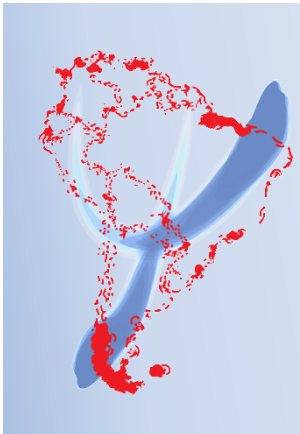


NUDOS CRÍTICOS EN LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A MIGRANTES Y REFUGIADOS DESDE UN CENTRO UNIVERSITARIO¹

Nódulos críticos no atendimento psicoterapêutico de migrantes e refugiados de um centro universitário

Critical knots in the psychotherapeutic care of migrants and refugees from a university center

Antonia Lara – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Francisco Jimenez – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Maria ConstanzaTocornal – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Eva Cayupan – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Ivania Gallardo – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Damaris Mateluna – *Universidad Católica Silva Henríquez*
Michelle Alcaíno – *Universidad Católica Silva Henríquez*



Dirección:
Antonia Lara
CalleRooy 536, Santiago Centro.
Correo: alara@ucsh.cl

Antonia Lara
Psicóloga clínica, coordinadora equipo Área de migración, Interculturalidad y Refugio (AMIR) del Centro de Estigios y Atención a la Comunidad (CEAC).

Francisco Jimenez
Psicólogo clínico, equipo AMIR.

Maria Constanza Tocornal
Antropóloga DIFI.

Eva Cayupan
Psicóloga clínica, equipo AMIR.

Ivania Gallardo
Psicóloga clínica, equipo AMIR.

Damaris Mateluna
Psicóloga clínica, equipo AMIR.

Michelle Alcaíno
Practicante de psicología, equipo AMIR.

¹ Agradecimientos a la Dirección de Identidad y Formación Institucional (DIFI) de la Universidad Católica Silva Henríquez, por su apoyo y financiamiento para el proceso de sistematización y elaboración del artículo.

Resumen

Este artículo busca aportar a la reflexión sobre aristas relevantes en la atención psicoterapéutica a inmigrantes, a partir de la sistematización de la experiencia clínica del equipo AMIR (Área de Migración, Interculturalidad y Refugio). Se identifican como nudos críticos: las diferencias en el uso de la lengua entre pacientes y psicoterapeutas, la situación de precariedad social y económica de los inmigrantes, y la ausencia de redes de apoyo en el país de acogida. Estos nudos repercuten en la relación transferencial con el psicoterapeuta, e implican una escucha atenta a los aspectos culturales y a la estructura psíquica de los pacientes.

Palabras claves: migración; refugio; psicoterapia.

Abstract

This article seeks to contribute to the reflection on the relevant issues in the psychotherapeutic care in the AMIR team (Area of Migration, Interculturality and Refuge). Critical nodes are identified: differences in the use of language between patients and psychotherapist, the social and economic precariousness of immigrants, and the absence of support networks in the host country. These knots have repercussions on the transferential relationship with the psychotherapist, and involve an attentive listening to the cultural aspects and the psychic structure of the patients.

Keywords: migration; refuge; psychotherapy.

Resumo

Este artigo busca contribuir para a reflexão sobre aspectos relevantes no atendimento psicoterapêutico de imigrantes, com base na sistematização da experiência clínica da equipe AMIR (Área de Migração, Interculturalidade e Refúgio). Identificam-se como pontos críticos: as diferenças no uso da linguagem entre pacientes e psicoterapeutas, a situação de precariedade social e econômica dos imigrantes e a ausência de redes de apoio no país anfitrião. Esses pontos causam repercussões na relação transferencial com o psicoterapeuta, e envolvem a escuta atenta dos aspectos culturais e a estrutura psíquica dos pacientes.

Palavras-chave: migração; refúgio; psicoterapia.

Introducción

En las últimas décadas, Chile se ha vuelto un activo receptor de migrantes, especialmente provenientes de Sudamérica. Según la encuesta Casen 2015 (MIDESO, 2016), un 2,7% de la población es inmigrante. Estos flujos migratorios responden a motivaciones laborales, y en algunos casos, a la búsqueda de condiciones de seguridad y estabilidad (Rojas & Silva, 2016). Lo anterior, genera una demanda en la atención en salud mental (Becerra & Altimir, 2013). En este contexto, el siguiente artículo tiene como propósito aportar a la reflexión de la clínica con población migrante, a partir de la identificación y discusión de algunos puntos críticos de la relación psicoterapéutica. Lo anterior, fue realizado en base al trabajo clínico realizado en el programa de Atención y Estudio en Migración, Interculturalidad y Refugio (AMIR), del Centro de Estudios y Atención a la Comunidad (CEAC) de la Universidad Católica Silva Henríquez; que desde el año 2010 ha atendido alrededor de 150 casos de personas provenientes de Perú, Colombia, México, República Dominicana e Inglaterra.

