

## TRABAJO ORIGINAL

# DIVERSIDAD CULTURAL Y FONOAUDIOLÓGÍA: BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE POBLACIONES MIGRANTES

*CULTURAL DIVERSITY AND SPEECH THERAPY: BARRIERS TO THE HEALTH CARE OF MIGRANT POPULATIONS*



**Autoras:** Lic. Josefina Carrazza (1); Lic. Lucía Naomi Esquivo (2)

(1) (2) Lic. Fonoaudióloga Universidad de Buenos Aires (2018). Ex residente Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano (Ciudad Autonomía de Buenos Aires, Argentina)

Contacto de correspondencia: [josefinacarrazza3@gmail.com](mailto:josefinacarrazza3@gmail.com)



RECIBIDO: NOVIEMBRE 2023

ACEPTADO: MARZO 2024

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el ámbito hospitalario tienen lugar encuentros entre profesionales y pacientes de diferentes culturas. En ocasiones en estos encuentros se generan situaciones de interferencias que provocan barreras en la comunicación.

Siendo la fonoaudiología una disciplina abocada a la comunicación y el lenguaje, resulta importante reflexionar sobre el accionar, la manera de pensar y actuar en dichos encuentros, para así optimizar la calidad de atención que brindamos.

El *objetivo* es describir cuáles son las barreras que operan en la atención fonoaudiológica de los trastornos del lenguaje infantil en poblaciones migrantes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo con enfoque mixto, retrospectivo, transversal y observacional. Los instrumentos administrados para la recolección de datos fueron: cuestionario de elaboración propia, entrevistas en profundidad y revisión de historias clínicas. Los datos fueron analizados en tres categorías: 1) diferencias culturales como desafío en la atención, 2) falta de herramientas para el abordaje en poblaciones culturalmente diversas, 3) prejuicios hacia la población migrante.

### RESULTADOS

Se indaga más sobre el lugar de procedencia del niño que de sus padres/convivientes. El porcentaje es inferior al indagar sobre lenguas convivientes. Se registraron desafíos en la

atención y obstáculos en la adherencia al tratamiento debido a las diferencias culturales. Los profesionales consideran necesario contar con mayor formación y herramientas para desenvolverse en estos contextos.

### CONCLUSIONES

Se observaron barreras en todas las categorías de análisis.

Se considera importante identificar estas

interferencias comunicativas y visibilizarlas con el fin de poder sobrepasarlas.

**PALABRAS CLAVE:** *fonoaudiología - diversidad cultural – comunicación - barreras*

## CULTURAL DIVERSITY AND SPEECH THERAPY: BARRIERS TO THE HEALTH CARE OF MIGRANT POPULATIONS

### ABSTRACT

In the hospital, encounters between professionals and patients from different cultures take place.

Sometimes, in these encounters, there are interferences in the communication that generate barriers in the communication.

As speech therapy is a discipline devoted to communication and language, it is important to reflect on the actions, the way of thinking and acting in such encounters, in order to optimize the quality of care provided.

The objective is to describe the barriers that operate in the Speech Therapy care of child language disorders in migrant populations.

### MATERIALS AND METHODS

Descriptive study, mixed, retrospective, cross-sectional and observational approach. The instruments used for data collection were: self-administered questionnaire, in-depth interviews and review of medical records. The data were analyzed in three categories: 1) cultural differences as a challenge in care, 2) lack of tools for approaching culturally diverse

populations, 3) prejudice towards the migrant population.

### RESULTS

More information is recorded on the child's place of origin than on that of the parents/cohabitants. The percentage is lower when professionals inquire about the languages of cohabitants. Challenges in care and obstacles in adherence to treatment due to cultural differences were recorded. The professionals consider it necessary to have more training and tools to manage in these contexts.

### CONCLUSIONS

Barriers were observed in all categories of analysis. It is important to identify these communicative interferences and make them visible in order to overcome them.

**KEYWORDS:** *Speech Therapy - Cultural diversity – communication - barriers*

## INTRODUCCIÓN

En la búsqueda sobre el estado de conocimiento sobre el tema de investigación, se observa que existe escasa información sobre las barreras en la atención en salud que tienen los fonoaudiólogos hacia las personas migrantes.

En el ámbito hospitalario diariamente tienen lugar encuentros entre profesionales y pacientes de diferentes culturas y etnias. En ocasiones, en estos encuentros se generan situaciones de interferencia en la comunicación. La Organización Internacional de Migraciones (2017)<sup>1</sup> se refiere a estas interferencias como “dificultades en la fluidez de la comunicación, las cuales pueden traducirse en perturbaciones de las actividades que se realizan en dichos espacios, o, en el peor de los casos, en obturadoras de las mismas”. Según esta organización entre los múltiples y variados motivos que los actores suelen identificar como asociados a estos “desencuentros” se ubican, preponderantemente, los malentendidos en la comunicación producidos por las diferencias culturales y los generados a partir de visiones estereotipadas y prejuiciosas respecto del otro.

En la práctica profesional en el hospital frecuentemente suceden intercambios con familias migrantes que acuden para realizar tratamiento del lenguaje para sus hijos.

Por lo anterior, se considera relevante que los profesionales de la salud conozcan cuáles son nuestras actitudes y cómo se posicionan respecto a la diversidad cultural. Ello permitirá entender, respetar y valorar la importancia de la cultura como un factor determinante en los procesos de salud-enfermedad-atención, para así mejorar la calidad de atención que se brinda en pos de promover una atención culturalmente apropiada, flexible y sensible a las diferencias existentes.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir cuáles son las barreras que operan en la atención fonoaudiológica de los trastornos del lenguaje infantil en poblaciones migrantes desde la perspectiva de los fonoaudiólogos.

