



UN ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO EN UN GRUPO DE REFUGIADOS DE CENTRO AMERICA.

Emelia V. Terr.
Patricia Griffin.
Pablo Stucky.

En las últimas décadas los agudos problemas económicos, políticos y sociales que ha vivido Latino América y en particular, Centro América, ha determinado que un alto porcentaje de personas, familias y grupos se vean obligados a emigrar. Esta población huye de la guerra, de la persecución o la miseria. Se dirige generalmente a los EE.UU. con la seguridad o fantasía de que en este país, abanderado de la democracia, encontrarán la seguridad, la paz y el bienestar económico que sus países de origen les niegan. Este migrante, al llegar a los EE.UU. sufre una verdadera decepción, porque sus esperanzas chocan y se derrumban ante una realidad de persecución y de total desamparo. Ante esta dramática realidad han surgido numerosas organizaciones de asistencia en diferentes partes del país con la finalidad de ayudar a esta población.

Nuestro objetivo como psicólogos voluntarios ha sido brindar orientación y/o psicoterapia breve e intervención en crisis, a aquellos refugiados que lo solicitan o nos son referidos por diferentes organizaciones.

* Grupo Voluntario de Trabajo en Austin, Texas.



El refugiado centroamericano generalmente proviene de familiar de bajo nivel económico y escasa escolaridad. Su edades fluctúan entre los 15 y 40 años.

En nuestro abordaje psicoterapéutico recurrimos a las aportaciones de psiquiatras y psicoanalistas (Moffat, Basaglia, Fanon, Lira, Weinstein, Rodríguez Rabanal), que analizan el tema de psicoterapia desde la problemática de la injusticia y la opresión social. [Nos adherimos a la alternativa que proponen de enfocar las modalidades de vida y necesidades de grupos marginados]. Con este enfoque tratamos de resolver la problemática real, concreta, orientada hacia un cambio, que favorezca el reconocimiento de su autoestima y autosuficiencia a nivel grupal e individual.

También tratamos de rescatar su identidad tan negada y degradada por el sistema de opresión a través de las modalidades de sus vidas, de sus costumbres, de sus valores y de su folklore, que implican un proyecto de liberación, y fortalecimiento, de su cultura de origen.

En nuestra labor respetamos el estado de ánimo y las propias motivaciones del refugiado, tanto a nivel grupal como individual. Tomamos una actitud de escucha, enfocada a la comprensión y aceptación de su realidad y puntos de vista. Si surgen contradicciones entre ellos, resaltamos su validez. Estimulamos reflexiones y soluciones que favorezcan la autoestima y autosuficiencia.



Los aspectos que enfatizamos en el proceso terapéutico han estado relacionados con:

- 1.- La necesidad de la catarsis inicial, de tal manera que el individuo o el grupo se desahogara con platicidad (facilidad), con la finalidad de facilitar el primer contacto en la experiencia traumática vivida.
- 2.- Se enfatiza la elaboración de las pérdidas ocurridas.
- 3.- Se considera no sólo el dolor emergente sino también otras emociones más difíciles de vivir, como la rabia y la agresividad.
- 4.- Se ayuda a la discriminación entre procesos subjetivos que experimentan internamente y la realidad exterior que había generado el duelo. Se enfatiza la vinculación dialéctica que existía entre ambos.

Quando el refugiado solicita entrevista nunca se le niega. Generalmente se va hacia él y no lo contrario. Su vida caracterizada por lo "sorpresivo" nos impide planear encuentros formales. Somos flexibles. De otra manera esta relación quedaría trunca de inmediato.

El equipo de psicólogos fija sus horarios para cubrir diferentes días y horas de la semana. Cuando se interviene en crisis, el psicólogo de turno comparte la información (sobre el **status** del individuo o grupo) con el equipo, con la finalidad de que si surge la necesidad de reemplazarlo, haya continuidad en la intervención y se eviten confusiones.

El equipo se reúne una vez por semana durante dos horas y media, con el objeto de revisar literatura y tener supervisión



compartida. El consenso de grupo es prevenir o minimizar efectos adversos para el individuo o el grupo.

