

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN EL RETORNADO

Yolanda Muñoz

Psiquiatra

CINTRAS

¿Cuáles son las tareas del proceso de exilio-retorno mirado desde la salud mental?

Podemos señalarlas desde los niveles en que podrían elaborarse, por ejemplo: preventivo (primario, secundario o terciario); o desde los focos de atención (individual, familiar, social), etc. En cualquier nivel estaremos haciendo acciones que en un sentido amplio podemos señalar como "psicoterapéuticas" o "acciones de salud mental".

Nos centraremos en el concepto de psicoterapia, que dice relación con el proceso de elaboración personal, de toma de conciencia intrapsíquica basada en la relación profesional. El terapeuta usa la interacción como modelo relacional, es un acompañante en el camino de la reparación.

Las técnicas que utiliza podrán variar según el modelo teórico que sustente; pero el utilizado en CINTRAS es multifocal, flexible, no ortodoxo.

Dijimos que la reinserción no es una enfermedad, sino un proceso que puede llegar a ser defectuoso o disfuncional y solamente entonces pensamos en una aproximación psicoterapéutica en sus diversas formas.

Si seguimos las tres etapas que establecimos antes en el proceso de reinserción, vemos que a los retornados de la primera etapa no los podemos considerar "enfermos"; sin embargo, dada la complejidad de la inserción, podemos ofrecer un plan de salud mental preventivo, justamente para que no lleguen a psiquiatrizarse.

Muchas de las personas recién llegadas que consultan no saben por qué los envían a

CINTRAS; aceptan gustosas la ayuda que se les ofrece, porque la condición de un retornado crea un estado emocional peculiar: es frágil y vulnerable y las condiciones de vida son difíciles.

Es como entrar a un mundo que es y no es el suyo, conocido y desconocido a la vez. De la misma manera que él es y no es el mismo que su familia y amigos conocieran años atrás.

Ilustraremos con el caso de una retornada que no llevaba más de un mes en el país cuando nos consultó:

María: Mujer de 50 años, 15 años de exilio en Argentina, sale de Chile con 2 hijos menores. Hasta 1973 ella vive con estabilidad laboral y económica, trabaja con un cargo de planta en su oficio en la Universidad de Chile. Tiene participación política activa en su centro de trabajo de donde es exonerada en 1973.

Sufre de un seguimiento cada vez más intenso, por lo que sale del país. No sin dificultad logra estabilizarse laboral y económicamente en el país de acogida. Ella y sus dos hijos pasan todas las vicisitudes del exilio. Cuando éstos crecen, uno de ellos regresa solo a Chile; el otro vuelve casado.

Al salir el decreto de fin del exilio, aún en dictadura, María regresa a Chile, "sin pensarlo mucho". La acoge su hijo soltero en un pequeño departamentito desprovisto de muebles. Una antigua amiga le presta dos colchones y duermen en el suelo; se consiguen de igual forma una mesa y dos sillas.

Su hijo tiene trabajos esporádicos, lo que significa una gran inestabilidad económica. María dice: "Sabía que venía a esto, pero aún así me cuesta tolerarlo. Pero no es lo que más me inquieta, lo peor es el miedo que siento, la inseguridad cuando salgo a la calle; en la casa es donde me siento más segura, y por eso salgo sólo a lo más necesario. En la tarde me pongo intranquila, angustiada y me cuesta dormirme". "Cuando salgo y camino más o menos dos cuadras, me viene el miedo y la angustia, pienso que me puedo desmayar y me angustio más. Pienso que si me desmayo, nadie me conoce y yo ya casi no conozco a nadie". "Lo que más deseo y necesito es encontrar trabajo".

¿Qué hicimos con María?

- Lo primero fue crear un ambiente de confianza basado en la afinidad o compromiso político entre ella y el terapeuta, más aún coincidiendo que éste era también retornado, lo que facilitó la comunicación.

- Le explicamos que no la considerábamos enferma, sino una persona que vive una situación límite prolongada, refiriéndonos así al exilio y retorno. Hace catarsis del exilio-retorno.

- Cualquier persona sometida a un stress prolongado tiene reacciones de miedo, ansiedad, depresión, disfunciones somáticas menores, que pasarán en la medida que vaya solucionando su ajuste material y emocional.

- Le duele y se queja de incompreensión de "los que se quedaron". Se le pide comprenderlos y también comprenderse ella misma, en base a la distorsión de imágenes de "los que se fueron" y de "los que se quedaron", tan manipulada por la dictadura.

- Frente al sentimiento de soledad se le invita a establecer y aceptar los contactos sociales incluso con antiguos amigos o familiares que apoyaron o ignoraron la dictadura.

- Se le pide que observe, que mire, que conozca, que perciba y ojala se percate de sus juicios críticos, porque seguramente ella no comprende a "los que se quedaron".

- El aislamiento le impedirá conocer el campo laboral, y debe conocerlo para orientar su búsqueda.

- Frente a sus angustias y miedo a desmayarse, se le pide no luchar por evitar tener angustia o miedo; que acepte o se deje atravesar por sus emociones, pero con actitud desafiante, que no la paralicen: "Hago lo que tengo que hacer con o sin angustia o miedo".

