

ESCUCHANDO EL HORROR. SOBRE LA ASISTENCIA A REFUGIADOS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Lourdes Berdasco

El drama de los refugiados y sus asistencia en el Reino Unido

En febrero del 2012 el *Refugee Council* informó que a lo largo de 2011 se realizaron 19.804 solicitudes (no incluye a los que son dependientes) de asilo en el Reino Unido. Durante el mismo periodo *Freedom from Torture* (FfT)¹ recibió 1.546 derivaciones –casos–, solicitando ayuda para personas procedentes de 86 países diferentes entre los que destacan Irán, con un elevado número de derivaciones (267), Sri Lanka (233), Afganistán (108) y República Democrática de Congo (90). De las 1546 derivaciones, 1042 corresponden a hombres, 411 mujeres y 93 a niños. En efecto, una amplia mayoría de las derivaciones de países como Irán y Sri Lanka son hombres: 75% en ambos casos. Asimismo, el 67% de las de Afganistán corresponden a hombres jóvenes en edades comprendidas entre los 18 y 34 años. Del análisis de género de las derivaciones procedentes de la República Democrática del Congo se obtiene un balance más equitativo, correspondiendo el 24% a hombres y el 19% a mujeres en edades comprendidas entre los 25 y los 34 años. Del mismo modo, los métodos de tortura y violencia también varían de un país a otro. Los más frecuentes incluyen violencia sexual, electro-shock, colgamientos y quemaduras.

Peel (2004) indica que en el año 2003 se calculaba que alrededor de un 40% de las derivaciones eran mujeres y que en su gran mayoría habían sido violadas. También que un 5% de hombres había sufrido violación, aunque se sospecha que el porcentaje es más elevado, ya que a los hombres les cuesta más revelar esta información.

¹ Para mas información véase www.freedomfromtorture.org

Freedom from Torture (FfT), hasta muy recientemente conocida como *Medical Foundation*, es una organización de derechos humanos. Ofrece tratamiento psicológico/psicoterapéutico, médico, legal y asistencia social a refugiados y asilados políticos que han sufrido persecución y tortura por motivos de guerra y conflicto, o por pertenecer a una etnia concreta, o por razón de sus creencias religiosas, políticas y/o de ideología. Muchos de los refugiados y asilados que asistimos han estado en prisión y han sido víctimas de violencias y atrocidades. Esta organización documenta los casos de tortura en el mundo y forma parte de un Comité contra de la tortura².

Debido a las experiencias extremadamente traumáticas sufridas por los refugiados y asilados políticos, se considera muy importante responder con rapidez a la atención de sus necesidades. El proceso, una vez recibidas las derivaciones de los casos desde que son enviadas por diferentes profesionales clínicos y legales, se inicia con las reuniones semanales de los coordinadores de los equipos clínicos que distribuyen las derivaciones a los equipos pertinentes, para que se pueda llevar a cabo su valoración y posteriormente el tratamiento. El criterio de aceptación se restringe a las personas que han sufrido tortura/violencia. No obstante, este criterio es más amplio en el caso de personas jóvenes, ya que se tiene en cuenta el impacto que supone ser observadores de hechos de violencia extrema. La organización ofrece tratamiento holístico de manera que, una vez aceptados para ser tratados terapéuticamente, se utilizan los diversos recursos que ofrece la organización, según la ayuda necesitada. Son cuatro los equipos multidisciplinarios que componen la organización en su aspecto clínico. Las ideas en este artículo reflejan las de uno de ellos, el *Children Young People and Family Team*. Se ofrece tratamiento a parejas, familias (entendidas en su sentido más amplio) y a menores no acompañados.