Objetivos específicos:

- Explorar si existen desafíos en la atención fonoaudiológica en contextos de diversidad cultural tales como la presencia de una lengua materna diferente al castellano rioplatense o convivencia de lenguas en el hogar, estilos comunicativos diversos, y diferentes concepciones de lo que se considera salud- enfermedad.
- Explorar si los fonoaudiólogos cuentan con herramientas para el abordaje diagnóstico de poblaciones culturalmente diversas.
- Explorar si los fonoaudiólogos cuentan con herramientas para el abordaje terapéutico de poblaciones culturalmente diversas.
- Identificar si existen actitudes estigmatizantes hacia la población migrante en la atención fonoaudiológica.
- Indagar si los fonoaudiólogos han recibido formación sobre la atención en salud en contextos de diversidad cultural.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo con enfoque mixto, retrospectivo, transversal y observacional.

La población en estudio fueron profesionales de los Servicios de Fonoaudiología de los Hospitales Públicos de CABA (Hospital Gral. de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich, Hospital Gral. de

Agudos Bernardino Rivadavia, Hospital Gral. de Agudos Dr. Juan. A. Fernández, Hospital Gral. de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield, Hospital Gral. de Agudos José María Penna, Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Hospital Gral. de Agudos José María Ramos Mejía) que tengan residencia y/o concurrencia y de Centros de Salud pertenecientes a áreas programáticas de dichos hospitales, que atienden trastornos del lenguaje en población infantil.

El presente trabajo se llevó a cabo en el período comprendido entre marzo 2020 y abril 2022 en los Hospitales y Centros de Salud donde trabajan los fonoaudiólogos.

Para la presente investigación identificamos tres categorías de análisis que dan cuenta de las posibles barreras que pueden caracterizar la atención con la población en estudio:

- Diferencias culturales como desafío en la atención. Tales como la presencia de una lengua materna diferente al castellano rioplatense o la convivencia de lenguas en el hogar, estilos comunicativos diversos, y diferentes concepciones de lo que se considera salud-enfermedad.
- Falta de herramientas para el abordaje diagnóstico- terapéutico en poblaciones culturalmente diversas. Falta de recursos ligados a la formación y capacitación con la que cuentan los profesionales para la adecuación de sus intervenciones.
- Prejuicios hacia la población migrante. Miradas estigmatizantes, formación de juicios de valor, discriminación por el lugar de procedencia.

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizaron como instrumentos un cuestionario, 200 historias clínicas de niños con trastorno de lenguaje y 5 entrevistas en profundidad.

El cuestionario de elaboración propia constaba de 15 preguntas y fue enviado en formato Google Forms a todas aquellas personas que contaban con los criterios de inclusión establecidos. Los participantes respondieron de forma virtual y los datos obtenidos quedaron almacenados en la misma plataforma.

En cuanto a las historias clínicas, se incluyeron todas aquellas pertenecientes a niños que habían realizado tratamiento de lenguaje en el servicio de Fonoaudiología del Hospital Pirovano en el período comprendido entre 2015 y 2019.

Las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo a través de la plataforma Zoom. Los participantes fueron elegidos por las investigadoras según la experiencia que poseían en la atención con la población en estudio.

Los datos obtenidos del cuestionario y entrevistas se analizaron en base a las categorías mencionadas previamente. Por otra parte, se analizaron las historias clínicas clasificando los resultados obtenidos en 4 variables (consigna lugar de procedencia del niño, consigna lugar de procedencia de los padres/convivientes, consigna contacto de lengua en el hogar, consigna lengua que se utiliza).

Los procesos de producción y análisis de datos que utilizamos para el cuestionario resguardaron el anonimato de los sujetos que participaron. En el caso de los datos obtenidos de las entrevistas en profundidad se mantuvo la confidencialidad de las personas participantes. Además se envió un consentimiento informado para que los sujetos puedan decidir voluntariamente su participación en la investigación, luego de

haber sido informados sobre los propósitos de la misma.

## RESULTADOS

Los siguientes gráficos corresponden a la revisión de historias clínicas de pacientes de lenguaje atendidos en nuestro servicio. En los mismos queda plasmado que se informa más el lugar de procedencia de los niños que de sus padres y/o convivientes y a su vez, el dato relacionado a la convivencia de lenguas en el hogar del niño es aún menor.

Informa lugar de procedencia niño

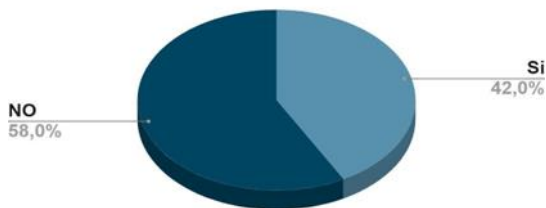


Gráfico 1. Informa lugar de procedencia del niño

Informa lugar de procedencia padres/convivientes

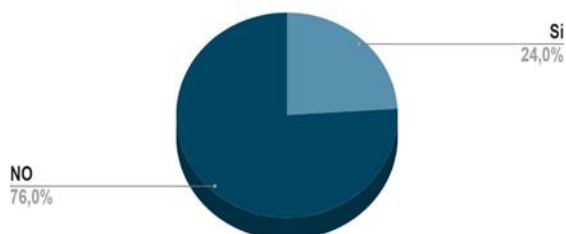


Gráfico 2. Informa lugar de procedencia de padres y/o convivientes.