La sistematización y reflexión en torno a la práctica clínica en el contexto de AMIR se desarrolló a lo largo de un semestre, en el cual se sostuvieron sesiones periódicas de reflexión entre los terapeutas del programa, para la revisión y discusión de las experiencias de intervención comunitaria y de atención individual. La reflexión se centró en las siguientes interrogantes: ¿cuáles son las especificidades de la escucha clínica con personas inmigrantes en situación de refugio?, y ¿qué rol juega la cultura, tanto del paciente como del terapeuta, en el desarrollo de la relación clínica?

La reflexión se estructuró en tres fases. En la primera, se expuso la experiencia de atención individual de los terapeutas, donde cada uno manifestó los desafíos enfrentados en la atención de pacientes en condición de refugio. En una segunda fase, se

realizó una revisión bibliográfica respecto a migración, refugio y trabajo clínico en las corrientes psicoanalítica y sistémica, en el contexto nacional e internacional. Por último, en una tercera fase se organizó la reflexión y las sistematizaciones de cada reunión, con el objeto de articular un texto de autoría colectiva.

Coordenadas subjetivas en el desplazamiento migratorio

En su trabajo sobre migración argelina a Francia, Sayad (1998) propone una definición de la lógica del movimiento migratorio en las coordenadas del espacio y del tiempo. Espacialmente, la migración es un desplazamiento que implica el dislocamiento de personas en el espacio, físico, social, económico, político y cultural. Temporalmente, la migración constituye un estado provisorio (de derecho), aun cuando en los hechos se extienda por tiempo indefinido, al igual que la idea de retorno que toma un estatuto de “mito”, en tanto se tiene la idea de volver, pero esta se va posponiendo en el tiempo. Entre estas coordenadas de provisoriedad y dislocamiento, muchas veces el sujeto queda en conflicto con su propio proyecto migratorio. Como señala Sayad “en las paradojas de la alteridad” (1998).

Una de las aristas que se problematiza en el recorrido migratorio es la pregunta por la pertenencia y la identidad. Como señala Bleichmar (2010), las identidades son puntos nodales de identificación con los modos sociales e históricos de producción de sujetos, que se traducen en “coagulaciones discursivas” de lo que soy (o debo ser) y lo que no soy. Los referentes de identificación remiten al Ideal del yo (Laplanche & Pontalis, 1996), es decir, a la instancia de articulación entre los ideales culturales, asumidos y experimentados como propios. De modo que en la experiencia de

dislocación, algunos de los referentes de identificación sociales y culturales se dislocarán para el sujeto que migra.

De manera tal que, la dislocación de aquello que naturalmente se consideraba como “propio”: nacionalidad, género o clase, podría experimentarse como amenaza a la coherencia, totalidad y continuidad del yo. Una modalidad defensiva son los repliegues identitario hacia lo que se ha fijado como “lo originario”, por ejemplo, hacia la identidad nacional del país de procedencia, que constituye una imagen total al servicio de la constitución de un “nosotros”. Al mismo tiempo, dicho “nosotros” se identifica en la sociedad de llegada como otro, “inmigrante”, en un “discurso identificante” (Aulagnier 1997, 2003) que lo ubica en un cierto lugar social como etnificado, precarizado o “naturalmente” apto para realizar cierto tipo de trabajos y otros no.

Así, se puede decir que en el trayecto de desplazamiento migratorio operan fijaciones, dislocaciones identitarias y reconfiguraciones subjetivas, que muchas veces abren al sujeto a pensarse en la dimensión del afuera, con respecto a otros y a sí mismo. En otras ocasiones, estas reconfiguraciones producen pertenencias paradójales, en las que a través de su extranjería, el sujeto se incluye y se excluye a la vez (Venturini, 2006). Estas pertenencias resultan problemáticas respecto del mandato cultural del Estado-nación, según el cual los sujetos están referidos a un solo lugar de pertenencia.

Estas consideraciones implican mantener una escucha clínica a los malestares y sufrimientos de quienes se encuentran en el recorrido migratorio, tensionando las coordenadas del desplazamiento y provisoriedad. Este es un recorrido abierto y un espacio de indeterminación de los derroteros que pueda tomar, de manera que demanda una escucha clínica que no se centre en los supuestos y sobre-entendidos sociales de la figura del inmigrante, sino que entre al universo social, cultural y psíquico de cada caso.

