellas, es la comunidad gitana, constituida por individuos que mantienen un idioma y una cultura diferenciados del resto de la sociedad, que se manifiesta en su actitud ante la salud y la enfermedad. En esa comunidad, se observan prácticas de autocuidado diferentes a las del resto de la sociedad, como así una valoración diferente de la gravedad de algunos síntomas, un diferente rol de enfermo, un mayor recurso a remedios de medicina tradicional y un rechazo hacia prácticas de medicina preventiva.

Remontándose al territorio nacional, diversos profesionales de la salud de Argentina, se han planteado ciertas reflexiones sobre el rol de la diversidad cultural en los contextos sanitarios, planteando interrogantes acerca de la existencia de jerarquías en los conocimientos sobre las prácticas de la salud, el rol que asume la población constituida en minoría cultural, si realmente se considera la diversidad cultural que existe actualmente a la hora de evaluar y planificar una intervención, etc. Es así que Suppa & Escobar (2012) plantean, desde una mirada intercultural, un proyecto fundamentado en generar reflexión sobre las prácticas que favorezcan adecuaciones e intervenciones más efectivas, en una población charrúa de Capital Federal, como así generar la posibilidad de poder construir herramientas de adecuación que permitan evaluar e intervenir en el lenguaje teniendo en cuenta que muchos de los niños de esta comunidad son mono o bilingües en una lengua que no es el castellano rioplatense. En este contexto, plantean que surge la incorporación

de una perspectiva intercultural, “como una respuesta a los cambios sociales y la necesidad de incluir nuevas culturas, como consecuencia de los diversos procesos migratorios en nuestro país y en el mundo, a lo largo de la historia” (p.62).

Stier et al. (2012), refieren que “los trabajadores de la Salud formamos parte de un dispositivo de control instituido, en el que a la población que consulta comúnmente se la reta, se le niega su saber o se la invisibiliza; y se la sanciona o se homogeneiza la atención cercenando las singularidades. En el trabajo con *lo otro* hay varias posibilidades, podemos rechazarlo, desconocerlo, cooptarlo o crear un intercambio entre saberes, advertidos de las diferencias de poder y armar algo nuevo” (p.79). Dichos autores, realizan un estudio en donde intentan conocer las pautas de crianza de la población migrante que asiste al Hospital Dr. Enrique Tornú en Capital Federal, como así recuperar las historias de crianza de las familias y conocer acerca de las prácticas de autocuidado para con sus hijos. En relación a esto, cuestionan el lugar dado a los distintos saberes propios del sistema de salud, específicamente a aquéllos concebidos en relación al proceso salud-enfermedad-atención, y cuál es el destino dado a estos distintos saberes -como una crítica al Modelo Médico Hegemónico-. Es así que proponen relacionar prácticas de diversidad cultural con la posición del equipo de salud.

Retomando lo expuesto anteriormente, la cultura afecta cada interacción que se da en el ámbito clínico, como así en los contextos de intervención comunitaria. Modos de comprender la salud y la enfermedad, percepciones sobre un tratamiento efectivo, representaciones sobre la relación entre mente-cuerpo-espíritu, el rol del paciente y del *curador*, los estilos de vida, están influenciados por la cultura - aclarando que influencias culturales divergentes existen incluso en comunidades

relativamente homogéneas-.

Al respecto, las interacciones cara a cara *-face-to-face-* entre el profesional de la salud y el usuario son mucho más efectivas cuando ambas partes adaptan las representaciones sobre cómo éstas deben estar dadas. Dentro de las cuestiones que merecen cuidadosa consideración, son los factores concernientes al contacto visual, el concepto de privacidad, actitudes en relación al cuerpo y su contacto, el espacio personal, entre otros. En la cultura occidental, por ejemplo, el contacto visual directo es considerado como representación de sinceridad, interés y conexión con el interlocutor. Por el contrario, para ciertas culturas asiáticas, dicho tipo de contacto visual puede ser visto como intrusivo y grosero. Por otro lado, muchas culturas tienen especiales mandatos en relación al contacto corporal apropiado, especialmente entre géneros. Otras, pueden considerar que la información sobre su cuerpo es personal, y no debe compartirse. Esta actitud puede resultar problemática en un servicio de salud occidental, donde es considerado normal discutir sobre síntomas y funciones corporales, frecuentemente con sujetos extraños -médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, residentes o practicantes, etc- (Bonder, 2002). Las concepciones etnocéntricas de estos comportamientos condicionados culturalmente pueden interferir en la comunicación, incluso en la necesaria para determinar un diagnóstico.

Se ha establecido entonces, que la cultura cumple un rol importante en los estilos de vida de las personas, en sus valores y creencias, como así se ha establecido que la salud constituye una esfera en la cual la cultura tiene un profundo impacto. Por estas razones, los profesionales de la salud, deben ser sensibles a los factores culturales y estar preparados para interactuar con pacientes de un modo tal

que reconozcan y respondan de manera efectiva a dichos factores.

Es en base a lo expuesto, que Bonder et al. (2002), plantean que los profesionales de la salud, deben evitar la sobregeneralización y la utilización de etiquetas generales como *hispanos*, *asiáticos*, etc., para multitudes de grupos con creencias que difieren de manera pequeña o substancial, como así deben evitar hacer supuestos basados en conocimiento existente, sin su contemplación en el contexto. Esto es, mientras que las generalizaciones sobre culturas particulares proveen un punto de partida inicial, los profesionales de la salud deben identificar las maneras en las cuales los sujetos modifican esas creencias tal como son reflejadas en su propio emergente cultural. En adición, los factores personales alteran las maneras en las cuales los sujetos interpretan la información, o cómo cada individuo singular modifica, descarta o adapta las creencias propias de su grupo cultural. El profesional de la salud, puede realizar una intervención más atinada, si utiliza el comportamiento como información y luego intenta determinar el significado del mismo, dentro del contexto del paciente.

Informarse sobre las creencias culturales puede ser valioso, sin embargo, teniendo información recogida sobre una cultura, los profesionales de la salud deben evitar el prejuicio y la formación de estereotipos, lo cual puede ser el resultado de una información inadecuada y una inatención del contexto (Ibíd.), con un consiguiente diagnóstico y tratamiento inadecuados para ese *otro* cultural. Esto mismo, sucede en el caso de planteamientos a nivel comunitarios -Planes, Programas o Proyectos-. La formación de estereotipos a su vez, suele estar asociada a procesos de estigmatización de la población en cuestión, por lo que es importante no minimizar esta cuestión.

Por último, pueden realizarse ciertas observaciones que complementan lo expuesto en relación al rol de la cultura en las representaciones y prácticas de salud, y que son necesarias a tener en cuenta. Primeramente, es esencial comprender la complejidad de la interacción entre individuos. El conocimiento superficial de las circunstancias de los individuos nunca va a poder proveer una imagen completa de la situación. Un diagnóstico de dicha situación e información demográfica provee solamente un punto de partida inicial en la búsqueda de información (Ibíd.). Por otro lado, las explicaciones que parezcan demasiado simples, probablemente serán erróneas, ya que el ser humano está involucrado en procesos complejos, irreductibles a formulaciones sencillas. En segundo lugar, todos los individuos poseen múltiples identidades culturales, que abarcan por ejemplo, el lugar o comunidad de origen, el lugar de residencia actual, adscripción religiosa, status socioeconómico, género y profesión. Finalmente, independientemente de las filiaciones culturales, los factores personales influyen en el comportamiento y sentimientos individuales, por lo que el profesional de la salud debe tener en mente que el paciente es un individuo único con una historia de vida y contexto particulares.

De lo expuesto, puede extraerse la necesidad de dar cuenta de la dimensión social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención, y así detectar los factores culturales implicados en las prácticas de salud y en los comportamientos y estilos de vida de la población que acude a los servicios de salud, o que están comprendidos dentro de intervenciones comunitarias (Cattáneo et al., 1999). Esto adquiere mayor relevancia, cuando el equipo de profesionales, vive ciertos factores culturales como obstáculos para implementar una prescripción o desarrollar las intervenciones que considere pertinentes desde su cultura profesional.

Posibles consecuencias de las distancias culturales en los servicios de salud

La falta de información compartida entre los profesionales y el usuario, la comprensión errónea de las perspectivas entre los participantes, expectativas frustradas, etc., contribuyen a interacciones problemáticas, y por ende, probablemente a resultados considerados como poco favorables. Bonder et al. (2002) establecen que una vez que el paciente acude a los servicios de salud, se pueden distinguir dos tipos de consecuencias asociadas a la distancia cultural entre los profesionales de la salud y las representaciones y prácticas de dicho paciente. Distinguen entre las consecuencias inmediatas, relacionadas mayormente con el seguimiento de una pauta terapéutica indicada por el profesional; y las consecuencias a largo plazo, como los problemas frecuentes relacionados con la adherencia al tratamiento, con la modificación de conductas -hábitos higiénicos, dietéticos, prácticas de crianza, etc., todos relacionados con los estilos de vida-, como así, con el abandono de hábitos considerados nocivos para la salud. En ambos casos, se considera que el factor más decisivo es la implicación del paciente, relacionada directamente con su grado de comprensión y aceptación del modelo propuesto por el profesional de la salud, con la convergencia entre las representaciones y prácticas del profesional y del usuario, y por último, con su participación en el desarrollo del plan (De la Revilla Ahumada & Fleitas Cochoy, 2004).

Al mencionar las representaciones de los profesionales de la salud, no puede dejar de olvidarse que, dentro de la organización del cuidado de la salud, cada profesional con el cual el individuo interactúa no sólo tiene una historia

personal sino también, una cultura profesional (Bonder et al., 2002).

Por otro lado, los conflictos culturales sobre las creencias relacionadas a la salud, pueden llevar a una pérdida o una disminución en la credibilidad o confianza en el profesional de la salud, por parte del usuario. Como así aquél, puede considerar como incomprensibles -desde su punto de vista- las prácticas y representaciones del paciente, e incluso menospreciarlas catalogándolas de naturaleza supersticiosa, o básicamente inapropiadas.

Otra razón por la cual los encuentros dentro del ámbito sanitario pueden ser más problemáticos que aquéllos que se dan en el resto de las esferas de la vida cotidiana, es el hecho de que los individuos que ingresan a los servicios de salud en búsqueda de atención, generalmente sienten inseguridad e incertidumbre. Se encuentran rodeados por sujetos y procedimientos que no les son del todo familiares y son diferentes a los dados en otros ámbitos de la rutina. (Ibíd.).

Por último, debe aclararse que es fundamental identificar otro tipo de dificultades frecuentes al respecto de la accesibilidad a los servicios de salud. Es así que las barreras, no son todas culturales, a pesar de que los malentendidos de esta índole caracterizan los motivos por las cuales falla el acceso a los servicios (Ibíd.). Es así que las razones sociales deben ser consideradas. Por ejemplo, el nivel socio-económico, la accesibilidad geográfica, el transporte, el conocimiento de la existencia de la prestación de los servicios, que lógicamente condicionarán los comportamientos de los individuos. Es así entonces, que las problemáticas resultantes, no tendrán entonces asociación directa con los factores culturales antemencionados.

CAPÍTULO IV:

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Rol de los factores culturales en las bases de la Terapia Ocupacional

Tanto en la formación como en el ejercicio profesional, siempre son enumeradas las diferentes esferas en las que se desempeña el ser humano, entre ellas, la cultural. Al respecto de la relevancia dada a este tipo de factores en la Terapia Ocupacional, Moruno (2003) realizó un análisis sociohistórico sobre el origen y la evolución de la disciplina e identificó que en el núcleo de sus postulados originales, se encuentra la noción de cultura (Zango Martín & Moruno, 2013). Así todo, a pesar de esta situación, y que desde el ámbito discursivo estos aspectos sean recurrentes, pocos son los trabajos dedicados a su abordaje, no sucediendo el mismo caso para el resto de las esferas.