El gráfico 3 expresa el lugar de procedencia de los niños. Se observa que el 86% de los niños son de origen argentino. Sin embargo el gráfico 4, que indica el lugar de procedencia de los padres y/o convivientes, demuestra una mayor diversidad de lugares de origen.

Lugar de procedencia niño

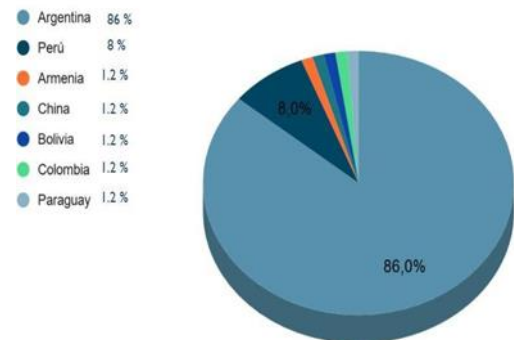


Gráfico 3 . Lugar de procedencia del niño

Procedencia de padres/convivientes

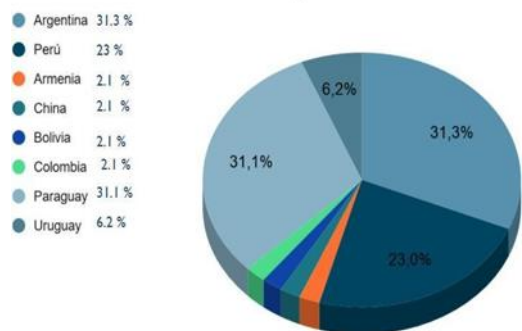
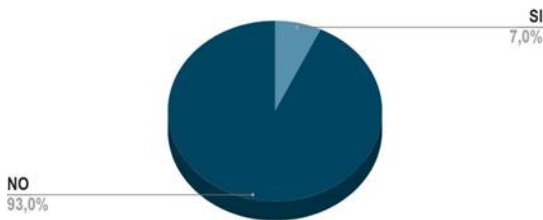


Gráfico 4. Lugar de procedencia de padres y/o convivientes.

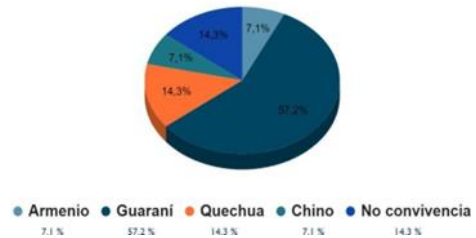
A continuación se muestra que solo en el 7% de las historias clínicas aparecía registrada la existencia de convivencia de lenguas en el hogar del niño. A su vez, el gráfico 6 muestra que de ese 7% la lengua con la que más convivía el castellano rioplatense era guaraní.

**Informa convivencia de lenguas**



*Gráfico 5. Informa la convivencia de lenguas*

**Convivencia de lenguas**



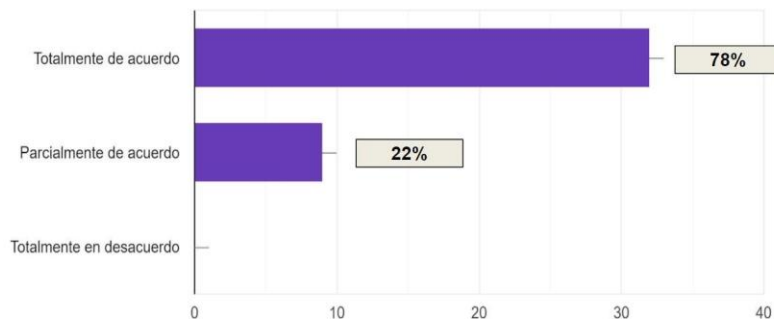
*Gráfico 6. Lenguas*

A continuación se exponen los resultados obtenidos del cuestionario

El 54 % de los participantes corresponde a residentes, el 41% a fonoaudiólogas de planta y el 4.9% a concurrentes.

El concepto salud-enfermedad varía según las creencias, costumbres y valores del paciente.

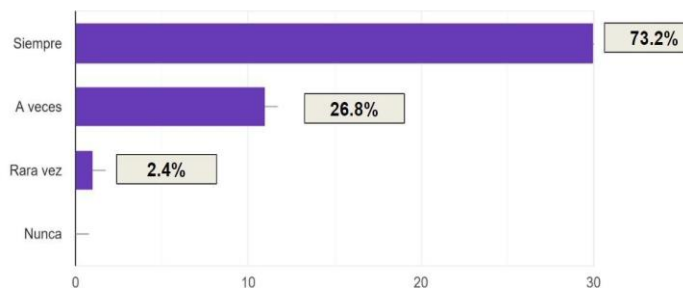
41 respuestas



*Gráfico 7. El concepto salud-enfermedad varía según las creencias, costumbres y valores del paciente*

En el momento de la entrevista inicial con el paciente, ¿Consignás en la anamnesis el lugar de procedencia del paciente?

41 respuestas



*Gráfico 8. En el momento de la entrevista inicial: consigna en la anamnesis el lugar de procedencia del paciente*

En el momento de la entrevista inicial con el paciente, ¿Consignás en la anamnesis el lugar de procedencia de los padres/convivientes del niño?