En el abordaje psicoterapéutico encontramos obstáculos muy variados. Entre ellos destacamos:

- Las dificultades relacionadas con aspectos técnicos. Las técnicas psicoterapéuticas tradicionales han sido elaboradas en función de realidades y valores socioculturales del mundo occidental. (Para estas técnicas el proceso social no es conflictual). Estas técnicas del mundo occidental no dan cuenta de la población marginada del tercer mundo. La población del refugiado centroamericano tiene un contexto histórico-social muy diferente al de los países de occidente. Nuestra población es víctima de sistemas políticos de represión, autoritarismo y tortura. Ignoran los derechos de la persona. Su medio social está caracterizado por miseria y marginación. Provocan el éxodo forzado de individuos, familias y grupos. La vulnerabilidad emocional en esta población generalmente tiene una causa política, social y económica.

- También observamos que dentro de esta población no es tolerada la expresión verbal como vehículo del planteamiento conflictivo. Dinámicamente surgen quejas psicósomáticas como un recurso permisible y socialmente aceptado. Sus "penas" generalmente las comparten con la persona más confiable, cercana o respetable de su entorno (abuelo, madre, compadre, sacerdote, virgen, cristo, etc.). Para ellos no existe el concepto de psicoterapia, y sí existe el psicólogo, tiene una connotación de locura. Por lo tanto se resisten o se sienten insultados o temerosos cuando se les sugiere que reciban ayuda de él.

- También observamos que por su historia de explotación, engaños, persecución o ilegalidad, responden necesariamente con desconfianza o suspicacia. (Con su actitud de observación en situaciones cotidianas o de crisis, ponen a prueba al otro y así se convencen de que existe o no lealtad o autenticidad entre lo que se dice y se hace).

La figura del psicólogo surge como un objeto confiable y constante, en él depositaban un rol paternalista-asistencial.

Para ellos representaba el papel de mediador frente al sistema,



con poder dentro de la comunidad. Por este motivo le solicitan ayuda legal, laboral, médica, etc. A través de estas demandas surgen como emergente la necesidad de un equipo multidisciplinario que trabajara en estrecha articulación.

No ha sido fácil abordar a esta población flotante "acosada" por las necesidades básicas de trabajo, idioma, legalización en donde la psicoterapia estaba alejada de su cultura y desarrollo social. Cuando se recurría a las citas, frecuentemente se encontraba ausente por múltiples razones. (Había ido a trabajar; había repentinamente decidido continuar su viaje; había sido arrestado por migración; o había sido deportado). Como se mencionó anteriormente, el encuadre riguroso tradicional de las constantes, lugar, tiempo, duración de la entrevista, resultan inoperantes.

Observamos, que el éxodo forzado del refugiado centroamericano implica una separación abrupta de su familia, de sus costumbres, de su idioma, de su nombre, de sus roles sociales. A esta pérdida tan masiva y brutal se ligán recuerdos y afectos que conmocionan a toda la estructura psíquica, y consecuentemente desestabiliza a la persona en su totalidad (self), y pone en riesgo la identidad del individuo (Grinberg, 1984). Es indudable que en las condiciones en que esta población realiza la migración equivale a vivir un trauma que se prolonga en periodos de tiempo más o menos largos. Migrar para ellos significa ser víctima de toda clase de abusos y corrupciones, no sólo por parte del coyote, sino de las autoridades que encuentra



durante su éxodo. La reacción a esta experiencia traumática es de fuertes sentimientos de desamparo y resentimiento. De esta forma en nuestro abordaje psicoterapéutico a nivel individual y grupal encontramos fundamentalmente tres tipos de ansiedades: la ansiedad depresiva, la ansiedad confusional y la ansiedad paranoide. Según Grinberg, estas ansiedades están presentes como una constante en todo proceso migratorio, pero con grandes variaciones en cuanto a intensidad, durabilidad y evolución.

La ansiedad depresiva se expresa a través de un gran dolor y tristeza ocasionados por la pérdida del mundo que dejó, al cual pertenecía y conocía. Esa ansiedad dolorosa o depresión favorece a que en ocasiones el refugiado se sienta con apatía, desinterés, desesperanza, y que presente crisis de llanto por la culpa que siente porque él está comiendo y seguramente su familia no tiene alimento. Esta ansiedad depresiva también le ocasiona nostalgia, alteraciones en el dormir, dolores de nuca, dolores de cabeza o ideas suicidas.