Mencionando cuáles son esos ámbitos que conforman la vida de los individuos, la AOTA (2002) propone siete contextos de interacción del individuo. Estos son el cultural, social, personal, espiritual, temporal, físico y virtual; alrededor de los cuales el terapeuta ocupacional debe organizar su pensamiento profesional (Moldes & Pelegri Spangenberg, 2008). Es imprescindible notar la “interdependencia que existe entre esos contextos, ya que ninguno de ellos podrá ser entendido aisladamente de la cultura de la sociedad y del momento histórico y político al que pertenecen” (Ibíd.:2); como así concebir cómo estos contextos influyen en la elección y desempeño de ocupaciones significativas en la vida de las personas. De esto se deduce la importancia de ubicar en un mismo nivel de importancia a todos los contextos, sin priorizar unos sobre otros.

A raíz de los procesos de globalización de las últimas décadas, se observa una creciente tendencia e interés por los aspectos culturales y sus relaciones con la salud. “En este sentido, la literatura de terapia ocupacional referida a la cultura se centra principalmente en aspectos relacionados con la sensibilidad, la competencia cultural de los profesionales (...) y el análisis de las intervenciones realizadas en Occidente con grupos culturales minoritarios (...), obviando el abordaje de aspectos que trasciendan estos planteamientos” (Zango Martín, & Moruno, 2013:12).

A pesar de estos avances, y de manera paradójica a esta consideración de los factores culturales en los núcleos teóricos, “las instituciones relacionadas con el ámbito sociosanitario ignoran los aspectos culturales o sitúan la cultura en una posición subsidiaria respecto a saberes y prácticas apoyadas en culturas científico-técnicas, privilegiadas por los estados modernos y las sociedades capitalistas” (Palacios & Rico, 2011:2).

Yendo al plano de la formación universitaria de grado, en la Argentina, muchas de las carreras de Licenciatura en Terapia Ocupacional, incluyen en sus planes de estudio aspectos relacionados a la perspectiva antropológica, bajo la forma de diferentes denominaciones -*Antropología Filosófica*, en la Universidad Nacional de San Martín; *Fundamentos de Sociología y Antropología*, en la Universidad Nacional de Quilmes; *Antropología Social y Cultural*, en la Universidad Nacional de Villa María; *Enfoque Socio-Antropológico*, en la Universidad Abierta Interamericana; *Antropología y Seminario de Teoría y Prácticas Etnográficas aplicadas al campo de la salud*, en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En el caso de la Universidad Nacional de Mar del Plata, es en el año 1985 cuando se incluye la asignatura *Antropología Cultural* -así denominada entonces- al plan de estudios, junto con *Introducción a la Sociología*-. Estas materias formaron

parte de la sección *Asignaturas fuera del área* del plan de estudios junto con *Pedagogía General y Especial* y *Teoría y Metodología de la Investigación*. En el proyecto de modificación de dicho plan, se indica que los objetivos de esta área son “proporcionar al alumno contenidos programáticos que complementen su formación profesional y le brinden un marco referencial humanístico necesario para el ejercicio de la misma...” como así “...formar al alumno en el área de investigación sobre métodos y técnicas y su correspondiente aplicación en Terapia Ocupacional”³¹

Enfoque etnográfico en la Terapia Ocupacional

Muchos aspectos del enfoque etnográfico son directamente relevantes para los terapeutas ocupacionales, en lo que concierne a poder comprender el comportamiento humano. En los contextos de salud, el encuentro con sujetos pertenecientes a un grupo étnico, con representaciones y prácticas diferentes a las propias, genera una situación de incertidumbre, que no debe ser naturalizada, por el contrario debe ser resuelta por el profesional.

Moldes & Pelegrini Spangenberg (2008) en su capítulo *Consideraciones contextuales en la infancia. Introducción al desarrollo del niño*, del libro *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*, plantean que “el terapeuta ocupacional debe evaluar la identidad cultural de la población asistida para proponer actividades adecuadas para la misma, así como conocer sus propios filtros culturales. Sin ello, le será difícil comunicarse y crear una relación terapéutica empática” (Ibíd.:4).

Una de las tareas de los terapeutas ocupacionales es, por medio del enfoque etnográfico, intentar comprender al paciente dentro de su contexto cultural,

³¹ Información extraída del expediente código N°1000 092/85 de la Escuela de Ciencias de la Salud y Comportamiento, actual Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

como así su cosmovisión, asumiendo que tanto estos factores como su comportamiento son complejos, y que es imposible encasillarlos en razonamientos simples. A su vez, Bonder et al. (2002) plantean que es necesario utilizar el contexto cultural y el punto de vista del paciente, como datos fundamentales para realizar la evaluación y para diseñar el plan de tratamiento, si es que fuera necesario.

Dichos autores establecen una serie de *habilidades* requeridas para poder lograr una perspectiva antropológica. Aclaran que son valiosas en cualquier interacción terapéutica, pero resultan absolutamente esenciales en aquellas que involucran interacciones interculturales. Éstas están relacionadas con la empatía y adecuadas habilidades interpersonales, con la curiosidad y capacidad de sorpresa, con la paciencia y tolerancia ante la ambigüedad, y con la humildad intelectual, que implica reconocer que tanto la interpretación como el conocimiento propios, tienen límites. A su vez, se desean destacar ciertos elementos nombrados por dichos autores, ya que son conceptos fundamentales en la Antropología. Éstos son la reflexividad, y el relativismo.

La reflexividad, abarca la autorreflexión y la capacidad de hacer consciente las expectativas, prácticas y representaciones propias (Bonder et al. 2002). Rosana Guber (2001) en *La etnografía. Método, campo y reflexividad* plantea que existen tres tipos de reflexividad, los cuales describe en función del investigador, aunque también se aplica, desde ya, en los profesionales de la salud. Es así que se debe considerar la reflexividad del profesional de la salud, en tanto que miembro de una sociedad o cultura, la reflexividad del profesional en tanto que profesional, “con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus hábitos disciplinarios y su epistemocentrismo” (p.49) y las reflexividades de la población en cuestión, las cuales se constituyen en el objeto de conocimiento del investigador/profesional. Guber plantea que debe someterse a continuo análisis los diferentes tipos de reflexividad

para poder describir el grupo que se estudia/atende a partir de la perspectiva de sus miembros.

En cuanto al relativismo, más que una *habilidad* tal como plantean Bonder et al., representa un posicionamiento y actitud ante *el otro*. Este tipo de pensamiento consiste en comprender a la otredad desde sus propios términos y parámetros de valoración. Apela a la empatía, lo que implica ponerse en el lugar del *otro cultural* para poder comprenderlo. Deviene en el respeto a las diferencias culturales, basado en que los valores y costumbres son relativos al trasfondo cultural del cual emergen; y que cada sociedad tiene derecho a desenvolverse en forma autónoma sin que pueda imponerse a otra argumentando cualquier tipo de superioridad. Su postulado extremo, se abstiene a todo juicio de valor, lo que “implica la imposibilidad de comparar, ya que cada cultura es una configuración distinta y entendible sólo en sus propios términos” (Ibíd.:9). Esta forma extrema, también denominada *relativismo ideológico* implica la imposibilidad de emitir juicio de valor a determinada cultura, aceptando toda expresión de la misma, por el hecho de tolerar y respetar sus costumbres y creencias (Gil, 2009). Es importante entonces, *relativizar al relativismo*. Esto significa ver cuáles son los problemas que los integrantes de esa cultura ven. Comprender la diversidad dentro de esa misma cultura en relación a los diversos sectores que la comprenden y en términos de las relaciones que mantienen entre sí.

En contraposición a este tipo de pensamiento, se impone el *etnocentrismo*, ya mencionado anteriormente. Éste describe la actitud de aquellos grupos sociales, que identificados con una cultura, tienen una imagen positiva de sí mismos, en relación a las otras culturas, y juzgan al *otro* en términos de sus propios parámetros culturales. Es decir, que aplican sus propios valores, normas, costumbres, prácticas, estableciendo aquello que es *socialmente aceptable* de lo que no lo es, en términos lingüísticos, étnicos, morales, de situación de clase, de salud, entre otros, sin

considerar que aquéllo que es juzgado, puede ser entendido o practicado de una manera distinta en otro contexto cultural (Gil, 2009). Por otro lado, este tipo de pensamiento tiende a engendrar intolerancia, y racismo, cuando alcanza componentes biológicos (Ibíd.), ya que los conceptos de *superioridad* e *inferioridad*, alcanzan su mayor expresión.

En el marco de la presente investigación, se considera que sin dirigirse al extremo de un relativismo ideológico, el terapeuta ocupacional debe evitar el pensamiento de tipo etnocéntrico a la hora de comprender las representaciones y prácticas propias del paciente, como a la hora de realizar un diagnóstico o intervenciones. Mir Candal plantea que “el etnocentrismo que permanentemente buscamos evitar puede expresarse en forma diversa. Una de ellas, y quizás la más frecuente, puede implicar, escindir las acciones de las nociones que esgrimen los actores sobre ellas, sustituyéndolas por las nociones del profesional” (Ibíd., 2002:3).

Con respecto a las prácticas de salud, es importante que los profesionales de la salud conciban que la cultura, la experiencia individual y la personalidad, todas ellas, pueden tener un impacto en las percepciones y comportamientos relacionados a este tipo de prácticas. Dentro de las mismas, se pueden incluir las relacionadas a la higiene personal, la alimentación, el ejercicio, así como las prácticas preventivas y de seguridad.

Con respecto a la alimentación, ésta constituye un área en la cual las creencias relacionadas al autocuidado están profundamente ligadas a la cultura. Por ejemplo, prácticas alimentarias de autocuidado influyen los montos de comida y los tipos de comida ingeridas -siempre incluyendo y contemplando los factores sociales y geográficos asociados a cada grupo cultural-, alimentaciones específicas para cada período de la vida -infancia, embarazo, vejez, etc.-, balance entre distintos tipos

de alimentos, como así comidas a evitar, tiempos y espacios definidos para la alimentación, modos de llevar a cabo el acto de la alimentación, entre otros.

En términos de higiene personal, la cultura influye sobre cuándo un sujeto debe higienizarse o bañarse, sobre diferentes tipos de higienización, sobre el cuidado de determinadas partes del cuerpo -ojos, dientes, lengua, etc.-, sobre los hábitos en relación a la eliminación de los desechos biológicos, entre otros (Bonder et al. 2002). Cabe aclarar que para realizar un correcto análisis de estas actividades de la vida diaria, no debe olvidarse contemplar de la misma manera los factores sociales -por ejemplo en lo que tiene que ver con el acceso a bienes- o factores climáticos o geográficos.

Derribando el sentido común

Es fundamental, desde el rol profesional, estar alerta a no intentar explicar desde el sentido común, las diversas problemáticas que pudiesen surgir. Para poder comprender esto con mayor profundidad, por un lado, es necesario recordar que para ser considerado como científico, un pensamiento debe superar a aquél que es propio de la vida cotidiana -es decir, el sentido común-, y debe ser comprobado por medio de las metodologías que determinada disciplina científica reconozca como propias (Ibíd.). Y por otro lado, es importante considerar que “el sentido común suele naturalizar las convenciones sociales a tal escala que las costumbres y prejuicios más arbitrarios son asumidos como *naturales* sin siquiera plantearse la posibilidad de que las cosas puedan ser de otra manera. La palabra *antinatural* suele probar estos discursos cuando ciertas prácticas -estructuras familiares específicas, prácticas religiosas *extrañas*, formas de comportamiento alternativas- rompen con la cotidianidad y las expectativas del hombre común” (Ibíd.:20).

Puede apreciarse la estrecha relación existente entre el pensamiento etnocéntrico y el sentido común, en donde éste le indica al sujeto que sus prácticas y formas de ver el mundo son *naturales*, mientras que aquéllas propias de *los otros*, -determinados según cómo esté construida la otredad- son *antinaturales, raras*. En la práctica profesional, este tipo de pensamientos pueden ser muy perjudiciales tanto para el paciente, como para la relación paciente-terapeuta ocupacional. Autoras como Spivak (2008), persiguen descentrar el etnocentrismo de determinados planteamientos considerados universales.

Por último, cabe aclarar que el sentido común no es dañino para la sociedad -por el contrario, ayuda a las personas a desenvolverse y a resolver los problemas de la vida diaria- pero “se transforma en un obstáculo epistemológico cuando pretende imponerse como conocimiento verdadero de los fenómenos sociales” (Gil, 2009:19).

Terapia Ocupacional en la Infancia. Situaciones de diversidad cultural.

