

MUJERES DESPLAZADAS, REFUGIADAS, VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA ORGANIZADA. EL MODELO DE INTERVENCIÓN DE EXIL

<Patricia Jirón S.; Inès Despature>

La iniciativa nació del Dr. Jorge Barudy (Director) y actualmente, el Centro EXIL de Bélgica cuenta con un equipo interdisciplinario e intercultural de 40 profesionales.

En el año 2000, se abrió una sede de EXIL en Barcelona, para ofrecer un "programa de reparación médico-psico-social para inmigrantes víctimas de violación de los Derechos Humanos y de tortura". Actualmente, el centro cuenta con un psiquiatra y cuatro psicólogos y es co-financiado por la Comunidad Europea, el Fondo Voluntario para víctimas de la tortura de las Naciones Unidas y donaciones de particulares.

El Centro EXIL goza de un reconocimiento internacional por la finalidad de su trabajo, pero sobre todo por la originalidad de su metodología para ofrecer cuidados terapéuticos integrales a las víctimas de la violencia organizada, especialmente a los grupos más vulnerables: los niños y niñas, las mujeres y los ancianos.

El exilio

Cuando una mujer, su pareja o algún miembro de su familia ha vivido situaciones de violencia en su país de origen, persecución directa por causas políticas, religiosas, étnicas, de género; cuando ha sufrido experiencias tan extremas como la prisión y la tortura ella misma o uno de los miembros de la familia, la muerte o desaparición de otros, inspecciones y la destrucción de su casa, etc., pueden desencadenarse estados de crisis y traumas. Así mismo, provoca una desorganización de la familia y de su entorno social con el consiguiente riesgo de la destrucción de la familia y de otros sistemas.

Entonces, la posibilidad de emigrar, de exiliarse, surge como un recurso para sobrevivir. Es una migración forzada que se decide como una respuesta adaptativa tomada entre la vida y la muerte. Pero a pesar del carácter extremo de estas situaciones, son numerosos los ejemplos de mujeres y familias que lograron no sólo sobrevivir sino también integrarse críticamente a la sociedad de acogida, gracias a la plasticidad estructural de su sistema individual y/o familiar, a la solidaridad de otras personas y grupos sociales, y a sus creencias, conocimientos y experiencias contenidas en sus modelos culturales. El exilio tiene esta doble lectura, por un lado es un corte abrupto con el pasado, el final de una etapa, y por otro, una oportunidad a futuro de "reinventarse" la vida.

Las secuelas de la violencia y/o de la tortura

Como antes se ha mencionado, para la mayoría de las mujeres que han vivido la catástrofe de la guerra, de la persecución política, religiosa, étnica o de género, el ser acogida en otro país implica una experiencia positiva que aleja, de forma más o menos definitiva, los peligros que las amenazaban. Pero, cuanto más compleja, extraña e inconexa sea vivida la sociedad que rodea a esta mujer y su familia, más dependiente serán los unos de los otros para satisfacer las necesidades de intimidad, seguridad y reconocimiento, llevándola a un aislamiento social que dificultará su proceso de integración. Además, el fenómeno de la demolición o traumatización de la identidad provocada por la violencia y/o tortura sufridas, deja a estas mujeres con escasos recursos y mina sus esfuerzos de supervivencia.

SECUELAS DE TORTURAS

Las secuelas psicológicas de la vivencia de la violencia y, más específicamente de la tortura, son complejas, variadas y muy traumáticas por su carácter profundo y por la huella que dejan en el sobreviviente. Así como la tortura física deja huellas o heridas visibles en el cuerpo, la tortura

psicológica produce un dolor invisible. Pueden pasar meses e incluso años hasta que los sobrevivientes muestren signos de reacción psíquica, ya que pueden estar refrenados por la conciencia. Es lo que se denomina el Síndrome de Estrés Postraumático. En muchos casos, al llegar al país de acogida, estos inmigrantes deben luchar por conseguir unos mínimos recursos de subsistencia (alojamiento, comida, trabajo...) y deben esperar mucho tiempo también para obtener el estatus de refugiado que les dará una estabilidad legal. Posiblemente no se manifiesta reacción alguna hasta que se obtiene el asilo y su situación se estabiliza.

Durante este periodo de espera, la situación de vulnerabilidad e impotencia es crítica, con sentimientos de culpabilidad si el o la solicitante de refugio tiene a su familia consigo, ya que siente que es la culpable de la precariedad de todos. En esta fase de extrema presión, el riesgo de suicidio es muy alto.

Además, si han sufrido vejaciones sexuales, se refleja en una autoimagen negativa, vergüenza, culpa y sentimientos de pérdida de dignidad. Esto puede derivar en problemas sexuales en general (vagininitis, frigidez).

También se observan trastornos cognitivos o intelectuales como dificultades de atención y concentración así como memoria reducida, aumentando el temor de que los torturadores les hayan "dañado" el cerebro, tal como las amenazaban. La tendencia al aislamiento es una secuela grave, debido a que como su autoestima está tan baja y han perdido también la confianza en el ser humano, se retraen en sí mismas. El contacto con las demás personas se dificulta por el sentimiento de desconfianza básico. Estas personas sienten que ha cambiado su personalidad.