41 respuestas

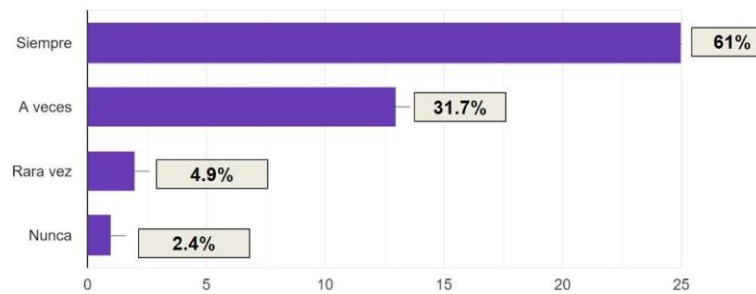


Gráfico 9. En el momento de la entrevista inicial: consigna en la anamnesis el lugar de procedencia de los padres y/o convivientes

En el momento de la entrevista inicial con el paciente, ¿Consignás en la anamnesis la existencia de convivencia de lenguas en el hogar del niño?

41 respuestas

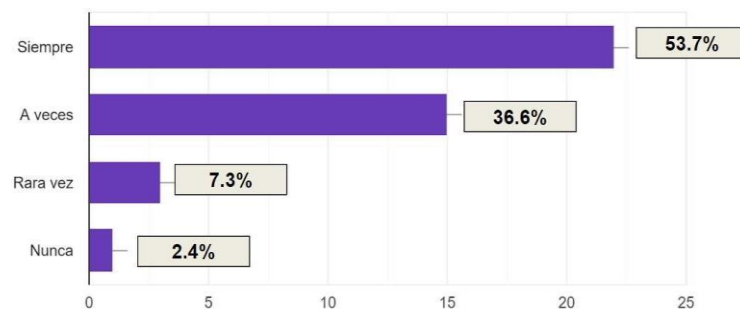


Gráfico 10. En el momento de la entrevista inicial con el paciente: consigna en la anamnesis la existencia de convivencia de lenguas en el hogar del niño

Las diferencias culturales deben ser valoradas en la atención en salud.

41 respuestas

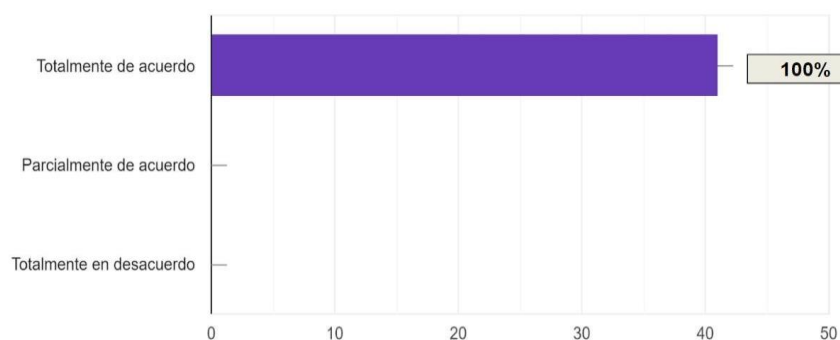


Gráfico 11. Las diferencias culturales deben ser valoradas en la atención en salud

Al momento de evaluar a un paciente, ¿La forma, los métodos y/o contenidos se adaptan considerando la cultura del paciente?

41 respuestas

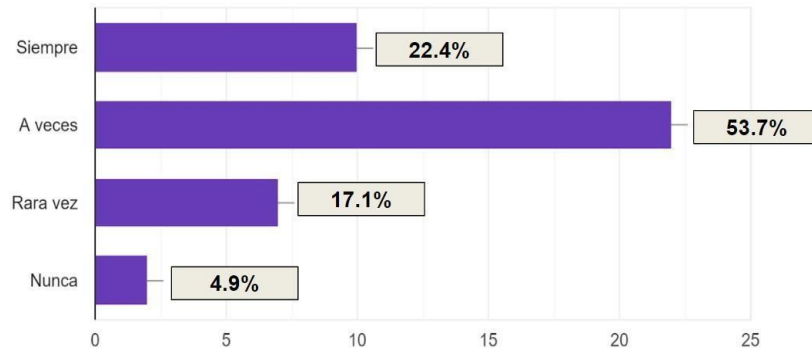


Gráfico 12. Al momento de evaluar a un paciente: la forma, los métodos y/o contenidos se adaptan considerando la cultura del paciente

¿Los objetivos terapéuticos son pensados considerando el contexto cultural del paciente?

41 respuestas

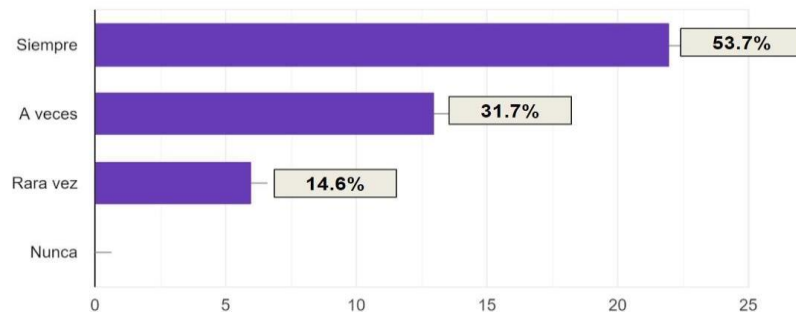


Gráfico 13. Los objetivos terapéuticos son pensados considerando el contexto cultural del paciente

Es necesario adecuar el tratamiento a las necesidades culturales del paciente.