Puntos críticos de la clínica con pacientes migrantes en situación de refugio

Desde la experiencia del equipo de AMIR, se han identificado nudos críticos en la atención de pacientes en situación de refugio en Chile. Un primer elemento crítico que se pone de manifiesto al atender a pacientes inmigrantes y refugiados, corresponde al uso de la lengua y las palabras. A pesar de que la escucha se realiza con pacientes de habla hispana, la diferencia en el uso de las palabras hace que los significados sean interrogados, aclarados y en algunos casos negociados (Becerra & Altimit, 2013). En la situación clínica, muchas veces el no entender lo que el migrante dice o quiere decir provoca ansiedad en el terapeuta, siendo necesario que este sostenga la tensión entre la posición del sujeto que (supuestamente) sabe y el no entender exactamente lo que dicen las palabras del paciente. Lo anterior implica no adelantarse a tratar de entender lo más rápido posible los sentidos y significaciones de su discurso. Esto permitirá ir entrando en su universo de significaciones y sentidos, así como en las sonoridades de sus palabras: entonaciones, modulaciones y ritmicidad. De manera que en la indagación y escucha atenta a las diferencias en el uso de las palabras, se irá accediendo al universo significante del otro.

Respecto al ámbito de las diferencias culturales, que se ponen en juego tanto en las maneras de decir y usar las palabras, como en las costumbres y valores, es importante considerar que no todo lo que le ocurre al paciente migrante tiene una determinación cultural. En el contexto de atención en salud mental al inmigrante, se tiende a culturizar los padecimientos, malestares y sufrimientos psíquicos, toda vez que se los identifica y sobresignifica culturalmente; en una cierta atribución nacional de la etiología de los síntomas (Brigidi, 2009). Lo anterior, muchas veces obtura que el clínico analice sus propios valores, costumbres e ideas preconcebidas que se ponen en

juego, las cuales en ocasiones pueden constituir un obstáculo en la escucha al otro. Es importante dar espacio a estos aspectos tanto en el equipo de trabajo como en el dispositivo de supervisión, con el propósito de no llegar a actuarlos en transferencia con el paciente.

Un segundo nudo crítico tiene que ver con la situación social y económica de precariedad que experimentan en el país de destino, algunos de los pacientes migrantes laborales y refugiados: dificultades para legalizar sus documentos profesionales, difícil acceso a fuentes laborales y a vivienda, etc. Se debe considerar que en el caso del refugio, las personas emigran de su país por causas que los llevan a salir de manera abrupta, relacionadas con amenazas o peligro inminente de su integridad o la de sus familiares. En muchas situaciones, han tenido que dejar a sus familiares en sus países, viajando solos o solas a Chile, lo cual genera angustia, miedo y culpa por la vida e integridad de aquellos que se quedaron en el país de expulsión. Así también, pueden haber sido sometidos a situaciones de peligro en el recorrido desde el país de salida. Al respecto, Gonsalves (1992) señala que un nivel mayor de estrés durante el viaje al nuevo país predice mayores riesgos en el asentamiento de estos pacientes.

La precariedad social y económica que enfrentan inmigrantes y refugiados en el país de acogida, los lleva a centrarse en la resolución de esas carencias, dejando de lado, en muchas ocasiones, la preocupación por su salud mental. Desde la experiencia del equipo de AMIR, se ha observado que estas condiciones precarias pueden generar sintomatología en los pacientes refugiados. Al mismo tiempo, las carencias que experimentan los consultantes, a veces los llevan a hacer demandas que superan los límites del encuadre psicoterapéutico, frente a lo cual el equipo los deriva a otras instituciones que brinden asesoría legal o de acceso a necesidades de vida práctica.

Un tercer nudo crítico de la atención a refugiados tiene relación con el hecho de que la mayoría cuenta con pocas o nulas redes de contacto y apoyo, o que la misma red se vuelve una posible amenaza para ellos. Algunos pacientes relatan que prefieren no vincularse con compatriotas por temor a reproducir situaciones de violencia de su país de origen, o por desconfianza a que sean parte de las redes organizadas que los obligaron a salir del país, y que los habrían seguido hasta Chile.