Otros síntomas frecuentes son los trastornos psicósomáticos (cefaleas, dermatitis, gastritis, colon irritable, tensión muscular, etc.) y los trastornos de alimentación (falta de apetito o exceso).

Modelo de intervención de EXIL

Además de las secuelas de la violencia, se suma la experiencia traumatizante de la migración. En efecto, se puede considerar la migración como una experiencia traumática en sí misma. Las inmigrantes se ven masivamente expuestas a factores de estrés típicos del proceso migratorio. Las condiciones de marginación social y aislamiento, de (des)empleo, la precariedad laboral, jurídica y de vivienda, constituyen un factor de riesgo para su salud. La migración supone una ruptura en la biografía de la persona y un factor de vulnerabilidad al desarrollo de patologías mentales o psicósomáticas y a su cronicidad, en comparación con una población que no ha vivido esta experiencia.

Esto justifica la necesidad de desarrollar un programa específico y especializado para estas mujeres que viven un doble sufrimiento: violencia y migración.

SECUELAS PSÍQUICAS MÁS HABITUALES DE LA VIOLENCIA Y/O TORTURAS

> Angustia, trastornos del sueño y pesadillas. Esta angustia es casi constante y no es de carácter neurótico sino que tienen relación directa con las vivencias de la tortura. Puede manifestarse como un estado de pánico o como flashbacks. La calidad del sueño es deficiente: superficial y con interrupciones. Esto impide el descanso, aumentando el agotamiento y la angustia.

> El sentido de culpabilidad ya sea por haber sobrevivido mientras otros morían, o porque debido a su compromiso político vive con el peligro de sufrir vejaciones, arresto, e incluso tortura o muerte que también afectarán a personas cercanas y queridas. Se le suma el hecho de haber emigrado para "salvarse" dejando en peligro a personas queridas y/o compañeras(os) de ideales en el país de origen.

> Los síntomas depresivos o depresión son muy frecuentes, no sólo debido a la tortura en sí, sino además por las privaciones afectivas y pérdidas en general que ha sufrido la mujer inmigrante

víctima de violencia. Estas pérdidas son no sólo de personas (familiares y amigos) sino de su lengua materna, de la propia cultura, de los paisajes y tierra, del estatus social, del grupo étnico, etc.

> El cansancio e irritabilidad son también frecuentes. Viven una inestabilidad emocional que se potencia si se ven amenazadas o si están en situación de precariedad jurídica.

> Los síntomas paranoides son una reacción muy común debido a la persecución y/o terrorismo de estado vividos en el país de origen. Se sienten perseguidas y controladas lo cual potencia la desconfianza y el aislamiento como mecanismo de autoprotección.

Una intervención adecuada y eficaz incluye el abordaje conjunto de estas dos problemáticas, ya que no pueden ser consideradas de forma independiente.

LA INTERVENCIÓN DE EXIL ES PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA Y GUIADA POR TRES OBJETIVOS GENERALES QUE SON:

1. Tratar las secuelas psíquicas de la paciente originadas por la violencia vivida y los conflictos de la migración. Prevenir la cronicidad de una sintomatología post-traumática y depresiva.
2. Ofrecer atención a los miembros de su familia (si la tiene).
3. Crear una red de apoyo y evitar el aislamiento social, reforzando a la persona en su nuevo proyecto de vida.

Para conseguir estos objetivos, la asistencia otorgada a estas mujeres debe combinar los aspectos médico, psicológico y social, puesto que los tres están interrelacionados. Así, el servicio está dirigido a paliar el sufrimiento individual y social, facilitando la emergencia de respuestas adaptativas y dinámicas de autoayuda y de solidaridad con respecto a la situación de desequilibrio con la que se encuentran confrontadas. Nuestras investigaciones y experiencias han mostrado que dicho sufrimiento es el resultado no sólo de la situación de violencia vivida, sino también del rechazo y dificultades a que están expuestas en los países de acogida.

Por otra parte, es imprescindible generar recursos de autoprotección para que estas mujeres disminuyan su grado de vulnerabilidad y no se encuentren expuestas a nuevas situaciones de riesgo de ser víctimas de una violencia, que puede llegar incluso a la muerte. Desde nuestro enfoque, es básica esta asistencia médica, psicológica y social debido a que las tres se integran dentro de un trabajo comunitario en red y son complementarias entre sí.

Intervención psicológica

Sesiones individuales y/o familiares semanales (o con más frecuencia en crisis)

El tratamiento psicológico se lleva a cabo de forma individualizada en la mayoría de los casos atendidos. En la fase inicial, es básico crear un espacio de seguridad y un clima de confianza, ya que son mujeres que han perdido la capacidad de confiar en sí mismas y en el ser humano. Por razones terapéuticas, conviene dejar que la paciente hable del "aquí y ahora" relacionales, de aquello que le crea problemas en su vida cotidiana.