41 respuestas

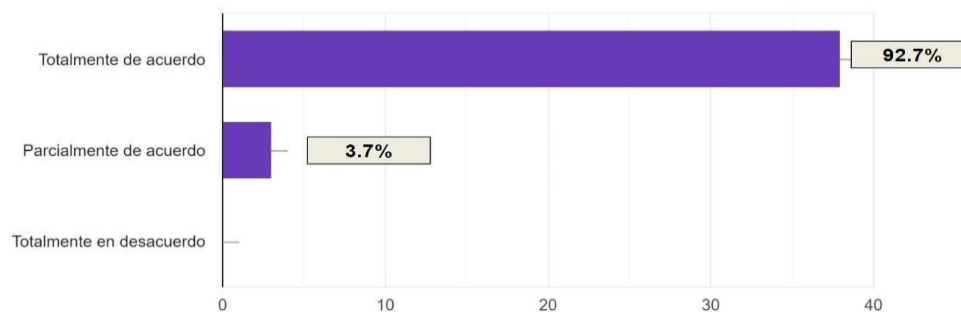


Gráfico 14. Considera que es necesario adecuar el tratamiento a las necesidades culturales del paciente

¿En alguna oportunidad, te sentiste desafiada en tu accionar debido a la convivencia de lenguas en el hogar del niño?

41 respuestas

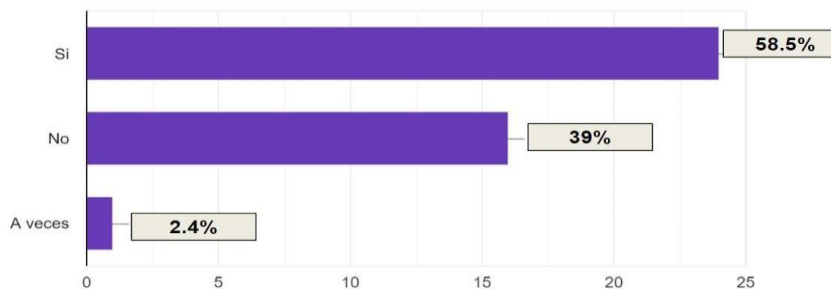


Gráfico 15. Existencia de desafíos en el accionar debido a la convivencia de lenguas en el hogar del niño

¿Has recibido formación sobre la atención en salud en contexto de diversidad cultural?

41 respuestas

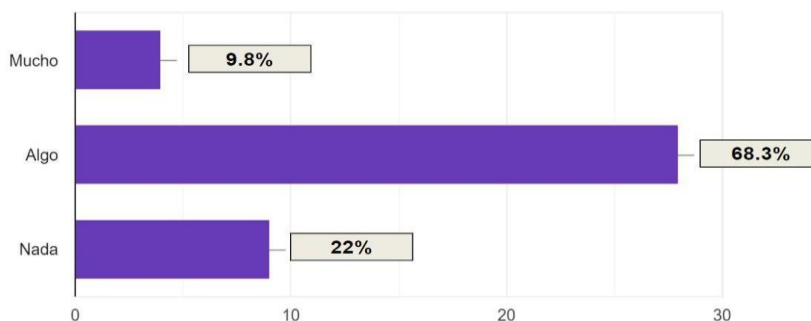


Gráfico 16. Formación profesional en contextos de diversidad cultural

¿Considerás importante para tu accionar profesional contar con mayor formación y herramientas para desenvolverte en un contexto cultural diverso?

41 respuestas

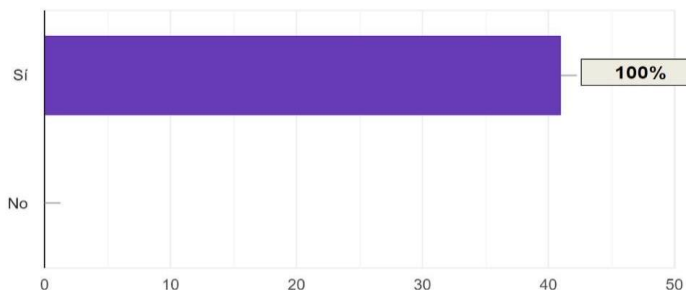


Gráfico 17. Necesidad de herramientas y formación para el abordaje de las diversidades culturales

### **Análisis de los resultados historias clínicas y cuestionario:**

Tanto en las historias clínicas como en el cuestionario se indaga más sobre el lugar de procedencia del niño ( 42%) que de sus padres/convivientes (24%). A su vez, el porcentaje es inferior al observar los datos sobre el registro de la existencia de otras lenguas en el hogar (7%).

El 100% considera importante valorar las diferencias culturales en la atención en salud y adecuar el tratamiento a las necesidades culturales del paciente. Sin embargo, el 46.3% refiere no hacer estas adaptaciones en su práctica habitual.

Cerca del 60% refiere no haber presenciado una situación en la cual la atención del paciente fue limitada por su condición migrante.

Sólo un 9.8% considera haber recibido la formación suficiente sobre atención en salud en contextos de diversidad cultural, mientras que el 100% considera importante contar con mayor formación y herramientas para desenvolverse en estos contextos.

El 60.9% refirió que en alguna oportunidad vivenció desafíos en su accionar debido a la convivencia de lenguas en el hogar del niño. A su vez, un 48.7% refirió que en alguna ocasión la comunicación con su paciente/familia se vio afectada por las diferencias culturales. Además, un 48.7% en alguna oportunidad pensó que éstas obstaculizaron la adherencia al tratamiento.

### **Entrevistas a fonoaudiólogas: análisis de los resultados:**

Previo al momento de las entrevistas cada profesional recibió un archivo con preguntas disparadoras las cuales sirvieron de guía a lo largo del intercambio. El contenido de las

preguntas fue diseñado siguiendo la estructura y la temática del cuestionario.