Si el terapeuta ocupacional realiza abordajes -de la índole que fuere- en población infantil, es importante que considere que existen una serie de factores culturales que pueden influir en el desempeño ocupacional del niño. Moldes & Pelegrini Spangenberg (2008) enumeran de manera esquemática, algunos de ellos. Éstos pueden resumirse en lo que es la utilización del tiempo -como la organización de la jornada, horarios cotidianos de alimentación, sueño, ocio y tiempo libre, si es diario, semanal, etc.-; los estilos de expresión de las emociones; las costumbres - como estilos de celebrar los cumpleaños y otras festividades, etc.-; las creencias sobre el ser humano en relación a la sociedad, la ética, la amistad, la salud, el trabajo, la política, el dinero, los roles, etc.; las creencias religiosas, las cuales

influyen en los juegos y actividades del niño -en una familia de religión cristiana, podría estar dado en el asistir a misa los días domingos, por ejemplo-. A su vez, plantean que las estructuras familiares como los roles asumidos por la familia están influidos por los factores culturales: por ejemplo cuáles son las obligaciones -en una familia occidental podría estar dado en quién ayuda a poner la mesa, *mamá cocina, papá hace las compras*, etc.-; como así el grado de importancia atribuido a la autonomía -como la valoración de vestirse solo, tomar el transporte público, hacer las tareas escolares sin ayuda, etc.; la cantidad y nivel de asistencia que pueden recibir y proporcionar; la educación; las fuentes de apoyo social, como por ejemplo en situaciones de emergencia, necesidad o ayuda, como familia, amigos, vecinos, etc.; los valores relacionados con las finanzas: en qué se gasta el dinero, qué compras se hacen, cuánto dinero pueden manejar y a qué edad, entre otros; los ritos de pasaje de la niñez a la adolescencia o adultez. También consideran que las representaciones culturales influyen sobre los conocimientos relacionados a la salud, el bienestar y la discapacidad, y reflexionan sobre las diferentes fuentes de información que entran en juego -profesionales, proveedores de cuidados tradicionales/alternativos, medios de comunicación, etc.-.

Por otro lado, dichos autores plantean que “cada cultura tiene su propia idiosincrasia y manera de comprender a la infancia: los roles de los cuidadores y los aspectos del cuidado infantil; el papel del propio niño; el papel de los hermanos, de la familia, del vecindario y de la comunidad; las instituciones creadas o no para atender esa población diana; las formas aceptadas de interacción entre los infantes y entre éstos y los diferentes adultos de la sociedad; los juegos infantiles; las funciones sociales de los niños y otras funciones” (p.3). Estas características se expresan, entre otros aspectos, en pautas y prácticas de crianza que tienden a asegurar la continuidad de una cultura (Ministerio de Salud de la Provincia de

Buenos Aires, 2007).

De lo expuesto se desprende la necesidad de reconocer al niño como un sujeto social, proveniente de una comunidad en particular con un origen, idioma, valores, creencias, una cosmovisión y conciencia práctica determinadas, adscriptos a un territorio geográfico -o no-.

En la *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años* del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2007), se explica una de las principales dificultades a la hora de trabajar con niños provenientes de otros contextos culturales diferentes al del terapeuta ocupacional. Plantean que el profesional de la salud representa el conocimiento científico -por lo tanto, una forma de dominio y poder en la relación paciente-terapeuta-, y es necesario que “tenga la debida formación y apertura para comprender lo que sucede desde la óptica del niño y de su familia, ya que ésta es la única manera de proporcionar soporte y aumentar la participación social del usuario. En el caso de que no existiera tal disponibilidad por parte del terapeuta ocupacional o incluso de su servicio, sería obligada la derivación del usuario, así como la reflexión del profesional, para que hubiera coherencia ética.” (Ibíd.:4).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema

La diversidad cultural en relación a las prácticas de salud desde una perspectiva antropológica como aporte a la Terapia Ocupacional. El caso de los inmigrantes chinos en la ciudad de Mar del Plata, en el año 2013.

Objetivos

Objetivos generales:

- Describir y comprender las representaciones culturales y prácticas de salud de inmigrantes provenientes de China que residen en la ciudad de Mar del Plata, considerando los modos de interacción que se generan con los profesionales de la salud.

Objetivos específicos:

- Describir las situaciones de tensión que se dan entre las representaciones y prácticas de salud del grupo étnico y las propias de los profesionales de la salud.
- Contribuir al conocimiento de las prácticas de salud propias del grupo étnico y determinar qué elementos apprehenden del sistema de salud occidental, regido por el modelo médico vigente.
- Describir las pautas de crianza y prácticas de salud con los lactantes y niños, como así cuáles adoptan del sistema de salud vigente; cuáles son más conflictivas o no son aceptadas en general por el grupo.
- Realizar un aporte de la perspectiva antropológica a la Terapia Ocupacional.

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio exploratorio-descriptivo, ya que la problemática abordada en la misma es un tema escasamente investigado y por otro lado, se busca describir, entre otros factores, las prácticas de salud de la población china que reside en Mar del Plata.

Diseño de investigación

La presente investigación utilizará un diseño no experimental transversal descriptivo, por no manipular ninguna variable y porque pretende describir y caracterizar una situación en un momento único y determinado.

Población de estudio

Familias chinas residiendo en la ciudad de Mar del Plata.

Muestra

Cuatro familias chinas residiendo en la ciudad de Mar del Plata, que concurren al Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad Infantil de la ciudad de Mar del Plata y aquellas referidas por informantes claves.

Tipo de muestreo

El mismo será no probabilístico por conveniencia, ya que se cuenta con el

acceso al Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad Infantil de la ciudad de Mar del Plata, como a las familias chinas contactadas por medio de informantes claves.

Las personas de estudio deben cumplir con los criterios de elegibilidad que se describen a continuación.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de Inclusión

Sujetos de nacionalidad china o niños descendientes directos de aquéllos, que acudan a los servicios de la institución explicitada, como así los que se encuentren en la sala de espera de las mismas.

También se incluirá aquella población a la cual se tenga acceso a través de informantes claves.

Criterios de exclusión

Decisión por parte de los sujetos de estudio de no participar en la investigación.

Dimensionamiento de la variable

Variable:

Rol de la cultura en las prácticas de salud en la población china que reside en la ciudad de Mar del Plata.

Definición conceptual:

Con respecto a la cultura, ésta es concebida como un sistema ordenado de símbolos y significaciones, como así de valores y creencias a partir de los cuales un conjunto de individuos interpreta y concibe la realidad (Gil, 2009).

La cultura se adquiere socialmente, se aprende a través de la educación en sentido amplio, a medida que el sujeto crece y se incorpora a la vida en sociedad. Las nociones culturales aprendidas son parte de la configuración de toda persona y a través de ellas las personas interpretan su manera de estar y actuar en el mundo.

En este sentido, cada cultura implica un modo de vida. Dentro de dichas nociones culturales aprendidas se incluyen:

1. Categorías.
2. Conocimientos / creencias.
3. Valores.
4. Reglas de conducta: hábitos, costumbres, formas de actuar socialmente adecuadas (Goodenough, 1971).

Con respecto a las prácticas de salud, se pueden definir a partir de las nociones brindadas por la Organización Mundial de la Salud -OMS- sobre prácticas de salud tradicionales, complementarias/alternativas.

Prácticas de salud tradicionales: “Consisten en todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o

el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”³².

Prácticas de salud complementarias/alternativas: La OMS explica que generalmente estos términos son utilizados indistintamente junto con *prácticas de salud tradicionales* en algunos países y describe que “hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal”³³.

Prácticas de salud biomédicas/hegemónicas: Este término se refiere a aquellas prácticas comprendidas en la atención que brindan los profesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica y por el Estado, quienes han recibido entrenamiento en universidades y otras instancias académicas. En el orbe occidental, las mismas responden en mayor o menor medida al modelo médico hegemónico, desarrollado por Eduardo Menéndez, descrito anteriormente.

A su vez, las prácticas de salud pueden ser clasificadas según sus niveles de prevención. Según la OMS, la prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (1998:13).

Prevención Primaria: son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (...) “las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la

³² Extraído del sitio oficial de la OMS www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es

³³ Ídem.

aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (Ibíd:12). El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

Prevención Secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente -sin manifestaciones clínicas-. Significa la búsqueda en sujetos *aparentemente sanos* de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos -pruebas de screening-. “En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (Ibíd.:12).

Prevención Terciaria: “se refiere a acciones relativas a la recuperación *ad integrum* de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas” (Ibíd.:13). Este tipo de prácticas implican el control y seguimiento del paciente, sea para aplicar el tratamiento, como así las medidas de rehabilitación de manera oportuna (Ibíd.). Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Definición operacional:

En cuanto a la cultura se incluirán los siguientes elementos, aunque es necesario dar cuenta que su división es realizada sólo con fines esquemáticos:

- Representaciones culturales: éstas implican la forma en la que un grupo cultural comprende la realidad, es decir, conforman la cosmovisión de los actores.

- Valores: éstos son ideales abstractos que aceptan y comparten los miembros de un grupo dado de manera explícita o implícita. Los mismos influyen en la conducta de los actores, desde el momento en que representan pautas deseables de comportamiento -individual y colectivo-, como así parámetros desde los cuales se establece cuáles conductas deben ser premiadas o castigadas (Andrade, 2005). Los valores que primen en un determinado grupo étnico, caracterizarán su comportamiento.

- Creencias: las mismas son preposiciones que son aceptadas como ciertas por un grupo cultural determinado (Goodenough, 1971), independientemente de su validez objetiva (Andrade, 2005). Además de las creencias míticas, mágicas y religiosas, se incluyen las concepciones sobre diferentes elementos de la realidad, por ejemplo: la concepción de la salud, de la enfermedad y los medios para afrontarla.

- Costumbres: éstas implican formas particulares de comportamiento de un grupo cultural determinado. Pueden existir costumbres aprobadas por dicho grupo, como así pueden existir costumbres que sean consideradas como negativas. Malinowski (2000) considera que cada costumbre responde a un propósito particular y son los medios que los hombres utilizan para poder satisfacer sus necesidades.

- Prácticas de salud: detalladas a continuación.

En base a lo expuesto, se cree fundamental aclarar que “la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden descubrirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa” (Clifford Geertz, 1992:10).

Keessing define ciertas consideraciones necesarias para evitar la cosificación de la cultura (1994):

- En lugar de considerar lo cultural como una obra acabada, hay que preguntarse por la problemática de la producción y la reproducción de formas culturales, asumiendo –además– su capacidad de definir el mundo.
- Partir del supuesto de que en toda sociedad hay múltiples tradiciones culturales, una hegemónica y otras subdominantes y parcialmente sumergidas.
- En lugar de considerar *una cultura* como una entidad delimitada y coherente, hay que dejar paso a nociones como las de interpenetración y superposición.

Con respecto a las prácticas de salud, se considerarán como tales, a aquellas de tipo preventivas, o a las tendientes a superar un estado de enfermedad, que lleve a cabo la población de estudio. Se incluirán tanto las que se realizan en establecimientos oficiales, es decir, las prácticas biomédicas, como así las de tipo tradicional y/o alternativo, incluyendo también las prácticas de autocuidado.

Técnicas de recolección de datos

Se utilizará el método etnográfico considerando que éste hace posible aprehender el juego intersubjetivo de los actores utilizando la distancia cultural como herramienta metodológica de la investigación (Althabe, 1992). Es así que se

intentará acceder mediante un trabajo de campo antropológico para trabajar sobre lo cotidiano y las representaciones de los actores sociales estudiados, como así sobre los fenómenos que no pueden apreciarse si no son observados en su plena realidad. En el caso que compete, sería posible observar –por ejemplo- si siguen las prescripciones del equipo de salud o si mantienen los tratamientos, como también cuáles son sus prácticas nativas, como por ejemplo, la autoatención-, etc.