Children Young People and Family Team es un equipo multidisciplinar y especializado formado por psicoterapeutas familiares con formación en psicología clínica y psiquiatra infantil; hay también pediatras, asistentes sociales, especialistas de la educación y terapeutas de arte y música. El equipo aplica modelos de orientación sistémica y

² La organización *Fft* documenta casos de tortura en todo el mundo y en el presente esta contribuyendo para que haya una valoración a los debates sobre el derecho a la rehabilitación del artículo 14 (Convención de las Naciones Unidas en contra de la Tortura). El equipo esta formado por un grupo de profesionales clínicos y abogados.

psicodinámica.

Se ofrecen tratamientos individuales, seis tipos diferentes de terapias de grupo que incluyen grupos a menores no acompañados y también grupos para adultos. Otros recursos disponibles servirán para complementar la terapia, integrándose consultas legales especializadas en gente joven; también hay un programa de coordinación (llamado *befriending*) formado por un grupo de voluntarios para atender las necesidades de los jóvenes no acompañados. Así pues, se intenta integrar la atención a las necesidades físicas, psicológicas, educacionales y sociales.

En el equipo se atienden las necesidades de la familia en su conjunto e individualmente. Se evalúa el tipo de intervención clínica que necesita cada caso, la intensidad de los traumas sufridos y el impacto que han tenido en la persona. Las intervenciones terapéuticas serán sostenidas por el equipo, para evitar la escisión (*splitting*) y la fragmentación.

El proceso inicial comprende varias sesiones de evaluación hasta que se llega a un acuerdo-contrato mutuo para poder iniciar la terapia. La duración del tratamiento puede variar desde un año a cinco o más años o incluso más.

Siempre se tiene en cuenta las diferencias culturales en su manifestación del dolor y la pérdida así como el significado personal que las personas atribuyen a su experiencia traumática. Se utilizan interpretes en los casos que es necesario.

FfT también solicita la cooperación de los Servicios Sociales, Salud Pública, (hospitales; departamentos neurológicos, ortopédicos, etc.) y la Cruz Roja (que juega un rol importante en la búsqueda de familiares). Asimismo, se organizan reuniones, con otras organizaciones que se dedican a la atención del refugiado. El equipo también ofrece consultas clínicas y formación nacional e internacional.

Reflexiones generales sobre la violencia

La *violencia/violación* política es una experiencia teñida e impregnada por la deshumanización, el desamparo, el desarraigo y la pérdida de lo más propio: la familia, la

cultura, la lengua, la música, el paisaje. Esencialmente es un modo de ultrajar a la vida.

La violencia es sumamente compleja y abarca numerosas variantes. Cabe mencionar:

- 1.- La violencia psicológica y física produce un dolor que perdura y se internaliza dejando secuelas psíquicas y físicas. Es un miedo que permanece presente durante mucho tiempo resurgiendo ante situaciones que evocan los sucesos traumáticos. Las experiencias previas y los recursos de cada individuo condicionarán la intensidad y extensión de los daños. La relación con la experiencia de dolor cambia con el tiempo.
- 2.- En los casos en los que alguien es testigo de violencia política, puede sentirse cómplice por no haber podido responder, rescatar y ayudar a la víctima, permaneciendo como observador o testigo.
- 3.- En casos como el de los “niños soldados”, a menudo se convierten en victimarios además de ser víctimas, por haber sido forzados a violar y a matar.
- 4.- Las experiencias de violación tendrán diferentes consecuencias y ramificaciones dependiendo de una multitud de factores: edad, cultura, religión, sexualidad, género, incapacidad psíquica o física, grupo étnico. No hace falta decir que el contexto donde sucede la violencia y la respuesta del medio tienen una influencia significativa.

Verbalizando y escuchando la experiencia del horror

En nuestro trabajo terapéutico es importante dar testimonio de lo que escuchamos:

–“Es como si me dijeran: mira, ya eres una paloma y ahora ya puedes volar: vuela, vuela, ya no estás en una jaula. Pero no puedo volar por que siento que me han cortado las alas.”

–“Ya no sé quien soy: me siento como un gusano.”