Lo anterior tiene varias repercusiones en la instalación de la transferencia, entendida como la condición necesaria para llevar a cabo los tratamientos (Laplanche & Pontalis, 1996). Por una parte, al tener pocos vínculos en su vida en Chile, para algunos pacientes la relación psicoterapéutica constituye una de las únicas relaciones y espacios de contacto social, generando muchas veces una relación transferencial intensa. A la vez, las expectativas respecto a la relación psicoterapéutica pueden superar las posibilidades del contexto de trabajo clínico, demandando, por ejemplo, una relación de amistad.

La vulneración de derechos y situaciones de violencia social experimentada por las personas en condición de refugio, hace surgir la desconfianza en las personas y en las instituciones, lo que puede constituir un obstáculo en la instalación de la transferencia. Sin embargo, verbalizar esta desconfianza puede proveer de material de trabajo clínico que permita la elaboración de los efectos psíquicos del poder y la violencia. De esta manera, la construcción de un lazo transferencial de confianza, puede tomar más tiempo de lo esperado, y por tanto, es importante no dar por sentado que se ha establecido una transferencia de trabajo clínico antes de tiempo.

Para los clínicos, la desconfianza en el vínculo genera en ocasiones, vacilaciones e interrogaciones respecto al estatuto del relato del paciente sobre la situación que motivó el refugio. Lo anterior, puede desplegarse tanto en el sentido del engaño que

lleva a dudar sobre la veracidad de los hechos relatados; como de la manifestación de una fantasía persecutoria, lo que propicia el sobre diagnóstico de paranoia en los pacientes.

A partir de lo anterior, creemos que los procesos de psicoterapia van avanzando en la medida en que la transferencia se instala y las necesidades de vida práctica se han satisfecho mínimamente (trabajo, domicilio, salud, educación, etc.). Las condiciones del presente van dejando paso al relato de experiencias y conflictos anteriores a la emigración, que fueron suprimidos inicialmente dentro de la experiencia de refugio (Gonsalves, 1992). Muchas veces, estos conflictos se han reactivado o elicitado en el trayecto migratorio, pudiendo ser pensados y elaborados por el paciente con posterioridad a la salida de su país, en situación de premura.

A modo de conclusión

La perspectiva de trabajo clínico de AMIR se funda en la premisa que los malestares, síntomas y sufrimientos de los migrantes no se reducen sólo a una etiología cultural, sino al entramado de dimensiones socioculturales, políticas y psíquicas que componen su subjetividad. Nuestra perspectiva de atención propone sostener una posición y escucha clínica que da lugar a la angustia que surge de no entender en un momento inicial. Lo anterior permite que el terapeuta pueda entrar al mundo de sonoridades y significaciones del paciente, para interpretar, intervenir, construir, o subrayar respecto de su malestar y sufrimiento por medio de sus palabras.

En esta posición, se presta atención también a las valoraciones, significaciones e ideas preconcebidas del terapeuta respecto al otro extranjero, lo que es necesario tramitar en el dispositivo de supervisión clínica, con el propósito de no hacerlo operar

en la transferencia como una defensa del analista. También se identifican los límites del encuadre terapéutico, lo cual lleva al trabajo en red con otras instituciones para solucionar problemas que se puede presentar en la vida práctica del paciente en el proceso de asentamiento migratorio.

Proponemos que la experiencia migratoria no necesariamente causa un trauma psíquico, sino que su carácter dependerá de las condiciones en que esta se ha realizado. En este contexto, la clínica no debiera orientar al sujeto a la asimilación ni a la aculturación, sino a la reconstitución de la confianza en el otro a través de la palabra, para la instalación de la transferencia, acompañándolo en los derroteros de su trayecto, abriendo espacio subjetivo a aquello que es del orden de la creatividad y de lo nuevo.

Referencias

- Becerra M. & Altimir A. (2013). Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De familias y Terapia*, 35, 101-118.
- Brigidi, S. (2009). *Políticas públicas de Salud Mental y Migración Latina en Barcelona y Génova* (Tesis doctoral). Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España
- Gonsalves, C. (1992). Psychological Stages of the Refugee Process: A Model for Therapeutic Interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (5), 382-389.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- MIDESO. (2016). Casen 2015. Inmigrante: Principales resultados (Versión Extendida). Recuperado em 24 de octubre, 2017 de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen->

multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTE
NDIDA_publicada.pdf.

Rojas, N. & Silva, C. (2016). *La migración en Chile: Breve reporte y caracterización. Informe Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo (OBIMID)*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Sayad, A. (1998). *A imigracao ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Edusp.

Venturini, S. (2006). "La emergencia del sujeto en la migración". *Aesthetika*, 2(2), 62-68.

Submissão: 27/10/2017

Última revisão: 16/11/2017

Aceite final: 24/11/2017