Se realizará entonces observación participante, considerando que ésta “consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población” (Guber, 2001:57) con el fin de conocer los relatos nativos, partiendo de la base que éstos “no son simples representaciones del mundo; forman parte del mundo que describen y por lo tanto comparten el contexto en el que tienen lugar” (Hammersley, 1994). También se utilizará la entrevista etnográfica, lugar donde se produce el material para un posterior análisis comparativo. Es en el momento de la entrevista donde se realiza la *puesta en sentido* de la narración, donde se construyen posiciones de sujeto, subjetividades, e identificaciones. Da la posibilidad de aprehender las grandes configuraciones de sentido de un momento histórico dado. Los métodos citados se llevarán a cabo en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia -IREMI-, ya que allí concurren a consulta familias de la comunidad china, en donde se realizará un primer acercamiento a los sujetos de estudio, para luego adentrarse en su cotidianeidad familiar y laboral, dejando constancia de que los sujetos involucrados en la investigación, darán el consentimiento informado.

Método etnográfico

A fines de detallar lo expuesto brevemente es que se desean tratar los siguientes aspectos. Por un lado, la definición previa de lo que es el *Campo* es fundamental en toda explicación sobre el método etnográfico. Éste es considerado como la conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, compuesto no sólo de fenómenos observables, sino también de los significados que los actores le asignan a su entorno y a las acciones que los involucran (Guber, 2001). Este recorte de lo real -no es sólo un recorte material- no está dado, sino que se construye activamente en la relación entre investigador e informantes.

Con el fin de comprender a ese *otro* distinto a *nosotros* -al menos en principio- en antropología, suelen distinguirse dos niveles de datos empíricos a buscar en el campo. Esto es, lo que las personas efectivamente hacen, y lo que las personas dicen que hacen -que no siempre coinciden-, como así las formas que intentan de justificar lo que hacen y lo que idealmente hacen. De este modo, se accede entonces, a partir de la comparación entre estos dos niveles de datos, al sistema de valores de dichas personas, al comprender entonces lo que ellos creen que se debería hacer (Gil, 2009). Es por esto, que “debe marcarse que como cualquier científico, el antropólogo social trabaja con lo que realmente ocurre, pero además se ocupa -y esto en ocasiones es mucho más importante- de las representaciones sociales, es decir, lo que las personas piensan y narran sobre lo que realmente sucede y lo que debería ser. Aquí es donde entran en juego conceptos como las creencias y valores que los individuos ponen en escena de diversa manera y que es necesario comprender para dar cuenta de la cosmovisión de quienes se está estudiando” (Ibíd.:32).

De lo expuesto, se desprende como actividad esencial de la labor

etnográfica, la formulación de finas descripciones -es decir, no concebidas desde el sentido común- sobre los modos de vida de la población estudiada, es decir de modos de vida *extraños*.

Existen diferenciaciones clásicas que la antropología utiliza para establecer dos tipos de descripciones posibles. Éstas son la *emic* y la *etic*. La primera se refiere al punto de vista de la población de estudio, es decir, de los sujetos involucrados en los fenómenos culturales que se quieren comprender, mientras que la segunda, alude a las descripciones realizadas desde el punto de vista del investigador, constituyendo entonces, una descripción externa a los hechos (Gil, 2009). “De esta manera estamos en condiciones de abordar un fenómeno desde dos puntos de vista: uno de la manera en que los participantes de determinados procesos lo viven y lo sienten, y la otra desde la visión de los observadores externos que interpretan esa realidad e intentan darle un sentido a partir de su teoría” (Ibíd.:32).

Dentro del campo, el investigador que aplica el método etnográfico y se posiciona desde una perspectiva antropológica, debe recolectar tres tipos de información. Su orden creciente de complejidad y su grado de explicación de la población de estudio, estarán en relación con el grado de profundidad del contacto que realice el investigador con dicha población. Realizando una analogía con el ser humano, Malinowski (2000) establece que estos tipos de datos son los siguientes:

- Esqueleto: este nivel de datos implica la organización de un determinado grupo cultural en un esquema claro y preciso. Datos concretos como censos poblacionales, genealogías, planos, documentación de diferente índole, serían parte del esqueleto de una cultura. Según Malinowski, éste carece completamente de vida, resultando esta gran precisión, extraña a la vida real. “Aprendemos mucho de la estructura de la sociedad, pero no podemos percibir ni imaginar las realidades de la vida humana, el flujo rutinario de la vida diaria, una fiesta –y sus preparativos-, una

ceremonia o cualquier suceso inesperado” (Ibíd.:9). Es entonces, que deviene necesario enriquecer el estudio a través del siguiente nivel de datos.

- Carne y sangre: este conjunto de datos está dado por el desenvolvimiento en la vida diaria y las vivencias que la componen -ceremonias, cuidado personal, rutina de trabajo diario, cocina y alimentación, etc.- los cuales rellenan el esqueleto. Es importante notar que estos fenómenos no pueden ser recogidos por medio de análisis de documentos, ni interrogatorios, sino que deben ser observados en la misma vida diaria.

- Mentalidad: aquí se incluyen las representaciones y formas de expresarse de los actores, como así datos del folklore, mitos y fórmulas mágicas y el punto de vista de los actores, su *cosmovisión* (Gil, 2009). Malinowski (2000) plantea que en todo acto de la vida de un grupo étnico se dan, “en primer lugar, la rutina prescrita por la costumbre y la tradición, luego la forma en que se lleva a cabo, y por último, la interpretación que le dan los *indígenas* de acuerdo con su mentalidad” (Ibíd.:11). Nótese que Malinowski utiliza el término *indígena*, ya que era el tipo de población que estudiaba. Por último, agrega que estas ideas y sentimientos, están condicionados por la cultura a la cual pertenecen los actores, por lo que conforman la *peculiaridad étnica* de tal grupo.

Por último, un actor mencionado anteriormente y que cumple un papel importante dentro del campo, es el del *informante*. Esta figura “es por demás relevante en el trabajo de campo porque a través de este actor es que el antropólogo accede a las representaciones sociales que caracterizan a la sociedad” (Gil, 2009:105). Es importante considerar que operan como “filtros de realidad ya que muchos de ellos pueden tener la posibilidad de abrir espacios de investigación, pero también de obturarlos” (Ibíd.).

Análisis de los datos

La información recolectada durante el trabajo de campo será transcrita para un posterior análisis, cotejando las diferentes situaciones relevadas. Los datos serán analizados desde una perspectiva antropológica, e interpretados desde el punto de vista del otro cultural ya descripto.

Retomando lo enunciado en torno al pensamiento etnocéntrico, es a partir de una perspectiva antropológica que se intentará “descentrar el propio marco de referencia etnocéntrico, para dirigirse hacia el universo propio de los actores sociales, procurando comprender en sus propios términos la lógica de cada uno de los otros culturales en contacto y las formas en que estas se ponen en juego, en distintas situaciones sociales” (Mir Candal, 2002:3).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Como se había descrito en los aspectos metodológicos, la institución en donde se recabó la información en primera instancia fue el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI). El mismo, es el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N°3 y depende de la Secretaría de Salud del Partido de General Pueyrredón, que tiene como área de influencia la zona céntrica de la ciudad de Mar del Plata. El área de Terapia Ocupacional participa en dos programas municipales de salud. Uno de ellos es el “Programa de la embarazada” en donde lleva a cabo acciones de Prevención Primaria realizando Talleres de Educación para la Salud. En el siguiente programa municipal, denominado “Programa de Desarrollo Infantil”, se implementan acciones de Prevención Primaria junto a otros profesionales de la salud, co-coordinando talleres destinados a los padres que concurren a los controles de salud. En cuanto a la Prevención Secundaria, se realizan acciones de detección temprana mediante screenings del desarrollo a los 6, 9 y 24 meses de edad, como así ofreciendo tratamiento (individual o en co-terapia) de diferentes alteraciones del desarrollo tales como: atencionales, vinculares, conductuales, de aprendizaje, retardo mental y trastornos generalizados del desarrollo, entre otros. Por último, se desarrollan acciones de Prevención Terciaria, interviniendo en la integración y reinserción de los niños a sus ámbitos cotidianos (ejemplo: jardines, colegios, centros de día, etc.).

Con lo que respecta a los controles llevados a cabo en el servicio de Terapia Ocupacional, en el correspondiente a los 6 y 9 meses, se utiliza la escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses, de Rodríguez, Arancibia y Undurraga, creada en Chile en 1974. En la misma, el desarrollo es evaluado según áreas: motora, social, lenguaje y coordinación, y según el puntaje obtenido, se establecerá si el niño presenta un desarrollo *normal*, en *riesgo* o con *retraso*. Paralelamente se evalúa el control motor de los bebés en las diferentes posiciones

(decúbito prono, supino, sedente, etc.). A su vez, se realiza una observación del comportamiento del niño y de la díada madre-hijo, como así se lleva a cabo una entrevista acotada con los padres en donde se indaga, además de los datos filiatorios, sobre las prácticas en diferentes esferas. Éstas son: alimentación, sueño, higiene, lenguaje, actividad lúdica y lugares de permanencia durante el día (cochecito, corral, piso, cuna, etc.).

Con respecto al control de 24 meses, en estos casos, la evaluación es similar a la descrita para los controles anteriores, a diferencia de que el recurso diagnóstico utilizado es el CAT/CLAMS (Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale), desarrollado para evaluar niños de 1 a 36 meses, en el área cognitiva, incluyendo el lenguaje y la capacidad de resolución de problemas visomotores. En este caso, las categorías resultantes del puntaje del test son similares a la EEDP, salvo que en vez de utilizar el concepto *riesgo*, se utiliza, *sospecha*. Con respecto a la entrevista a los padres, se incluye el control de esfínteres y si el niño comenzará a asistir al jardín.

En el caso de los niños que fueron derivados por pediatría, se utilizó como recurso diagnóstico la planilla de *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*³⁴, la cual evalúa el desarrollo psicomotor según las áreas de auto-asistencia, social, lenguaje, conocimiento, motricidad gruesa y motricidad fina. La entrevista administrada a los padres es similar a la que se realiza en los controles, salvo que se indaga con mayor profundidad.

Como ya se había anticipado cuando se describió el acceso preliminar al campo, se pudo observar que en la mayoría de los casos observados, los niños presentaron un desarrollo psicomotor con parámetros descendidos para su edad

34

Matas, S. et al. (1997) *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*.

cronológica, arrojando, según el test administrado, *riesgo/sospecha* o *retraso*.

En el caso de los niños que acudieron a los screenings de 6 y 9 meses, no lograron las pautas esperadas en el área de motricidad gruesa, presentando un desempeño acorde en el resto de las áreas del desarrollo. Por ejemplo, en el control de los 6 meses, la mayoría de los niños no presentó un control motor suficiente para sentarse de manera independiente, rolar, realizar balcaneo superior, entre otras pautas del área motriz gruesa.

Los niños mayores, como aquéllos de 24 meses, presentaron una menor adquisición del lenguaje que lo esperado para su edad cronológica, y el área motriz gruesa se observó dentro de parámetros acordes, a diferencia de lo que se hubiese esperado dados los resultados de los screenings de los meses precedentes.

Al indagar en la entrevista a los padres sobre el lugar de permanencia de los niños en el hogar, sólo una minoría contestó que los colocaba en el piso, de los cuales declarando utilizar este espacio 30 minutos al día, lo que dista mucho de lo esperado desde la perspectiva occidental. Es importante recordar que esta perspectiva considera que el suelo es el lugar de permanencia por excelencia para que el niño pueda explorar el espacio y desarrollar sus potencialidades. En contraposición, las familias chinas entrevistadas dijeron utilizar equipamiento de permanencia, tales como andadores, cochecitos, sillas, entre otros. Al consultarles si en China la utilización de estos dispositivos es habitual, contestan que sí pero desconocen el motivo, como así expresan no saber si es el profesional de la salud chino quien lo indica, o si está instaurado en la cultura como un hábito saludable, como una costumbre, etc. Una de las informantes refirió que “quizás que no es que no compartan la costumbre, sino que, conociendo cómo se trabaja, seguramente no tengan tiempo. Están muy ocupados”. La variable *tiempo* destinado para la crianza

de los hijos, fue ampliamente repetida tanto por los informantes, como por los padres observados en la consulta, no así por los profesionales de la salud, quienes refirieron mayormente la razón de esta práctica, de índole cultural.

En la entrevista a los padres se detectaron otras prácticas que son consideradas *inadecuadas* desde los marcos teóricos occidentales. Es así que en relación a la esfera del sueño, la gran mayoría de las madres refirieron realizar colecho con sus hijos, y al consultarles la razón, responden desconocerla. Cabe destacar que mientras los niños duermen con las madres, los padres, duermen en otra habitación.