–“En mi país tenía una identidad, me encantaba ir a la universidad...; ahora siento que ando sin brújula...”

–“Siento que no soy nadie: he perdido la identidad.”

El terapeuta debe, desde el primer momento, ofrecer seguridad, confianza y contención en la relación asistencial. Esto es indispensable siempre pero, sobre todo, en las etapas iniciales, ya que la sensación de desconfianza, además de las de deshonra y traición por las experiencias sufridas, es sentida muy profundamente. Este delicado proceso de conexión (*engagement*) puede durar varias sesiones. Se trata de facilitar un proceso en el que las experiencias puedan ser reconocidas y aceptadas de una manera contenida (Raphaely, 2010).

Desde el primer momento las personas y las familias son escuchadas en la narración de su peripecia vital, en su extrema complejidad, desde sus países de origen.

El terapeuta, tiene que exponer muy claramente que pueden verbalizar las experiencias traumáticas que han sufrido a su propio ritmo, de acuerdo con sus necesidades y que esto puede llevarles tiempo.

Los relatos pueden ser como las siguientes:

“Estaba yo un día en mi casa cuando los soldados llegaron, porque sospechaban que mi padre era uno de los rebeldes... Me ataron y yo no me pude defender... Tampoco a los demás... Y entonces violaron a mi madre sin que yo le pudiera proteger y mataron a mi padre... Luego me llevaron a un campo de refugiados y me violaron y me convertí en una esclava sexual durante un mes... A través de un amigo de mi padre, pude salir de ese campo y pude viajar y pedir asilo político.”

“Estaba en casa y, de repente, los soldados entraron por la parte de atrás y me violaron... No pude defenderme. Perdí el conocimiento... He sido la única superviviente en mi familia...”

“Los soldados irrumpieron en la casa. Mi marido no estaba. Yo estaba con mis hijos y me violaron... Pero creo que mis hijos no vieron nada...”

“El médico me dijo que una vez en el Reino Unido tenía que decirle a mi marido lo que me había pasado... Yo dudaba pero al final se lo dije. Ahora mi marido trata a mi hijo

diferente que a los otros hijos, ya que siente que no es su hijo”.

Como indica (Mann, 2010), hay una gran resistencia a recordar las experiencias traumáticas por los sentimientos intolerables que se producen³ (Herman,1992). Durante el tratamiento iremos observando como estas experiencias externas tan desgarradoras han marcado su mundo interno.

En las fases iniciales se habla poco, los recuerdos no se pueden narrar, produciéndose en forma de imágenes y sensaciones repetitivas y viscerales. En fases posteriores los sentimientos irán aflorando progresivamente a medida que avanza el relato y se decanta la lucha entre el recuerdo y el olvido. El terapeuta tendrá que ser cuidadoso y sutil para ofrecer el suficiente tiempo antes de finalizar la sesión de manera que la persona pueda salir de la situación de revivir el trauma y vuelva a su presente actual. La disociación es el mecanismo de defensa más habitual para el manejo de las experiencias traumáticas, aunque no el único. En muchos casos los recuerdos solo pueden ser expresados en la sesión como *flash back*. El terapeuta trata de ayudar para que se puedan describir los sentimientos y el dolor intolerable que se siente. El dolor emocional es sentido psíquica y físicamente. Es frecuente oír frases como: “me duele la cabeza”, u otras quejas de dolores que se actualizan con los recuerdos. El terapeuta debe tratar de reconocer desde el inicio la presencia de procesos de transferencia y contratransferencia. Psicoterapeutas como (Flaskas,1996) integran la riqueza de estos conceptos en la terapia relacional-psicodinámica. Tomm (1998), por su parte, alude también a la “reflexividad del yo”. Elefthediarou (2010) habla de la importancia de explorar la experiencia emocional en relación a la cultura, y la manera en que las diferentes procedencias raciales tienen un efecto en estos mecanismos relacionales.