La ansiedad confusional se observa cuando empiezan a trabajar o funcionar en su nuevo mundo y se enfrentan a la superposición de dos culturas, dos idiomas, dos nombres y apellidos. También se enfrentan al cambio de roles, puntos de referencia, etc. Todo ello conduce a un estado confusional que repercute no sólo en su identidad, sino en su desorientación en el tiempo y espacio. Pierden su capacidad para discriminar. Deciden precipitadamente sin preveer las consecuencias. Comentan que se sienten "atarantados", con la cabeza volada, atontados. No



son ágiles u objetivos en la toma de decisiones. Narran experiencias de sentirse víctimas de abusos, engaño y explotación.

La otra ansiedad que presentan está relacionada con el miedo, el temor, la inseguridad que le causa este nuevo mundo, este país que para él es totalmente desconocido. Ese temor y desconfianza tiene bases reales, con frecuencia el grupo o individuo expresa el cúmulo de frustraciones y peligros vivido, así como el temor de perder la protección que la organización les ofrece. También expresan gran necesidad de tener información veraz sobre otros albergues o lugares donde puedan desplazarse para obtener trabajo. Expresan su miedo de dormir en las calles o lugares desconocidos, temen ser víctimas de agresiones físicas. Estos pensamientos les "espantan el sueño", "duermen con el ojo pelado" (insomnio). Estas reacciones (paranoides), están lejos de ser patológicas. Son formas defensivas de adaptación ante una situación real de desarraigo, ilegalidad y desamparo.

El refugiado no sólo plantea situaciones generales que le causan inseguridad, frustración, ansiedad o depresión por lo que dejó, y por lo nuevo desconocido. También plantean problemas relacionados con alcoholismo, pleitos y riñas sangrientas. Para Fanon (1961) la frustración y agresión sedimentada se va a manifestar entre ellos mismos. El individuo se encuentra en un estado de tensión permanente, debido a que su mundo ha sido y es muy hostil, pesado, agresivo y rechazante. Su tensión se libera periódicamente a través de la embriaguez, pleitos triviales y



luchas violentas, como una forma de canalizar la tensión acumulada por tanto tiempo, y así desplazan la agresión que originariamente estaría dirigida al victimario.

El problema psicopatológico básico que plantea el refugiado centroamericano lo constituye la existencia de una serie de traumas premigratorios y migratorios que indican ser pérdidas abruptas, duelos no elaborados, exacerbación de ansiedades depresivas, confusionales y paranoides, que conmociona a toda la estructura psíquica y desestabiliza a la persona en su totalidad, poniendo en riesgo la identidad del individuo. La situación migratoria también favorece la eclosión de la patología latente en algunos individuos particularmente labiles.

Presentación de un caso.

Recurrimos a la presentación de un caso con el objeto de compartir con ustedes algunas de nuestras experiencias psicoterapéuticas con una refugiada, **Margarita:**

Queda explícito que se ha resumido del historial clínico solamente el material concerniente al tema.

Margarita es una joven soltera de 30 años, originaria de Centroamérica. Proviene de una familia campesina integrada por sus padres, seis hijas y un hijo varón, siendo ella la segunda de las mayores. Su vida, en un país acosado durante 11 años por los enfrentamientos entre la guerrilla y los militares, ha sido dolorosa y traumática. A los 20 años (1980) y volviendo de una cosecha, fue gravemente herida. Toda la situación de terror y deterioro económico en su país la lleva a emigrar a Estados Unidos con su hermana y cuñado. Detenidos por migración, ellos son deportados, mientras que Margarita, a través de un asesoramiento legal, permanece detenida durante dos meses, hasta que una familia paga la fianza por ella y la lleva a trabajar a su casa. Comienza su vida de nuevos ajustes hasta que, estando en un refugio, nos es referida por



observarla callada, triste y manifestando ella misma sentirse sola. Ha recibido ayuda psicoterapéutica durante seis mese (16 sesiones) en forma irregular, con algunas llamadas telefónicas.

En las primeras sesiones, Margarita se muestra profundamente angustiada, relata masivamente experiencias intolerables de su vida. A los 20 años (1980) un día al atardecer, después de cosechar café, regresaba con su padre, tres hermanas y algunas personas de su pueblo en un camión cuando el ejército en una emboscada los "baleó". Recuerda que su padre gritó "agachense que nos matan". Todo sucedió muy rápido. Sintió algo caliente que corría. Era sangre que salía de su brazo y sus dos piernas. A un señor lo mataron. A su hermanita le volaron los dedos de los pies. Todo pasó en sus cinco sentidos, hasta que de tanto perder sangre se desmayó. Despertó en un hospital. Los doctores decían que iban a amputar sus dos piernas. Dice haber sufrido mucho ella y su familia. "... (A)llá no se vive...", "...uno no tiene juventud...", "...uno tiene miedo de hablar, de salir...", "...tengo muchos miedos...", "...me siento incompleta, como un gusano apachurrado, temo no tener hijos...", "...me siento una viejita..."; sus sueños vividos que se repiten: "hermanita, oye las balas y yo oigo clarito las balas por el teléfono". "Tiros, metralías, sangre y su familia en peligro".