Al respecto de la alimentación, muchas de las madres refirieron incorporar los alimentos semisólidos antes de los 6 meses, edad a partir de la cual se indica esta práctica en los servicios de salud occidentales. A su vez, se recomienda no incluir pescado hasta los 10 meses, ya que es un potencial alergénico, y algunas familias chinas, lo incorporan con anterioridad. Por otro lado, en cuanto al área de higiene, ninguna familia refirió bañar a los hijos todos los días, en contraposición de lo que es indicado. A su vez, la frecuencia recomendada de paseos es diaria, a lo que las familias respondieron en general, llevar a los niños de paseo una vez a la semana, siendo esto los domingos. Algunas familias, refirieron realizarlos con mayor frecuencia, pero lejos de lo esperado según los parámetros occidentales.

Según el equipo de salud, el *retraso* madurativo de los niños de los controles de 6 y 9 meses, se debe a una *falta de posibilidades*, ya que los padres no los colocan en el piso, brindándoles entonces una escasa facilitación ambiental. En el caso de los niños mayores, el desarrollo descendido a predominio del lenguaje, es explicado a partir de la dificultad que implica tener que aprender dos idiomas simultáneamente.

La intervención del equipo consiste, en rasgos generales, en brindar las indicaciones correspondientes según el caso. Por ejemplo, en los controles de 6 y 9 meses, se sugiere utilizar el suelo como lugar de permanencia por excelencia durante el día. Se destaca que, desde la concepción occidental, esta práctica es explicada desde múltiples factores. Se considera que por este medio se favorece el pasaje de una dependencia emocional y física hacia una posición más autónoma, al proveerle al niño la oportunidad de explorar el ambiente -el cual abarca el espacio y los objetos y personas que en él se encuentran-, como así también la posibilidad de conocer y utilizar su cuerpo en el espacio. Se les explica a las familias que el lugar recomendado para jugar con sus hijos es el suelo, sobre colchonetas finas, con ropa cómoda y que los dispositivos de permanencia deben ser utilizados sólo para momentos específicos del día, como por ejemplo, durante las comidas o cuando los padres o adulto responsable no puedan estar con ellos. La explicación de cómo se considera ideal colocar a los niños en el suelo, en general es complementada con observaciones, imágenes o cartillas.

A continuación se suele brindar un nuevo turno para reevaluar. Si los resultados siguen arrojando parámetros descendidos, se comienza con el tratamiento, con una frecuencia semanal.

Con respecto a la respuesta de los padres ante las intervenciones del equipo, se observó una aceptación incompleta del tratamiento, ya que las familias sólo asisten a las primeras sesiones, abandonando el tratamiento, y, por otro lado, se puede relevar que las madres dicen entender lo que se les explica, pero no cumplen con las indicaciones en el hogar, o modifican los hábitos levemente -por ejemplo, refirieron colocar a sus hijos en el piso 30 minutos más de lo que lo hacían anteriormente-. Estas situaciones dificultan el cumplimiento del tratamiento

prescripto por el equipo de salud. Ante una mirada preliminar, podría sugerirse que el idioma representa una barrera lingüística difícil de sortear a la hora de la comunicación. Esto es muy acertado, ya que en las situaciones dadas dentro de los contextos de los servicios de salud, las entrevistas o interrogatorios son recursos asiduamente utilizados. Ante esta necesidad constante de comunicación, por ejemplo, una de las pediatras del CAPS, posee un diccionario bilingüe español-chino tradicional, y otro específicamente delimitado al vocabulario sanitario.

Continuando con el aspecto comunicativo, son comunes situaciones en las cuales podría inferirse una incompreensión del objetivo y motivo por el cual son derivados o deben acudir al servicio de Terapia Ocupacional. Esta falta de comprensión del porqué de la prestación del servicio, como así de la necesidad de recibir el mismo, podría asociarse con los altos niveles de ausentismo y deserción que poseen las familias con niños en tratamiento. Cabe destacar, que con respecto a las indicaciones sobre tratamientos, la comprensión mejora con demostración, con la utilización de imágenes y de cartillas, lo cual se constata en el siguiente encuentro, en el cual la madre expresa lo realizado en el hogar.

Continuando con otras situaciones de tensión dadas en el campo, se destaca lo observado en el área de pediatría. Muchas de las pediatras, sin realizar comentarios despectivos, expresaron poseer dificultades para atender a las familias chinas, sobretodo aquéllas en las que sus integrantes tienen escasos conocimientos de español. En una situación dada, se observó el control pediátrico de un bebé de 4 meses cuya madre tenía grandes dificultades para comprender el español, y sólo podía pronunciar escasas palabras, que así todo eran insuficientes para lograr comunicarse con la pediatra. Esta última se mostró sumamente molesta y solicitó la intervención de la Lic. en Servicio Social de la institución, ya que en ocasiones

anteriores se había informado a la familia que la joven debía ser acompañada por alguien que tuviera conocimientos de español. La trabajadora social concurre al día siguiente a la vivienda de la familia, e informó de la situación. El resultado de dicha intervención fue que la familia dejara de concurrir a la institución. Cabe aclarar que el niño se encontraba bajo tratamiento en Terapia Ocupacional desde los 3 meses de vida. Luego de pasado un lapso de 4 meses, de manera espontánea, la familia retornó al CAPS para realizar el control pediátrico, y para solicitar un nuevo turno en el servicio de Terapia Ocupacional.

También pudieron registrarse comentarios por parte de los profesionales de la salud, que tendían a homogeneizar la población, formando suerte de estereotipos a partir de información preliminar. Por ejemplo: “ellos son muy cerrados”, “es una población muy difícil (...) es mucho trabajo” –al comentar el propósito de la investigación- “por su cultura son muy reservados y no les gusta ser observados“, “bien Mamá! todas las mamás chinas les dan alimentos semisólidos antes de los 6 meses, y vos no!” -dirigido a una madre china en control pediátrico-.

Por otro lado, se registraron comentarios despectivos en referencia a la población, por parte de personal administrativo, por ejemplo en relación a su puntualidad: “se creen que esto es una ...”, “llegan a cualquier hora”, “me atrasan todo, como me ven parada creen que vengo a jugar”, comentarios que representan la formación de prejuicios sobre la población estudiada. Así todo, no puede inferirse que este tipo de representaciones sean construidas asimismo, en torno al resto de las familias que acuden a consulta, ya que no pudo ser observado en el campo.

Prácticas de salud basadas en la Medicina Tradicional China

Se enunciaba en el capítulo “Diversidad cultural en los servicios de salud”

que las percepciones de salud y enfermedad *-illness-*, así como las creencias y valores sobre el cuidado de la salud, están profundamente influenciados por la cultura. Igualmente, formas de ver sobre cómo pueden ser prevenidas y curadas las enfermedades y quién es el encargado de realizar dicha curación o atención, están influenciados por valores y creencias culturales.

Según la medicina tradicional china, existen una serie de factores causales de enfermedades o *desequilibrios*³⁵, llamados *factores patógenos o perversos*³⁶. Ellos son: viento, frío, calor, sequedad, humedad, agua, fuego, entre otros. El hecho de que buena parte de la terminología derive de fenómenos naturales, radica en que “para la Medicina Tradicional China el organismo humano es un reflejo microcósmico del universo macrocósmico, todo un mundo interno compuesto por los mismos elementos y energías y sujeto a las mismas leyes naturales que el mundo externo y el cosmos” (Reid, 1999:1).

Este tipo de conocimiento y forma de concebir la enfermedad y sus causas, como así las prácticas para tratar aquella, pudieron ser cotejadas en el campo a partir del relato de una joven de origen chino (S.), madre de mellizas, en relación a prácticas de salud durante el posparto. A continuación se transcribe lo relatado por S. sobre su propia experiencia:

“Cuando quedás embarazada tu cuerpo crece y las articulaciones se separan. Una vez que el bebé nace, el cuerpo tarda un mes en volver a su tamaño. Es importante que durante ese tiempo no te entre viento en las articulaciones. No hay que bañarse ni salir a la calle, y si no te queda otra, tenés que abrigarte mucho. Yo no creía mucho en esto, y mi suegra siempre me decía que me cuidara del viento y que no saliera a la calle, y yo no

³⁵ Este concepto se retomará más adelante cuando se explique el concepto de *equilibrio*.

³⁶ Eboly González Salazar, M. (2011) “Elementos de la medicina tradicional china-acupuntura a ser incluidos en el modelo convencional de historia clínica”.

cumplí todo lo que había que hacer. Un día salí con poco abrigo y me entró viento. Desde ahí, que me duelen las rodillas”.

Con respecto a las prácticas utilizadas para calmar dicho dolor articular, S. utiliza un *hueso* -denominado de esta manera por la informante-. El mismo consiste en una pieza de hueso de vaca pulido, estimativamente de unos 8 cm. de ancho y 4 cm. de alto, con un espesor no mayor a 3mm. El mismo es comprado en las farmacias de China. S. demuestra su utilización, frotándose el objeto fuerte y rápidamente sobre su rodilla flexionada, explicando que al hacer esto el padecimiento no es curado, pero sí es disminuido el dolor. Agrega que para dar cuenta si la práctica ha sido efectiva, es necesario que se forme un pequeño hematoma sobre la zona tratada en las horas subsiguientes al procedimiento.

De este dato de campo, se desprende la concepción del padecimiento, sus causas y las formas de tratarlo como así de prevenirlo. A su vez, puede establecerse que el primer nivel de atención, ha sido la autoatención, ya que S. no ha realizado ninguna consulta, ni a un servicio de salud occidental, como así tampoco, ha consultado otro tipo de prácticas alternativas realizadas por un profesional, tal como se definió a la autoatención cuando se abordaron los diferentes modelos médicos. Recordando lo expresado por Menéndez (1983) al respecto, el *modelo de autoatención* supone el primer nivel real de atención y conforma la base de los demás modelos, sea cual fuese el elegido por la persona, como así es estructural a todas las sociedades.

Cabe destacar que una informante, quien trabaja hace 7 años como cuidadora para una de las familias atendidas, explicó que al nacer el niño, ella debió permanecer con la familia 1 mes durante las 24 horas del día, por los cuidados que había que dedicarle al pequeño –no detalló cuáles- y agregó que “las madres, al dar

a luz, por un mes no deben bañarse” y que cree que su bisabuela realizaba la misma práctica, aunque no dio más información al respecto.

Al exponer esta práctica y su concepción a determinadas terapeutas ocupacionales, se recibieron comentarios tales como: “¿y cómo hacés para sacarles eso? (...) digo, para que no sufran las pobres chinas en pleno verano, muertas de calor”. Este último comentario fue agregado luego de que otra terapeuta ocupacional mostrara desaprobación ante lo dicho por su interlocutora.

Otro padecimiento en el que pueden observarse la presencia de los denominados factores patógenos, es el *Pa-leng* o *frigofobia* considerado como un síndrome asociado a la cultura ya que se observa en China y en el sudeste de Asia. La OMS lo define como: “un estado de ansiedad caracterizado por un miedo obsesivo al frío y al viento, que se considera produce fatiga, impotencia o muerte. Las víctimas se abrigan de manera compulsiva con ropas excesivas o muy gruesas. El miedo se refuerza por las creencias culturales sobre el problema, considerado como un trastorno humoral” (1992: 239). Sin detenerse en la discusión sobre si se trata de una fobia en el sentido estrictamente biomédico o si esta manifestación se la considera dentro de parámetros esperados en la sociedad en la que se produce, se puede observar nuevamente que los factores patógenos o perversos -frío o viento- tienen un rol importante en la concepción del padecimiento.

Tanto el *koro* -descrito en el capítulo “Diversidad cultural y Servicios de Salud”- como el *Pa-leng* o *frigofobia* no fueron observados en el campo.