El análisis de las entrevistas semiestructuradas se llevó a cabo analizando los discursos a través de códigos relacionados a las 3 categorías de análisis. Los mismos se denominaron: (DA): *Diferencias culturales como desafío en la atención*; (FH): *Falta de herramientas para el abordaje diagnóstico-terapéutico en poblaciones culturalmente diversas*; (PR): *Prejuicios hacia la población migrante*.

#### **- Diferencias culturales como desafío en la atención:**

En los discursos extraídos relacionados a esta categoría se presenta, en reiteradas oportunidades, la dificultad que supone lograr un equilibrio entre las creencias del paciente y las del profesional sobre lo que se considera salud-enfermedad. Una entrevistada hace alusión a esto mencionando una situación en donde se ve reflejado este conflicto de creencias: *“el bebé empieza a llorar, entonces le digo a la mamá “bueno abrácelo, conténgalo, con contacto profundo”. Entonces cuando la madre lo agarra y lo abraza corre la cabeza y le digo “no, póngase cerca” y me contesta “no, no, no porque seguro que este babeo es porque vino la tía y le dio un beso en la frente”. Para ellos cuando besan a un bebé en la frente, el bebé babea. Es su creencia”*. Además se analizan los conflictos internos que se generan en el profesional cuando la pauta considerada pertinente por éste se contrapone a las creencias de sus pacientes y/o familias.

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, se reflexiona sobre esta contraposición de creencias señalando: *“Uno no es el dueño de la verdad y creo que tiene que ser parte también de la predisposición de uno poder estar abierto a escuchar a los pacientes, a los padres, qué es lo que traen”*.

Con respecto al momento de la entrevista inicial, algunas profesionales mencionan que consignan en sus anamnesis el lugar de procedencia del niño o la convivencia de lenguas en el hogar. Sin embargo otras refieren que indagan sobre estos aspectos únicamente cuando perciben que el niño o su familia no son argentinos. Una de las profesionales relata que el desconocimiento o la falta de consideración sobre estas cuestiones la llevó, en una oportunidad, a generar presunciones equivocadas sobre la capacidad lingüística del niño *“parecía algo más semántico y no, era una costumbre”*.

Durante el proceso de evaluación del lenguaje, las profesionales refieren desafíos cuando el niño nomina estímulos de forma diferente a la esperada. Relacionan esto con la dificultad de focalizar en las particularidades culturales de cada niño. Además hacen referencia a la necesidad de flexibilizarse y enfatizar en la evaluación cualitativa cuando los resultados del test formal no reflejan la realidad del niño *“Me parece que lo que sí no puedo es evaluarlo con un test tradicional, tengo que tener esa flexibilidad de decir.. bueno no es con un test formal con el que tengo que evaluar, tendré que hacer otra evaluación subjetiva”*.

Una de las entrevistadas refiere que el desafío muchas veces es darse cuenta de esto último: *“salías de la facultad y querías hacer todo lo que te habían enseñado. Y de a poco te vas dando cuenta que cuando los tratamientos no funcionan, no funcionan porque les estás queriendo dar algo que no es parte de su cultura, de su vida, de su realidad, de sus hábitos y de sus actividades de la vida diaria. Entonces ahí es donde uno empieza a hacer el clic y a decir “bueno... vamos a empezar a respetar un poco al otro..” “ Es un montón. Porque a uno le parece que no es nada, pero es muy fuerte que toda la familia tenga una pronunciación y el pibe aisladamente tenga otra. Para el nene y para su familia también. Es*

*muy fuerte todo eso. Pero a uno le lleva tiempo hacer ese camino”*.

Por otro lado mencionan cuestiones transversales a la atención como la necesidad de generar espacios fuera de la sesión para promover confianza y habilitar espacios de intercambios en donde los malentendidos/interferencias en la comunicación producto de las diferencias culturales se reduzcan al máximo posible. También, en diferentes discursos se enfatiza sobre la importancia de repensar las formas y modos de comunicación situándose en el contexto cultural y familiar, buscando establecer acuerdos con las familias sobre qué y cómo se trabajará ya que *“muchas veces son las familias las que quieren que el niño diga algo igual a sus compañeros más allá de que en la casa se diga de otra forma”*.

- *Falta de herramientas para el abordaje diagnóstico-terapéutico en poblaciones culturalmente diversas*

Al momento de indagar sobre la formación de grado que han recibido las profesionales entrevistadas nos hemos encontrado con respuestas del tipo *“aprendí en la práctica”, “lo incorporé con la experiencia”*, destacando que fue muy escasa o incluso nula la formación recibida y mencionando que debieron pensar, reflexionar y accionar en esta temática según las experiencias que fueron viviendo en sus prácticas profesionales desde su individualidad. Es así como una de las profesionales menciona *“Te lleva un tiempo hacer ese camino, porque al principio cuando salís de la facultad querés hacer todo lo que te enseñaron y no nos enseñaron sobre interculturalidad. Ahora a lo mejor se está hablando más en la facultad sobre esto, pero cuando yo estudié no se hablaba tanto sobre interculturalidad.”*