Los profesionales que están expuestos a escuchar y tratar la violencia, tendrán que prestar atención a las reflexiones del equipo en las presentaciones clínicas y las supervisiones individuales y en grupo. Constituye una responsabilidad ética (Sextos, 1999)

³ El revivir una experiencia traumática, a través de memorias, sueños o acciones, conlleva la misma intensidad que el suceso inicial. El superviviente se siente en el máximo terror, ya que estas emociones son cualitativamente diferentes al miedo normal y superan la capacidad de poder manejar sentimientos (Herman, 1992).

recibir supervisión y consultas regularmente. Lo contrario puede conducir a “una traumatización del asistente” o un *Síndrome de burn-out*.

El caso de las madres víctimas de violación

Me referiré ahora al caso especial de las madres que son objeto de violación. Tanto a las madres como a sus hijos se les ve desconsolados. Las entrevistas son interrumpidas bien por el llanto de la madre, bien porque el niño no cesa de llorar. Observamos que las miradas entre madre e hijo (generalmente del bebé varón) son fugaces. Cuando las miradas se entrecruzan, las madres luchan por encontrar un lenguaje que les puede ayudar a sintonizar con sus hijos, a consolarse a sí mismas y a ellos, y se pueden oír comentarios como: “estoy intentando dar de mamar todo el tiempo”. Uno de los primeros problemas que se le plantean al terapeuta es cómo ayudar a contener la impotencia que siente la madre y que transmite al terapeuta: “es como si el bebé no quisiera mi leche”, “me siento vampirizada”, “no para de mamar y no me gusta”.

Winnicott (1988) hace referencia a la capacidad y al deseo de la madre de sostener al bebé. Esta capacidad y este deseo se pierden o se cargan de ambivalencia cuando la madre ha concebido un hijo a través de una violación, a la que se suman otras múltiples experiencias violentas.

Las madres cuentan que la noche se hace muy larga y difícil y que es sumamente angustioso soportar el lloro del bebé, que el bebé no se calma, que las angustias del niño y las propias se hacen insoportables, inconsolables.

La sensación de miedo es insuperable, y no sólo por la noche. Durante el día sienten miedo si ven a un hombre por la calle. Como si cualquier hombre pudiera cometer un acto de violencia; como si cualquiera pudiera convertirse en un potencial violador; como si, de alguna manera, pudieran ser identificadas cuando son observadas por la gente: “han sufrido una violación”. Como si estuviera escrito en la frente: “he sido violada”. Es una vivencia de persecución constante.

La imagen del torturador y violador está tan presente en la mente de la madre que el

niño se convierte en la persona adulta que ha cometido la violencia hacia la madre. Mira a su hijo y escucha su llanto como si no fuera su hijo, como si fuera la persona que la ha violado. “Me violaron tantas veces...”, pueden decir. Y a pesar de que las madres esperan un cambio con la ayuda de la terapia, tanto las madres como el terapeuta son conscientes del esfuerzo y del tiempo que se necesitará para poder sobrellevar traumas de tal magnitud.

El terapeuta tendrá que atender, analizar y generar un diálogo, así como escuchar lo que puede ser inenarrable dado el profundo dolor, desamparo e impotencia que la madre siente al oír el llanto del bebé. Uno no puede excluir la posibilidad de que el bebé tenga simplemente hambre, u otras necesidades, pero una vez excluidas estas posibilidades, la terapeuta, explorará tentativamente con la madre, la profunda identificación que quizá la madre siente hacia su hijo: con el llanto del hijo escucha su propio llanto, su propia desesperación, como si fuera ella el bebé que se encuentra en ese estado de desconsuelo, abandono, y como si el llanto simbolizara el abandono sentido cuando su cuerpo ha sido invadido, violado, envenenado y la impotencia sentida en esas experiencias traumáticas se repitiera. Es como si a través del llanto la madre reviviera su experiencia, se diera una re-traumatización a través del llanto desesperado del bebé.