En relación a los factores patógenos concebidos por la Medicina Tradicional China, se quiere resaltar que existe un sistema médico tradicional común a diversas y variadas culturas, denominado *Sistema Frío-Caliente*. Éste representa un ejemplo

de la interacción entre las creencias culturales sobre los factores causales, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

La estructura básica de creencias de este sistema sugiere que ciertas sustancias del ambiente y del cuerpo humano pueden ser clasificadas en *frías* o *calientes*. Se cree que esta creencia es tan antigua como la teoría de Hipócrates, la cual se remonta al 460 a.C. Hipócrates desarrolló que el cuerpo tenía cuatro humores: caliente, frío, húmedo y seco; y que operaban en equilibrio entre sí. La salud era considerada como el equilibrio entre dichos humores, como así la pérdida del mismo, resultaba en enfermedad. Se cree que por medio de las migraciones, este sistema fue dispersado por diferentes partes del mundo (Bonder et al. 2002). Una interpretación de claro tenor difusionista, que se ha postulado es la de Foster & Anderson (1978), quienes trazaron el recorrido desde Grecia a Egipto y luego al Imperio Bizantino. Luego a Persia, Pakistán, Malasia. De África a España por medio de los moros, y desde allí, a través del océano, llegó a Centro y Sudamérica. Se cree que a lo largo del camino, las creencias fueron sufriendo transformaciones por medio de las distorsiones en el recuerdo de los viajeros, las creencias locales, el tiempo y la experiencia. Es así que al menos algunos de los cuatro elementos descritos por Hipócrates, aparece en las creencias referidas al cuidado de la salud en muchas culturas de todo el mundo.

En la mayoría de las áreas en las que se encuentran estas creencias, los elementos *seco* y *húmedo*, han desaparecido o han sido incorporadas a otras categorías dejando al equilibrio *frío-caliente* como el foco de atención. En general este sistema consiste en una categorización de objetos y procesos. Por ejemplo, algunas comidas pueden ser consideradas *frías* y otras *calientes* -sin referirse a la temperatura de las mismas, sino a una variedad de otros factores-.

Como una estrategia para el mantenimiento de la salud, este sistema implica

la necesidad de mantener el equilibrio apropiado entre los elementos o sustancias *frías o calientes*.

Retomando la especificidad sobre la Medicina Tradicional China, en ella, el equilibrio es un componente vital de la salud. Sea porque este equilibrio esté definido por el sistema *Yin-Yang*³⁷ o por el sistema *frío-caliente*, la noción esencial es que existe un estado natural particular en el cual fuerzas complementarias son la base de la salud. Estos sistemas exhiben una flexibilidad interna que permite ajustarlos a contextos cambiantes y por ende, subsistir a lo largo de los siglos y a través de grandes distancias.

Se puede suponer entonces que la práctica de salud observada en el campo, tendría sus fundamentos en la teoría de la ruptura del equilibrio a partir del ingreso en el organismo de un elemento patógeno, por lo que la persona realiza el procedimiento descrito para reestablecer el equilibrio perdido.

Estructura familiar china

A partir de la información obtenida en el campo en relación a la estructura familiar china y una posterior búsqueda bibliográfica al respecto, es que se considera de suma importancia realizar una descripción de lo encontrado, considerando que las prácticas de crianza y las relacionadas al ámbito de la salud, están sumamente

³⁷ La Teoría del Yin y el Yang es un concepto filosófico de la China antigua que designa una concepción del mundo y a partir de la cual se conoce y se explica la naturaleza. *Yin*, etimológicamente significa *parte sombreada de la montaña* y se considera fenómeno de naturaleza Yin todo aquello que es inmóvil, frío, pesado, oscuro, etc. *Yang*, por su parte, significa *vertiente de la montaña que recibe el sol* y es de esta naturaleza todo lo que es móvil, caliente, ligero, luminoso, entre otros fenómenos. El universo en sus diferentes formas, se manifiesta a través de la polaridad: una vez Yin, otra vez Yang -noche/día, frío/calor, etc.-. (Eboly González Salazar, 2011). En el organismo humano, “hay órganos Yin funcionalmente acoplados por la energía con órganos Yang, energías *calientes* y *frías*, energías que se expanden y que se contraen, energías *malignas* -que producen enfermedades- y energías *verdaderas* -curativas-”. (Reid, 1999:12). Estas energías son opuestas pero a su vez complementarias interrelacionadas e interdependientes y tienden al equilibrio. En el campo de la medicina tradicional china se cree que el Yin y el Yang son dos fuerzas fundamentales, un par de opuestos que “determina un modelo de enfermedad basado en la ruptura del equilibrio y del tratamiento de la misma en una recuperación de ese equilibrio fundamental” (Eboly González Salazar, 2011:15).

ligadas a la estructura familiar en la que se llevan a cabo.

A pesar de haber modificaciones en la estructura familiar de la China tradicional³⁸ a causa de la migración de las zonas rurales a la ciudad, la urbanización de las viviendas -con mayor prevalencia de departamentos en contraposición de casas- y la política de un solo hijo por pareja a partir de 1980, pueden detectarse aún elementos de aquella familia tradicional, constatada tanto por el material bibliográfico, como así por lo hallado en el campo.

La familia tradicional china se caracteriza por ser patrilineal, patrilocal, patriarcal y exogámica, caracterizándose por una gran desigualdad de status según género y según edad.

La autoridad conferida por la edad es una de las características principales de la estructura familiar china. Es así que los jóvenes deben guardar lealtad y respeto por sus mayores, ubicándose en la mayor jerarquía el hombre de la generación más anciana. Esto es lo que se denomina *piEDAD filial*, pilar de la ética confuciana. A su vez, cada miembro de la familia tiene autoridad sobre una generación más joven (Matarazzo de Benavides, 2008). Y los hermanos menores deben rendir respeto a sus hermanos mayores, existiendo en el lenguaje chino una definición particular para cada hermano, siendo escasamente utilizada la palabra “hermano” en general, a diferencia del idioma español, por ejemplo. Para dar cuenta con mayor claridad de este ejemplo, se detalla a continuación los vocablos y caracteres específicos para cada rol fraterno.

³⁸ Se considera como tradicional a la estructura familiar precedente a 1949, año de la Revolución China, en la cual el gobierno comunista impulsó múltiples legislaciones destinadas a modificar sus aspectos más controvertidos: abolir el vendado de pies, el concubinato –práctica en la que podía habitar otra pareja del marido, simultáneamente con la esposa-, los matrimonios arreglados, y el pago de dote a la familia de la esposa, entre otros.

Rol	Vocablo	Caracter
Hermano mayor	Gēge	哥哥
Hermano menor	Didi	弟弟
Hermana mayor	Zī Zi	姊姊
Hermana menor	Mèi mei	妹妹

En relación a la distinción lingüística entre los miembros de la familia, es fundamental destacar la existencia de denominaciones diferentes para identificar los abuelos de origen paterno de los maternos, situación misma que sucede con el resto de los familiares de ambas procedencias. Esta distinción guarda una importante relación con la estructura familiar de la china tradicional. Matarazzo de Benavides (2008), explica que “la relación con los parientes del lado paterno eran más importantes que con los del lado materno. Cada niño debía aprender a distinguir el grado de cercanía y de distancia en sus contactos con sus parientes para tener la base del nivel de deferencia u obediencia que debía demostrarles” (Ibíd.:5).

Actualmente, esta distinción entre los abuelos maternos y paternos pudo ser apreciada en el campo, en lo que respecta a la crianza de los nietos. Es así que fue

sumamente habitual registrar relatos de hijos enviados a China a ser criados por sus abuelos paternos, de madres que debieron dejar sus hijos en China con los abuelos paternos, como así también, de aquéllas familias que aún no los habían enviado, pero referían la decisión de hacerlo en el futuro, o comentar de manera dubitativa si los enviarían o no. Es sumamente importante destacar que estos casos sólo se observaron en aquéllas familias en donde los nietos poseían a sus abuelos paternos en la China, no así los maternos. Se recibieron múltiples explicaciones de esta práctica por parte de los informantes. Muchos de ellos, alegaron que al trabajar durante jornadas muy extensas aquí en la Argentina, poco tiempo es el que resta para criar a sus hijos. Una minoría comentó que lo hacían ya que querían que sus hijos se formaran en su propio sistema cultural, pero ninguno de ellos nombró la mayor vinculación con los abuelos paternos *-patrilinealidad-* como un factor en juego. Sólo una de las cuidadoras entrevistadas, nombró por lo bajo que “los hijos pertenecen a la familia paterna y por eso los envían a China con ellos”.

El ejemplo de patrilinealidad descripto guarda suma relación con el rol de la mujer dentro de la estructura familiar. Pero antes desea resaltarse la respuesta de los profesionales de la salud ante esta práctica. Lo que más llama su atención es la reacción de las madres cuando comentan que han enviado sus hijos a China o cuando se les pregunta si los extrañan, a lo cual contestan simplemente con un “sí” y con una expresión facial que desde la cultura occidental sería “fría”. Los profesionales de la salud, al presenciar estas respuestas, comentan que a las madres “pareciera no importarles” y comentarios similares, que denotan una interpretación de las representaciones y prácticas culturales del grupo de estudio desde los parámetros occidentales, específicamente sobre la expresión de sentimientos, y de esta práctica en sí.

En cuanto al rol de la mujer en la estructura familiar tradicional china, desean destacarse ciertos factores que han podido ser vislumbrados en el campo. Primeramente, la mujer al casarse debe radicarse en el hogar de su esposo, junto a sus suegros -patrilocalidad-. Es así que “las hijas, al casarse, salen de la familia para ingresar a la familia del esposo” (Matarazzo de Benavides, 2008: 4). Una de las informantes clave (T.) indicó que existe una frase popular china que dice: “hija mujer es como agua que se lleva el río”. Al convertirse en nuera, no sólo debe encargarse de su marido y la familia de éste, sino específicamente de su suegra, brindándole todos los cuidados, especialmente en la enfermedad y en la vejez, y obedeciendo en todo lo que se solicite (Matarazzo de Benavides, 2008). El divorcio era excepcional, y sólo el marido podía divorciarse de la mujer, y no de modo inverso. La mujer debía abandonar el hogar y sus hijos, permaneciendo éstos con la familia paterna. El maltrato hacia la mujer era más que frecuente y “se sabe de muchos casos en que las mujeres casadas se suicidaron por no poder soportar los malos tratos que sufrían; y otros, en que las mujeres murieron por esos malos tratos” (Ibíd.: 12).

La informante T., agregó que al ingresar a una nueva familia, la mujer debe ser poseedora de una gran “tranquilidad” y “paciencia” para poder afrontar todas las exigencias impuestas por el marido y los suegros, hubiere maltrato o no. Y la relación entre la nuera y la suegra suele ser sumamente conflictiva, constatada esta información tanto por diversos autores, como así por la información provista por los informantes.

Entre risas, S. comenta: “ustedes son más inteligentes, ya saben que la suegra y la nuera se llevan mal y no las hacen vivir juntas”. El caso de S. refleja acabadamente esta situación. Antes de vivir en Mar del Plata, ella y su marido vivían en una localidad del Gran Buenos Aires junto a los padres de éste. S. comenta en tono airado las discusiones recurrentes que tenía con su suegra, en relación a

múltiples sucesos de la vida cotidiana, por ejemplo, la comida, los cuidados de la casa y de su marido, y especialmente en relación a las niñas. Describe que su suegra era muy demandante, exigente e “hinchapelotas” en propias palabras de S., acompañada dicha expresión con la mímica característicamente argentina. Continuamente se refería a ella como “la vieja” y decía que “ya no la soportaba más”. La incorporación de este tipo de conceptos, habla de un claro ejemplo de aculturación. Al respecto, Zuzek plantea que en el caso de los migrantes, “la red de dependencia mutua construida en el lugar de origen es puesta en cuestión por las condiciones materiales y sociales imperantes en el lugar de destino. Por esta razón, los migrantes se les presenta la necesidad y el desafío de establecer los cambios necesarios en su concepción de sí mismos y de su relación con otros para lograr que sus conductas referidas a otros sean comprendidas” (Ibíd.: 4). Puede verse entonces que la aculturación implica un proceso de cambio en donde entra en juego la identidad misma de las personas. En concordancia con el concepto de *aculturación* planteado por Hoerder (1995) los inmigrantes, previo a integrarse a la sociedad receptora, atraviesan un proceso que se inicia con una etapa de adaptación y continúa luego con el proceso de aculturación a largo plazo, del cual surge una nueva identidad producto de la fusión entre la cultura de origen y la de la sociedad receptora.