La terapia continúa gradualmente hacia la fase siguiente en la cual la paciente va contando su experiencia traumática. El terapeuta debe siempre tener en cuenta hasta qué punto la paciente soporta hablar de aquello. Es decisivo que el terapeuta sepa respetar los "tiempos" de la paciente para que se sienta seguro en la situación. En la elaboración del trauma es importante ayudar a la paciente a buscar el sentido de los sucesos. La pérdida de autoestima y de confianza en otras personas también es un reto en la elaboración terapéutica. Pero las pérdidas sufridas pueden incluir también a familiares o amigos que han muerto o desaparecido en la prisión o en la huida. En paralelo, el énfasis está puesto en apoyar a la víctima para reorganizar su vida tras la migración. El psicólogo tiene la función de ayudar a su paciente a establecer las prioridades y caminos para integrarse adecuadamente en el país. Para conseguir este objetivo, se abordan

diferentes aspectos: pautas a seguir para insertarse laboralmente, pautas de comunicación (lo que, a su vez, facilita la búsqueda de empleo), alojamiento, contacto con asociaciones y centros de ocio, requerimientos para conseguir la legalidad, etc. Este trabajo se hace conjuntamente con el trabajador social. Es importante dedicar varios encuentros a temas como la comunicación y las diferencias culturales ya que gran parte de la integración del inmigrante supone la comprensión de nuevas normas culturales y sociales (los diferentes códigos de comunicación del país de acogida).

Grupos preventivo-terapéuticos (semanales y de tres horas de duración)

Una actividad privilegiada del centro consiste en la organización de grupos, los cuales tienen doble objetivo: terapéutico y preventivo. En nuestra experiencia con grupos de mujeres inmigrantes víctimas de violencia, el grupo está compuesto por un promedio de 12 mujeres. La primera parte de cada sesión (2 horas aprox.) está dirigida por dos psicólogas -principal y ayudante- y se dedica al intercambio de experiencias que han ocurrido en sus vidas ya sea actual o del pasado. La segunda parte, se dedica a una actividad de arteterapia.

Esta técnica posibilita la contención, exploración, expresión emocional y la resolución de conflictos, como complemento de la asistencia psicológica individual. El énfasis no reside tanto en el resultado técnico o estético sino en la movilización de las capacidades creativas y resolutivas que el proceso artístico puede producir a nivel individual y en la interacción grupal.

Intervención social

- Sesiones individuales y/o familiares

- Asesoramiento y acompañamiento social (trámites, contactos, etc.)

El trabajador social del centro realiza principalmente un trabajo de asesoramiento siempre en colaboración con el resto del equipo. Su labor consiste en orientar y ayudarlos en su proceso de integración; por ejemplo, realización del currículum vitae, búsqueda de empleo, orientaciones laborales y de ocio (cursos de catalán y castellano, actividades grupales, esplais,...) y reconocimiento de sus potencialidades y motivaciones. A su vez, el trabajador social realiza tareas de acompañamiento a las pacientes en las gestiones necesarias para cubrir sus necesidades básicas: alojamiento, atención médica, asesoramiento jurídico, búsqueda de empleo, etc.

Estas acciones se integran dentro de un trabajo integral en colaboración con diversas entidades y asociaciones asistenciales existentes en Barcelona. En este sentido hemos constatado que, debido a la naturaleza y funcionamiento de los diversos servicios sociales, junto con la falta de recursos, las necesidades materiales urgentes (sobre todo en el momento de la llegada), sólo son parcialmente cubiertas y, por ello, se encuentran en una situación muy precaria e insostenible. Así pues, la asistencia directa del centro (alojamiento inicial, dinero de bolsillo, alimentación, etc.) ha supuesto una contribución importante en el logro de cierta estabilidad tanto personal como social de los pacientes.

Trabajo comunitario y en red

Otro aspecto a destacar del trabajo del centro, es el de continuar dando a conocer la existencia y los diversos servicios ofrecidos a los organismos oficiales y a las asociaciones que dedican sus esfuerzos y recursos a paliar los sufrimientos de los inmigrantes. Dicho trabajo está destinado a seguir construyendo un trabajo en red, mejorar la coordinación entre los diferentes servicios y, al mismo tiempo, ampliar el tejido social de apoyo a estas personas.

CONCLUSIÓN

En general, el modelo de intervención de EXIL va dirigido a contrarrestar los efectos de la migración y de la violencia que frecuentemente se asocian a la marginalidad a nivel social, a la estigmatización a nivel interpersonal y a la inserción laboral así como en el nuevo entorno social. El enfoque médico-psico-social nos vincula a una idea del ser humano integral, que para sobrevivir

necesita ser acogido por un grupo humano. En la medida que esta persona logra establecerse en el nuevo país, no sólo con las necesidades básicas, sino con personas que las reconocen como tales, su recuperación será más positiva. El objetivo primordial de nuestro programa es que las víctimas recuperen confianza en el ser humano. Es lo que llamamos "el valor terapéutico de la solidaridad".

Barcelona, Mayo 2004

Centro EXIL

Avenida República Argentina 6, 4º 2ª
08023 Barcelona
Tel/Fax: 93 2385760

Patricia Jirón S.

Psicóloga (Responsable Clínica EXIL)

Inés Despature

Psicóloga (Coordinadora EXIL)