En las siguientes sesiones se reactivaron experiencias dolorosas de separación y desamparo. Relata las sucesivas migraciones que se vio forzada a realizar con su familia y gente del pueblo. Por ser testigos de asesinatos y la represión militar, se sentían amenazados y en peligro. Nos habla del consuelo de la religión y el silencio para preservar sus vidas. Entre estos traslados está la migración a Estados Unidos, difícil, arriesgado. Duraron seis meses. Todos estos hechos reactivaron experiencias de separación y desamparo. Luego su detención por migración, su liberación "...por fin me sentía libre y sin miedo...", y su primer trabajo con una anciana enferma a quien debía cuidar y la mantuvo recluida. "(P)oco después me fue oscureciendo", nos dice. "Me senti débil y triste".

En las últimas sesiones se refiere a su dinámica personal y familiar. Trabajadora y responsable, se describe como la hija predilecta de su padre "...su brazo derecho...", siendo el blanco de la envidia y los celos del resto de sus hermanas. Se siente responsable del cuidado de sus padres. "Tanto nos dieron que no es justo abandonarlos...". Y considera esto como uno de los motivos por lo cual no se ha casado. El deseo de



tener "...otra vida..." ha sido otra causa de su migración. Para ello eludió la oposición de su padre. Recuerda que a su llegada se sentía demasiado triste. Tenía miedo de vincularse a otras personas "por miedo a que se le pegaran sus malas costumbres".

Comentarios.

El abordaje psicoterapéutico a un grupo de refugiados centroamericanos en Estados Unidos nos enfrenta con el sufrimiento y desestabilización psico-social que produce el contexto violento, real de la guerra en sus respectivos países.

- Esta violencia ha puesto en peligro no sólo la supervivencia de aquellos individuos que por su compromiso grupal o personal quedan expuestos a la situación de persecución, sino también se ha puesto en peligro a la población civil (en particular al campesino). Esta población en una forma u otra es seriamente afectada.

- Registran "migraciones interiores o exteriores forzadas".

- Viven permanentemente bajo el stress de la situación de violencia.

- Los factores desencadenantes de la problemática emocional de esta población poseen evidentemente una connotación política. Ello es comprensible sólo dentro del macrosistema social, ya que es imposible explicarlo o comprenderlo dentro de un marco de referencia puramente intrapsíquico o interfamiliar.

En Estados Unidos el refugiado carece del reglamentario derecho al trabajo, servicios médicos, asistencia social. La comunidad escotomiza a esta población. El refugiado viene a constituir un sector marginado de la sociedad. Nosotros como profesionales, al trabajar con esta población y con estas características, también nos sentimos aislados, anulados para



lograr un trabajo de promoción de la salud mental en equipo, que pudiera completar un abordaje íntegro del individuo.

Si consideramos que el refugiado ha introyectado su propia desubicación, podemos decir que desde nuestra perspectiva se ha inscrito frustración e impotencia.

A pesar de nuestro aislamiento y frustración, consideramos importante mencionar que nuestro trabajo paulatinamente ha sido reconocido y aceptado por esta población.

- Las intervenciones en crisis ha dado la oportunidad al individuo y al grupo de vivenciar el rol del psicólogo.

- Posteriormente y durante algunas sesiones expresaban su preocupación por los problemas de algunos de sus compañeros sugiriéndoles que acudieran a recibir ayuda.

- Un grupo de seis mujeres se unió por iniciativa propia para solicitar orientación sobre algunos problemas que les aquejaban en ese momento.

- En la actualidad toman la iniciativa de hacer llamadas telefónicas de larga distancia.

- Algunos tomas la iniciativa de solicitar entrevista.

- También es claro para nosotros que el trabajo en salud mental en favor del refugiado incluye cambios políticos, servicios de la comunidad, y articulación de equipos multidisciplinarios en donde la psicoterapia ocupe un lugar fundamental.

Margarita, el refugiado es lo que después de la Segunda Guerra se llamó "Desastre hecho por el hombre".