Continuando con el caso de S., ella comenta que decidió venir a Mar del Plata luego de haber tenido una gran discusión con su suegra (notablemente mayor a las anteriores veces), en la cual ésta le prohibía tajantemente que vacunara a sus hijas (para ese entonces menores a 1 año). S. no accedió a esta exigencia y le planteó a su marido “o tu madre o yo”. Los padres de S. viven en la ciudad de Mar del Plata y le habían comentado que “había trabajo”, así que decidieron radicarse

allí.

Es importante destacar, que S. reconoce con cierta aflicción, saber que fue un momento sumamente difícil a nivel familiar y que el marido estuvo sumergido en una situación de tensión entre la tradición y el amor por ella. S. dice: “esto hubiera sido motivo de divorcio en China. Porque allá, por más que un marido y su mujer se quieran, si la nuera y la suegra se llevan mal, se divorcian”.




Lo relatado denota que a pesar de tratarse de elementos que han sido descritos como propios de una estructura familiar tradicional, hoy por hoy, pueden identificarse muchos de ellos en la estructura familiar actual. S. comenta que no podrían haber tomado esa decisión si hubieran estado viviendo en China. A la fecha, S. vive con su marido y sus hijas, y son los abuelos maternos los que se encargan en variadas ocasiones de cuidarlas mientras sus padres trabajan en el supermercado.

Desea subrayarse que, en base a la información provista por la búsqueda bibliográfica, como así a lo referido por los informantes, la mayoría de los jóvenes en la actualidad no desean casarse, y algunos prefieren convivir antes del matrimonio, no tener hijos, y el divorcio es muy frecuente, como así han aumentado los casos de madres solteras. Se cree que los medios de comunicación y la globalización, han impulsado este tipo de modificaciones en la estructura familiar. “La información a través de la televisión y de Internet sobre estilos de vida y maneras de pensar diferentes ha provocado un cambio de actitudes, valores, normas y conductas sobre todo entre los jóvenes, quienes en muchos casos entran en franca confrontación con los miembros mayores de la familia” (Botton Beja, 2008:1). Ciertos informantes, agregan que las características de la familia tradicional ya no se observan con alta frecuencia en la actualidad, pudiendo observarse la mayoría de los casos en las zonas rurales, no así en las ciudades.

El caso de S. es un interesante ejemplo de las tensiones que se dan en los procesos de aculturación, en este caso migratorio, pero también de tensiones vinculadas con los conflictos generacionales que según lo recabado también se estarían dando en China. La globalización ha permitido el acceso a otro tipo de modelos familiares, que según ciertas hipótesis, están provocando estos conflictos intergeneracionales. Se realiza esta salvedad ya que se considera importante colocarse dentro de un amplio proceso de influencias de diversos orígenes que se está dando a escala mundial, con la transnacionalización de imaginarios, valores, modelos familiares, sentimientos, etc., proceso que no excluye los regionalismos, y que en la Argentina le da su impronta local, como los gestos, o los términos “la vieja”.

En cuanto al rol de la mujer en el grupo familiar, es importante detenerse en el papel sumamente importante que juega el lenguaje en la interpretación de la realidad. Acorde a la hipótesis Sapir-Whorf (1994) el lenguaje de una cultura (incluyendo la sintaxis, gramática y vocabulario) no sólo posee fines expresivos, sino que tiene la capacidad de influir en la percepción, interpretación y modos de experimentar el mundo, restringiendo directamente las capacidades del pensamiento. “Cada lenguaje expresaría entonces una cosmovisión particular que hace a las diferencias culturales de percibir y vivir el mundo”. (Gil, 2012: 193).

Es así que en los caracteres del idioma chino, puede encontrarse que el símbolo que representa a la mujer, asume otro significado, cuando se le agrega el correspondiente a “techo”. Esto es:

		
<p>“Mujer”</p>	<p>“Techo”</p>	<p>“Serenidad, paz, seguridad”</p>

Al respecto, la informante T., joven taiwanesa profesora de chino, explica que es tan importante el rol de la mujer en el grupo familiar, que es necesario que posea serenidad, paz y seguridad ante las diferentes situaciones que sucedan, recalcando, tal como lo hizo S., el vínculo nuera-suegra. Es así que explica que al convivir ambas mujeres bajo el mismo techo, es importante que “se lleven bien”, lo que necesariamente implica que la nuera posea o desarrolle las cualidades detalladas. Por último, aclara, al igual que el resto de los informantes, que esta concepción del rol de la mujer posee fuertes anclajes en la estructura familiar tradicional.

CONCLUSIONES

Basándose en los resultados expuestos y el material bibliográfico analizado, es que se presentan las conclusiones alcanzadas, y se propone una reflexión sobre los objetivos planteados en la investigación.

Se ha podido observar que las situaciones de diversidad cultural son complejas, especialmente en los servicios de salud, y que los terapeutas ocupacionales, como así los demás profesionales de la salud, deben tener las herramientas necesarias para poder brindar un adecuado servicio a quienes lo necesitan.

A raíz del nuevo escenario histórico, de migraciones y globalización las posibilidades de recibir pacientes pertenecientes a diferentes grupos étnicos aumentan progresivamente. En base a la búsqueda bibliográfica, se ha podido constatar que la esfera cultural de manera paulatina es reconocida como una dimensión que siempre debe de ser tenida en cuenta en los análisis y diseños de intervenciones en materia de salud. Así todo, más allá de los nuevos escenarios, quiere dejarse en claro que estas dimensiones de análisis siempre deben de estar presentes. El caso planteado en la presente investigación, permite verlo con mayor claridad, dadas las distancias y *choques* entre culturas.

En base a esto, y desde el momento en que se cree que la cultura es determinante en las intervenciones, se considera fundamental que cualquier profesional de la salud que se encuentre en situaciones de diversidad cultural debería formarse para lograr las competencias culturales que se requieren en este tipo de contextos. Quiere aclararse que esta probabilidad de interculturalidad es ciertamente inevitable desde el momento en que la diversidad cultural puede ser no sólo de carácter étnico, sino también, de clase, regional, entre otros.

Se han descripto ciertas situaciones de tensión entre los profesionales de la salud y la población china observada en consulta. La *falta de comprensión* de las

indicaciones que se les brinda, como así el abandono de los tratamientos indica que la población observada no está aprehendiendo las prácticas de salud consideradas como saludables por el sistema de salud occidental, y esta respuesta no es la esperada por el equipo de salud, dando como resultado entonces, problemáticas suscitadas en la relación paciente-profesional de la salud. Muchas de dichas situaciones de tensión, representan un dilema profesional en el cual el terapeuta ocupacional fluctúa entre los extremos del etnocentrismo (imponer una sola práctica de salud como adecuada) y del relativismo (justificar cualquier práctica en virtud de la diversidad cultural). El ejemplo de la permanencia en el piso, representa claramente este dilema, como se mencionó anteriormente, desde el momento en el cual el profesional debe reiterar o insistir sobre la pauta considerada como saludable -colocarlos en el piso para permitirle desarrollar sus potencialidades- o respetar la decisión de mantenerlos en el cochecito durante las largas jornadas laborales, o el uso del andador.

El profesional, en estos casos, se encuentra entonces con dos extremos analíticos que lo obligan a reflexionar profundamente y poner especial cuidado en no imponer la adopción de una práctica de salud indicada, como así tampoco, aceptar la diversidad por el sólo hecho de serla, cuando en esos casos se pone en riesgo la salud o integridad de paciente, cuando se exponen situaciones de opresión (de género, por ejemplo) y de desigualdades de clase, entre otros casos posibles. Por otro lado, la esfera social, es otra dimensión analítica que debe de tenerse en cuenta para no justificar entonces situaciones de desigualdad social, enmascaradas, en lo que se cree, prácticas *culturales*: “ellos son así”. Es entonces que quiere proponerse no aceptar sin reflexiones previas, modelos de normalidad -en este caso específico, modelos de crianza- frente a otros que no necesariamente perjudican a quienes los portan.

Tomando como marco de referencia lo recientemente expuesto, se espera poder contribuir en el futuro en la construcción de un servicio de salud más integral, en donde la dimensión cultural posea la misma importancia que el resto de las esferas que conforman al ser humano. El hecho de contar con el conocimiento extraído del campo, colabora en poder lograr una comprensión de las características idiosincrásicas de la cultura de la población en cuestión, imprescindibles para una adecuada intervención en materia de servicios de salud. Es por esto también, que se desea que futuros investigadores desarrollen con mayor profundidad conocimientos en torno a esta u otras poblaciones que los terapeutas ocupacionales reciban en sus servicios, y que indaguen aquéllos aspectos que no fueron abordados en la presente investigación.

Por otro lado, se desea que, en el marco de futuras investigaciones e intervenciones en materia de salud, la Antropología sea considerada como una disciplina de gran valor, desde el momento en que brinda herramientas teóricas y metodológicas -realizando nuevamente una distinción esquemática entre ambos tipos de conocimiento- no sólo para conocer y comprender a *un otro*, sino también para diseñar intervenciones que se adecuen lo más cercanamente posible a las necesidades de la población. Por medio de la experiencia realizada, se pudo constatar que el método etnográfico brindó la posibilidad de aproximarse a la realidad social teniendo en cuenta los procesos de subjetividad y construcción de significado de los sujetos de investigación, que mediante otro método hubiera sido difícil de acceder. Al respecto, se quiere recordar que Gutiérrez Monclus & Pujol Tarres (2009) afirman que “la aproximación etnográfica, en tanto que posibilita una comprensión global y compleja de la práctica ocupacional que tenga en cuenta las dimensiones subjetivas y de significado, tiene una importante tradición como

herramienta de estudio y reflexión sobre la práctica ocupacional” (p.9).

Como reflexión final, se quiere agregar que, de acuerdo a Inmaculada Zango Martín y Pedro Moruno Millares (2013), la perspectiva antropológica puede contribuir notablemente a generar un nuevo conocimiento que consolide la base conceptual de la Terapia Ocupacional en los contextos de diversidad cultural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Althabe, Gérard (1992) *Vers une ethnologie du présent*. París: Ed. de la Maison des sciences de l'homme.
2. Andrade, Horacio (2005) *La comunicación en las organizaciones*. México: Trillas.
3. American Occupational Therapy Association (2002) "Occupational therapy practice framework. Domain and process". En: Moldes, Inés & Pelegrini Spangenberg, Mariel (2008) *Consideraciones contextuales en la infancia. Introducción al desarrollo del niño. Terapia Ocupacional En La Infancia. Teoría y Práctica*. Madrid: Editorial Panamericana.
4. Bailliard (2010) *An ethnographic exploration of Latino immigration to North Carolina, United States*. Trabajo publicado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4-7 de mayo, Santiago de Chile, Chile.
5. Beattie, John (1993) "Otras culturas". En Gil, Gastón (2009) *Teoría e Historia del Pensamiento Antropológico. Una introducción*, 2ª edición corregida, Estanislao Balder.
6. Benjamin, Paul (1955) *Health, Culture, and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. USA: Russel Sage Foundation.
7. Bergmann (1940) "Patología funcional". En: Cubellun, León & Meeroff, Marcos (2000) *Fundamentación y Contenidos de la Medicina Antropológica*. Buenos Aires: Sociedad Argentina Medicina Antropológica.
8. Bernabé Villodre (2012) "Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad. Conocimientos necesarios para la labor docente". En: *Revista educativa digital Hekademos*, N° 11, Año V, Junio 2012. www.hekademos.com
9. Bogado Bordazar, Laura Lucía (2002) *Migraciones Internacionales. Influencia de la Migración China en el Río de la Plata*. Tesis presentada en la Universidad Nacional de La Plata para la obtención del grado académico de Magíster en Relaciones Internacionales (inédita).