- Al mismo tiempo recibe ayuda económica de las organizaciones solidarias y puede adquirir los muebles más necesarios.

- Progresivamente va haciendo vida de relaciones más intensa, sale con más soltura y activamente busca trabajo.

- Casi espontáneamente se da de alta, dice "ya sé cómo actuar y cómo llevar mi vida con antiguos y nuevos amigos".

COMENTARIO

Creemos que María vivía realmente una situación límite y no una crisis. Sus reacciones emocionales no llegaron al límite del síntoma. No se usaron medicamentos ansiolíticos ni hipnóticos.

Pensamos que si bien se discutieron algunos conceptos como "distorsión de imágenes" y

otros, lo fundamental fue la relación con su terapeuta, involucrado políticamente, y el no calificarla de enferma.

Se deduce así que la acción psicoterapéutica debe ser multifacética. La psicoterapia en sí apuntará a la zona o nivel que se presenta más dañado. Tiene que ser muy flexible. No es posible usar un esquema rígido, sino más bien se debe recurrir a los muchos elementos de cualquier técnica útil para cada caso.

La experiencia nos ha demostrado que las terapias breves y la terapia de crisis son las que mayores resultados han dado.

En conclusión, la psicoterapia del retorno escapa a los esquemas clásicos con los que hemos trabajado habitualmente; por ello "hemos hecho camino al andar". Tal vez, porque en el país nunca antes nos habíamos abocado a la represión política, y entre sus formas la más masiva es el exilio-retorno.

En cada consultante no podemos dejar de considerar algunos aspectos:

1. El individuo:

- La edad. No es lo mismo salir o volver niño, adolescente o adulto.
- Características de su exilio. No es lo mismo vivir 5, 10 ó 15 años de exilio; no es lo mismo vivir en un país socialista o capitalista, de Europa o de América Latina; no es lo mismo salir o volver solo o casado, etc.
- Cómo y por qué vive así la experiencia del retorno. Durante el proceso terapéutico se intenta llegar a niveles comprensivo-dinámicos conectando sus respuestas actuales con el resto de su biografía y su anterior estilo defensivo. En el retornado la biografía no es un continuo. Esta es atravesada por el evento traumático que desvía su dirección vital, por lo menos en dos momentos: cuando sale al exilio y cuando retorna.

Como ya se dijo, la ruptura y reconstrucción de la red social, el rescate de su identidad, son momentos que siempre serán conflictivos y a veces dramáticos. Siendo estos aspectos los centrales de la reinserción, son prácticamente sobrepasados por la situación económico-laboral, constituyéndose un círculo vicioso que es necesario romper. Al carecer de una red social se aísla, y un ser solitario que busca trabajo está destinado al fracaso.

2. **Características personales:** estructura de personalidad, patología de base si la hay, grado de vulnerabilidad, etc.

Así como se hacen evidentes o se acentúan rasgos de carácter que se transforman en conflictivos, de la misma manera se apoyan características positivas. Llegar a un equilibrio armónico, seguramente a un nuevo equilibrio y no al que tenía antes, es uno de los objetivos de la psicoterapia.

3. **Red Social:** ¿Cómo se estructura su red social?

- Nivel individual: incorporación en las medidas preventivas de salud mental para disminuir su fragilidad.

- Nivel familiar: conocer su historia familiar antes, durante y después del exilio; su situación familiar al retorno, si vive solo, casado, separado, etc.

- Nivel social: explorar círculo de amigos, familiares cercanos y lejanos.

- Nivel laboral: considerar posibilidades de insertarse en su oficio o en lo suyo.

- Nivel político: posibilidad de reinserción en su antiguo proyecto político. En este nivel tenemos la impresión que el desenlace de este proceso "psicoterapéutico" culmina con el reintegro a su antiguo proyecto socio-político, no en términos partidistas sino como compromiso activo frente a la justicia social, los derechos humanos, etc. Es como que ha quemado todas las etapas de reinserción, las elabora. Llega a una armonía consigo mismo y su entorno, en paz con su conciencia y su alma, que le permite retomar su proyecto político y adaptarse a las nuevas exigencias que su proyecto le pide. En estas condiciones, el reinicio de su actividad política puede favorecer el equilibrio de su salud mental.

Pero, nos ha llamado la atención que cuando este fenómeno se produce precozmente (recién llegado), antes de elaborar las etapas propias del proceso de reinserción, pareciera una respuesta defensiva (negación) frente a las dificultades que no supera. La necesidad de contacto y pertenencia es tan fuerte frente a la nueva realidad, que coge o pretende coger tan solo de una mirada que lo lleva a precipitarse en el proyecto político; a actuar "individualmente", con la consiguiente frustración y decepción. Queremos decir con esto que intercepta y reacciona en forma incongruente respecto a las conductas que sus compañeros emiten por protección y vivencia real de la situación represiva en el país.

Presentado en el II Seminario de la Región del Maule, Linares, 16 al 19 de enero de 1991 y publicado en el libro “ Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional” . Colección CINTRAS. p. 123-132.