Similar a lo mencionado en cuanto a la formación de grado ocurre con la formación de postgrado, se destaca la falta de cursos que aborden esta temática ejemplificando esto con frases como *“uno hace cursos de lenguaje, de deglución, de audiolología pero en ninguno se habla de cómo modificar nuestras terapias de acuerdo a lo cultural. Así que yo creo que es un aprendizaje que se va dando en el trabajo y en la interacción con otras culturas. A veces tengo que levantar el teléfono y llamar a mi colega “che escuchá... ¿Cómo hacés vos con los pibes cuando pasa esto?”. Se aprende en la interacción con colegas y supervisando con colegas que tengan más experiencia en el trabajo con estos pacientes. Pero me parece que es un aprendizaje que se va dando que no tenemos una formación clara en esto”*. Además del aprendizaje que se va generando en interacciones con otros profesionales, una de las entrevistadas menciona que una herramienta que utiliza frente a la falta de formación es la flexibilidad y el sentido común que le ha otorgado su experiencia a lo largo de los años *“como nosotras podemos, con todo lo que nosotras sabemos y creemos que pueda usarse para mejorar el lenguaje de este niño bueno... ¿cómo lo podemos poner dentro de esta familia?”*, remarcando que ésta habilidad está relacionada también a la actitud y el nivel de empatía con el que cuenta cada profesional: *“creo que van a depender muchísimo del profesional, ¿no? Y de cómo cada profesional va integrando esas cosas”*.

Por otro lado se reflexiona sobre la falta de formación no sólo acerca de la diversidad cultural sino de la diversidad en general, haciendo énfasis en la necesidad de ampliar la mirada hacia las diversidades más que en realizar adaptaciones puntuales a cuestiones puramente culturales en los test estandarizados. Mencionan que una formación sensible a la diversidad sería una herramienta crucial para sortear dificultades en las atenciones en salud. En relación a las

herramientas utilizadas durante las evaluaciones y tratamientos, la totalidad de las profesionales entrevistadas refieren que los test de lenguaje que se utilizan son específicos de una cultura y que no se cuenta con adaptaciones que tengan en cuenta la diversidad cultural. Teniendo en cuenta esto, algunas entrevistadas mencionan que durante sus intervenciones aplican los test siguiendo con las pautas establecidas por cada protocolo pero que hacen adaptaciones al momento de interpretar las respuestas según el criterio que para ellas reflejaría la realidad de cada niño, evitando de esta forma sobrediagnósticos y/o patologizaciones.

- *Prejuicios hacia la población migrante:*

En los apartados relacionados a esta categoría se percibe el cuidado con el que los profesionales tratan el tema. Se observan silencios, frases incompletas, rodeos y tanteos a fin de evitar emitir frases que resulten excluyentes al referirse a los modos de vivir, actuar y comunicarse de la población migrante. Mencionan el trabajo consciente por cambiar términos y formas de referirse a esta población *“Yo, digamos... antes decía poco comunicativos y lo cambié a eso [...] comunican con la mirada, con el gesto, cuando agarran a los chicos [...]”*.

Por otro lado, indagando sobre la existencia de discriminación por parte del equipo de salud, nos encontramos con discursos del tipo *“Todavía hay cierta estigmatización del migrante pero cada vez es menos, que antes era más ligado a “¿Para qué viene acá? vienen a este país y nosotros le tenemos que dar todo gratis” Y eso está a veces... pero no lo escucho tanto como antes. Por ahí no se si la gente se adaptó y lo aceptó o se cansó de decirlo pero por lo menos yo no lo estoy escuchando tanto como antes”*; *“Creo que cada vez, además de contar con más información, hay muchos más espacios de intercambios y reflexión [...] Que siga pasando sí, pero creo que estos espacios*

de intercambio y de reflexión sobre la temática hacen que la situación... o que a futuro pueda ir modificándose". Un grupo de profesionales entrevistadas refieren no haber presenciado situaciones de discriminación hacia esta población. Sin embargo otro grupo refiere haber presenciado situaciones de exclusión citando textualmente comentarios de colegas como "Ahh ¿para qué te vas a matar explicándole si igual no entiende nada?".

Siguiendo con lo anterior, una entrevistada refirió que los malos tratos de ciertos profesionales dependen del nivel de empatía que tiene cada uno y no de la condición migrante del paciente. En contraposición a esto, en otra entrevista se mencionó que el hecho de ser migrante otorga mayor vulnerabilidad para hacer frente a estos maltratos. Esto último es mencionado de forma irónica citando frases de colegas como "nosotros sabemos todo...cómo lo hacemos nosotros está bien y como lo hace el resto no, por algo están acá". También reflexionan sobre cómo la discriminación dentro del equipo de salud puede depender del lugar de procedencia de la persona migrante "tuvimos un pacientito senegalés, o sea... es migrante, pero estaban todos enamorados del pacientito senegalés y sin embargo con otros migrantes no pasa lo mismo".

Explorando sobre la discriminación dentro del equipo de trabajo algunas fonoaudiólogas reflexionan sobre la dificultad de actuar frente a actos discriminatorios por parte de sus colegas "Hay profesionales que no les importa nada. [...] Al principio uno gasta mucha energía en poder decirle al otro "Che fijate, mirá qué..." y después te das cuenta que pasa el tiempo y esa persona no cambia. Ahí es cuando decís "bueno, ya está, yo no le digo más nada" [...] Pero al mismo tiempo uno se autocrítica si está bien dejar de hacerlo".

## DISCUSIÓN

Menéndez (2003)<sup>2</sup> menciona que las atenciones en salud mayoritariamente continúan enmarcadas en un modelo de atención basado en el paradigma biomédico, pese al surgimiento de otras formas de atención. Los principales factores de exclusión funcional de este paradigma son los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud / enfermedad / atención.