10. Bogado Bordazar, Laura Lucía (2012) “La migración china en la Argentina. Principales flujos y proyecciones”. En: *Voces del Fénix*, n°21 (2012): 128-135.
11. Boivin, Mauricio y otros (1998) *Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*, Buenos Aires: Eudeba.
12. Bonder, Bette et al. (2002) *Culture in Clinical Care*. USA: Slack Incorporated.
13. Botton Beja, F. (2003) *Mujeres, maternidad y amor materno en China tradicional*.
14. Botton Beja, F. (2008) *La transformación de la familia china*. Dialnet. En: “Estudios de Asia y África”, vol. XXXVIII, núm. 2, pp. 345-364.
15. Cattáneo, Alicia; Candal, Leila; Piaggio, Laura. (1999). “Antropólogos en acción. Inserción de la Antropología en el sector salud”. En: *Gaceta de Antropología*, Año XXIV, Nueva Serie, N°2, Mayo 1999.
16. Clifford Geertz (1992): “La descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura”. Barcelona: Editorial Gedisa.
17. Cubellun, León & Meeroff, Marcos (2000) *Fundamentación y Contenidos de la Medicina Antropológica*. Buenos Aires: Sociedad Argentina Medicina Antropológica.
18. De Ang, L. (1994) *Dos cielos bajo el mismo techo*. En: “Estudios de Asia y África”, vol. XXIX, núm. 3, pp. 529-536, El Colegio de México. México.
19. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. (2004) “Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria”. En: Zurro, M y col. (1994) *Atención Primaria*. Cap.6.
20. Denardi, Luciana (2013) *Categorías morales y trayectorias de inmigrantes taiwaneses en la Ciudad de Buenos Aires. Ser chino –en sentido amplio- y ser taiwanés*. Ponencia presentada en I Jornadas interdisciplinarias de jóvenes investigadores en Ciencias Sociales. 8-10 Mayo 2013. UNSAM. Actas on line: www.idaes.edu.ar/sitio/noticias/novedades.asp?idNov=280&tipo=idaes
21. Dennis (2010) An Ethnographic Analysis of Time Use in Two Preschools in the

- ominican Republic. Trabajo publicado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4-7 de mayo, Santiago de Chile, Chile.
22. Eboly González Salazar, M. (2011) "Elementos de la medicina tradicional china-acupuntura a ser incluidos en el modelo convencional de historia clínica". Tesis de Maestría para optar por el título de Magíster en Medicina Alternativa. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
 23. Escobar Vekeman, Cecilia Luca (2003) "Antropología médica: una visión cultural de la salud". En: *Colombia. Hacia La Promoción De La Salud ed:* Editorial Universidad De Caldas. Vol. 8. Pp. 51-57.
 24. Foster, G. & Anderson, B. (1978) *Medical anthropology*. New York: Wiley.
 25. Guber, Rosana (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires: Norma.
 26. George Rosen (1954) "The Community and the Health Officer – A Working Team". En: Benjamin, Paul (1955) *Health, Culture, and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. USA: Russel Sage Foundation.
 27. Gil, Gastón Julián (2006) "Controles etnográficos y expertos en el campo: cuando los «nativos» nos leen". En *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, n° 20 (2003-2005): 129-148.
 28. Gil, Gastón Julián (2008) "Las identidades regionales italianas en la Argentina y la reinención de la etnicidad". En *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 63: 299-330.
 29. Gil, Gastón Julián (2009) *Teoría e Historia del Pensamiento Antropológico. Una introducción. 2da edición corregida*, Mar del Plata: Estanislao Balder.
 30. Goodenough, Ward (1971) "Cultura, lenguaje y sociedad". En: Kahn, J. (1975) *El concepto de cultura: Textos fundamentales*. Barcelona: Editorial Anagrama.

31. Gutiérrez, P & Pujol, J. (2009) "Etnografías para la investigación en Terapia Ocupacional" En: Pimentel et al. (2009) *Terapia Ocupacional. Pesquisas cualitativas*. Barcelona: Amazonía Editora.
32. Haggard, Howard (1952) *El médico en la historia*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
33. Hammersley, M & Atkinson, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
34. Hidalgo Hernández, Verónica (2005) "Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad. Evolución de un término" En: Universitas tarraconensis: Revista de ciències de l'educació. N°1, 2005. Pp.75-85
35. Hoerder D. (1995), *Mercados de trabajo, comunidad, familia: Un análisis desde la perspectiva del proceso de inserción y aculturación*, En: Estudios Migratorios Latinoamericanos, Año 10, N°30,
36. Keesing (1994) "Theories of culture revisited". En: R. Borofsky (1994), *Assessing cultural anthropology*. New York: McGraw Hill.
37. Kleiban, Silvia; Capozzo, Marcela (1991) *La perspectiva antropológica. Su articulación con Terapia Ocupacional*. En: "Terapia Ocupacional: el camino del hacer". C.O.L.T.O. Ediciones VIP. (1ra ed.). Argentina.
38. Korman, Guido & Idoyaga Molina, Anitilde (2010) *Cultura y depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Librería AKADIA Editorial.
39. Krotz, Esteban (2002) *La otredad cultural entre utopía y ciencia. Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la Antropología*, Buenos Aires: A.Z.
40. Leslie, Ch. (1976) "Asian medical systems: a comparative study". En: Menéndez (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología

Social.

41. Lévi-Strauss, Claude (1991) "Las estructuras elementales del parentesco", Barcelona: Paidós.
42. López, S. et al. (2012) *Salud y ciudadanía: Identidades culturales e igualdad de oportunidades para las nuevas generaciones de pueblos originarios y migrantes*. Trabajo presentado en el 12° Congreso Argentino de Pediatría Social "Los contextos del desarrollo infantil. Interculturalidad y equidad", 7° Congreso Argentino de Lactancia Materna "Analizando el presente, construyendo el futuro", 6-8 de septiembre 2012. Corrientes, Argentina.
43. Matas, S. et al. (1997) *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*. Editorial: HVMANITAS
44. Maya Jariego, I., Martínez, M. F., y García, M. (1999) "Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas" En: *Demófilo: Revista de Cultura Tradicional de Andalucía*, 29, 87-105. Sevilla.
45. Malinowski, Bronislaw (2000) *Los argonautas del Pacífico occidental. Comercio y aventura entre los indígenas de la Nueva Guinea melanésica*, Barcelona: Península.
46. Matarazzo de Benavides, M.A. (2008) *Estructura tradicional de la familia china: un ensayo preliminar*. Observatorio Virtual Asia Pacífico. www.utadeo.edu.co
47. Meeroff, Marcos (1999) *Medicina Integral. Salud para la comunidad*. Buenos Aires: Catálogos Editora
48. Menéndez, E.L. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
49. Menéndez, E.L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Trabajo publicado en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril-

- 7 de mayo 1988. Buenos Aires.
50. Menéndez, E.L. (1990) *Morir de alcohol, Saber y Hegemonía Medica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
 51. Menéndez, E.L. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". En *Estudios Sociológicos*, N° 46, México.
 52. Mera, Carolina (2003) *La inmigración coreana en Buenos Aires. Historia y actualidad*. Actas del XI Congreso Internacional de ALADAA, El Colegio de México, México, 12-15 de noviembre 2003.
 53. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2007) *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años. Módulo 1: 1º año de vida*. Subprograma de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años.
 54. Mir Candal, Leila (2002) *Aporte de la Antropología médica a la Medicina Antropológica*. Material del curso de Medicina Antropológica de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Año 2013.
 55. Mohammad (2010) *The Right of Return as a Human Right: Jordanian women of Palestinian Origin*. Trabajo publicado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4-7 de mayo, Santiago de Chile, Chile.
 56. Moldes, Inés & Pelegrini Spangenberg, Mariel (2008) *Consideraciones contextuales en la infancia. Introducción al desarrollo del niño*. En: "Terapia Ocupacional en La Infancia. Teoría y Práctica". Madrid: Editorial Panamericana.
 57. Moruno, Pedro (2003). "Una aproximación a la base conceptual de la terapia ocupacional". En: Zango Martín, Inmaculada & Moruno, Pedro (2013) *Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural*. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 8, N° 1, enero-abril 2013. Pp. 9-48.

58. Organización Mundial de la Salud. (1992) Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Versión multiaxial para adultos. Madrid; Meditor.
59. Organización Mundial de la Salud (1998) *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra. Extraído del sitio oficial de la OMS: www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es_
60. Organización Mundial de la Salud (1998) "La Atención Primaria de la Salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el Mundo". En: Vignolo, Julio et al. (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana. Disponible en www.scielo.edu.uy
61. Palacios, J., & Rico, J. I. (2011) "Globalización, salud y cultura: aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la Antropología social". En: *Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural*. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 8, Nº 1, enero-abril 2013. Pp. 9-48.
62. Pan Lien Tan, (2005) *Estatus social, papel y lenguaje de las mujeres chinas*. En: "Estudios de Asia y África", vol. XL, núm. 2, mayo-agosto, pp. 379-394, El Colegio de México. México.
63. Reid, D. (1999) *Medicina Tradicional China. Una introducción a los aspectos fundamentales de este antiguo conocimiento*. Ediciones Urano.
64. Restrepo, H. (2000) "Conceptos y definiciones". En: Vega, M.C. (2010) *El derecho a la salud. Concepciones, representaciones, prácticas y participación social. Reflexiones en Terapia Ocupacional*. Trabajo publicado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4-7 de mayo, Santiago de Chile, Chile. www.terapia-ocupacional.org.ar
65. Sapir, Edward (1994) *El lenguaje*, México: Fondo de Cultura Económica.

66. Sassone, Susana & Mera, Carolina (2003) *Barrios de migrantes en Buenos Aires: Identidad, cultura y cohesión socioterritorial*. Ponencia presentada en Simposio; Preactas V Congreso Europeo CEISAL de latinoamericanistas -Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina- Las relaciones triangulares entre Europa y las Américas en el siglo XXI: expectativas y desafíos. 2007, Bruselas.
67. Spivak, G. (2008). "Estudios de la Subalternidad. Deconstruyendo la Historiografía." En: *Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural*. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 8, Número° 1, enero - abril 2013. Pp. 9-48.
68. Stier V, et al. (2012) *¿Habita en nosotros la diferencia?* Trabajo presentado en el 12° Congreso Argentino de Pediatría Social "Los contextos del desarrollo infantil. Interculturalidad y equidad", 7° Congreso Argentino de Lactancia Materna "Analizando el presente, construyendo el futuro", 6-8 de septiembre 2012. Corrientes, Argentina.
69. Suppa, M. & Escobar, C. (2012) *Experiencia fonoaudiológica desde una mirada intercultural*. Trabajo presentado en el 12° Congreso Argentino de Pediatría Social "Los contextos del desarrollo infantil. Interculturalidad y equidad", 7° Congreso Argentino de Lactancia Materna "Analizando el presente, construyendo el futuro", 6-8 de septiembre 2012. Corrientes, Argentina.
70. Perrot, Dominique & Preiswerk, Roy (1979) "Etnocentrismo e Historia. América indígena, África y Asia en la visión distorsionada de la cultura occidental". En Gil, Gastón (2009) *Teoría e Historia del Pensamiento Antropológico. Una introducción*, 2ª edición corregida, Estanislao Balder.
71. Trejos, B. & Chiang, L. (2012) "Young taiwanese immigration to Argentina: the challenges of adaptation, self identity and returning". En: *IJAPS*, Vol. 8, N° 2. Pp.

113-143.

72. Vega, M.C. (2010) *El derecho a la salud. Concepciones, representaciones, prácticas y participación social. Reflexiones en Terapia Ocupacional*. Trabajo publicado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4-7 de mayo, Santiago de Chile, Chile. www.terapia-ocupacional.org.ar
73. Virgolini M. (2003) *Modelos Médicos y alternativos de atención de la salud*. Edición de la cátedra de Medicina y Sociedad de la UNLP en Programa de Capacitación en salud pública y ética profesional. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
74. Wellin, E. (1977) "Orientaciones teóricas en la Antropología Médica: Continuidad y cambio durante la última mitad del siglo". En: Landy, David (1977): *Culture, Illness and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Mac Millan Pub, Co.
75. Zango Martín, Inmaculada & Moruno, Pedro (2013) "Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural". En: Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 8, Nº 1. enero-abril 2013. Pp. 9-48.
76. Zhang Tuo (2007) "Inmigrantes chinos en Argentina, una comunidad joven, dinámica y amante de una convivencia armoniosa". En: Revista de la COPPPAL. Verano 2007.
77. Zuzek, C. (2004) *Identidad y aculturación: el caso de los inmigrantes taiwaneses jóvenes*. IDICSO Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales Universidad del Salvador, Buenos Aires.