Finkelstein (2015)<sup>3</sup> plantea que se registra una amplia variación en la posición asumida por los profesionales ante estos colectivos. La autora identifica cuatro categorías que reflejan cómo son representadas en prácticas sanitarias las poblaciones migrantes: como aprovechadores de servicios, como usuarios en condiciones de vulnerabilidad, como portadores de enfermedad importada/exótica y/o peligro sanitario y como usuarios que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje. En relación a la última de las categorías citadas, la autora se interroga sobre el conocimiento que los trabajadores de salud tienen sobre el bilingüismo y multilingüismo de usuarios migrantes, y cómo este desconocimiento podría constituirse como desafío/dificultad de abordaje terapéutico.

Distintos niveles de conocimientos de aspectos ligados a personas migrantes por parte de los profesionales de la salud pueden asociarse a gradientes de confianza en la construcción y establecimiento del vínculo terapéutico. Un mayor desconocimiento se relacionaría con una construcción de sentidos negativos y estereotipados respecto a este colectivo poblacional (Finkelstein, 2015). Siguiendo con esta línea, Aragona, Berenice, Certoma & Estévez (2013)<sup>4</sup> mencionan que el trabajo con familias de diferentes culturas genera dificultades, incertidumbre y desconcierto al

momento de intervenir, haciendo referencia a barreras que reducen la posibilidad de diálogo, escucha y comprensión durante el proceso de salud-enfermedad-atención.

En este sentido, siguiendo a Fuks (2012)<sup>5</sup> se diagnostican episodios que no deberían ser objeto de atención clínica, se sobre diagnostican trastornos del lenguaje y problemas de aprendizaje a niños migrantes o hijos de migrantes sin indagar el contexto migratorio de la familia y la relación del niño y la familia ante la lengua oficial.

De lo recabado a lo largo de nuestra investigación, concordamos con las diversas autoras mencionadas en que el relevamiento de datos acerca de la cultura y la lengua tanto de los pacientes como de sus familias aún no se encuentra dentro de las preguntas de rutina en la mayoría de los casos y que este desconocimiento generaría dificultades para mantener una comunicación efectiva en donde todas las partes involucradas se vean beneficiadas. Esto podría generar desafíos para obtener diagnósticos asertivos e intervenciones basadas en las necesidades reales de cada individuo y grupo familiar.

## CONCLUSIONES

Esta investigación permitió identificar la existencia de barreras comunicativas en la atención en salud de pacientes migrantes. Los datos recogidos mediante la revisión de historias clínicas reflejan la falta de registro tanto del lugar de procedencia como de la convivencia de lenguas en el hogar de los niños. Este dato se pone de manifiesto también en los discursos de los profesionales en el cuestionario y en las entrevistas.

Se identificaron diversas barreras en la atención de poblaciones migrantes. Algunas de

ellas sustanciales, relacionadas a los contrastes culturales entre profesionales y pacientes /familias en cuanto a las formas de vivir y entender el concepto de salud /enfermedad que generan interferencias /malentendidos en la comunicación. Estas interferencias comunicativas plantean desafíos en los abordajes, siendo necesario realizar adaptaciones en los dispositivos de evaluación y tratamiento del lenguaje. Resulta importante así reflexionar en qué medida las tecnologías diagnósticas que aplicamos en nuestras evaluaciones son incluyentes o excluyentes. Otras barreras resultan sutiles, más difíciles de identificar que derivan de lo que no se dice de forma explícita en los discursos, de la falta de datos, de la falta de registros. Esta lectura de lo que no está consignado revela cierto grado de invisibilización de estas barreras. Esto implicaría la necesidad de, en un primer momento, ponerlas sobre la mesa y abrir el debate, hacerlas visibles. Luego sería necesario buscar las herramientas para sobrepasarlas.

Los discursos de las profesionales orientan posibles respuestas a este interrogante, siendo el diálogo con el paciente y su familia, el sentido común y el continuo diálogo con otros profesionales las claves para atravesarlas.

Se revela también la necesidad de incorporar a la formación de grado y posgrado contenidos que promuevan la consideración de la cultura como factor determinante en la calidad de atención en salud. Entender esta falta de consideración de las diferencias culturales como un factor que promueve un modo de atención homogeneizante. La atención como un espacio de reproducción de rutinas institucionales, aplicando protocolos sistemáticamente sin tener en cuenta las particularidades culturales, modos de pensar y vivir de las personas.■

**Reconocimientos:** *Agradecemos a las Licenciadas en Fonoaudiología: Violeta Mac Kenzie, Mercedes Neira, Mg. Fga. Ana Fuks y a todo el equipo de Fonoaudiología del Hospital Pirovano por el apoyo, colaboración y acompañamiento durante el proceso de elaboración del presente trabajo.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Internacional de Migraciones. Migraciones e interculturalidad. Guía para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades en comunicación intercultural. OIM. 2017.
2. Menéndez E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Salud colectiva. 2003. Vol. 8 (1).
3. Finkelstein L. Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. Revista Migraciones Internacionales. 2015 Vol. 01 (40- 58).
4. Aragona P. A., Berenice B., Certoma M.N, Estévez P. Interculturalidad en Salud. Una aproximación a la intervención del equipo de salud con familias de comunidades indígenas. Revista Medicina Infantil. 2013. Vol. 20 (4).
5. Fuks A. Migración y bilingüismo; una zona gris en la salud escolar de la Ciudad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Rosario Centro de Estudios Interdisciplinarios Instituto de la Salud Juan Lazarte. 2012.

### Como citar

Carrazza J, Esquivó LN. DIVERSIDAD CULTURAL Y FONOAUDIOLÓGÍA: BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE POBLACIONES MIGRANTES. Fonoaudiológica. 2024;71(1):5-19.

Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar/index.php/revista/article/view/149>