Lo que la madre transmite al terapeuta con su llanto es de una intensidad enorme, pero le da una oportunidad única y especial para contenerla, a la vez que comprender las experiencias traumáticas.

La trayectoria del viaje psicoterapéutico continuará por un tiempo largo. La terapeuta va accediendo al inconsciente, a su mundo interno, pero el mundo externo permanece inseguro ya que un rechazo o varios rechazos de asilo político puede generar una nueva situación de inestabilidad, lo cual representará una regresión, un retroceso a situaciones de gran vulnerabilidad.

En otras situaciones, las madres pueden recurrir a inflingirse daño a si mismas, a su propio cuerpo o tomando una sobredosis de fármacos.

Cuando la violación y pérdida de la virginidad son simultáneas el trauma es más profundo, sobre todo en adolescentes. El terapeuta tendrá que reconectar el yo fragmentado (Woodcock 2001) de superviviente. Cuando se piensa en situaciones de

trauma y terror, la persona vive y revive el trauma una y otra vez y, como apunta Mann (2010), hay una necesidad de amputar esa experiencia de la mente: “a veces me tiro de los pelos”, “no puedo evitarlo”.

A través del tiempo, las madres dan voz a los terribles y difíciles pensamientos que sienten sobre sus hijos y podrán formular el dilema que sienten entre aceptarlos y rechazarlos, así como su miedo acerca del un futuro. ¿Cómo explicar a sus hijos lo que les ha sucedido? ¿Qué les podrán decir cuando pregunten “quién es mi padre”? Esta pregunta está cargada de emotividad y remite al recuerdo constante del violador y de las experiencias de violencia vividas y observadas.

Frecuentemente las madres que han sufrido experiencias traumáticas de violencia tienen sueños recurrentes acerca de sus familiares que podemos utilizar en la terapia. En algunos casos (no siempre), estos sueños pueden utilizarse para establecer nuevos diálogos sobre posibles conversaciones sanadoras y reconfortantes con figuras o figura de apego que han fallecido.

Hay situaciones en la terapia que conducen a responder de una manera intuitiva y arriesgada. En alguna ocasión hemos tenido que representar a través de un objeto (como un muñeco) lo que entendíamos que estaba pasando entre madre e hijo. Explicábamos así el rechazo que la madre siente hacia el hijo y que ésta no ha podido llegar a verbalizar.

Durante un tiempo, la atención del terapeuta se centrará exclusivamente en la madre. El psicoterapeuta procurará los recursos que sean necesarios para que la madre se sienta más contenida. En muchos casos los Servicios Sociales tendrán que intervenir para que el hijo pueda ser atendido temporalmente por una familia adoptiva, hasta que se considere que la madre pueda hacerse cargo de nuevo de él. Una vez el hijo ha regresado, se le ofrecen a la madre servicios de apoyo en el hogar, así como diferentes grupos educativos de aprendizaje para padres.

El proceso de finalización de la terapia debe ser cuidadosamente trabajado. Muchos pacientes expresan el deseo de prolongarla. Muchas veces nos sorprendemos de la capacidad de estas personas de reconstruir su vida y su identidad, de su resiliencia, a pesar de las terribles experiencias traumáticas que han sufrido.

Diré, para terminar, que los Estados democráticos tienen la responsabilidad de

ayudar a estos refugiados, ofreciendo apoyos sociales y tratamiento psicoterapéutico, es decir, atendiendo a la vez su mundo externo e interno.

Referencias bibliográficas

- Eleftheriadou, Z. (2010), *Psychotherapy and culture. Weaving inner and outerworlds*, Londres, Karnack.
- Flaskas, C. (1996), “Understanding the therapeutic relationship: using psychoanalytic ideas in the systemic context”, en *The therapeutic relationship in Systemic Therapy*, de C. Flaskas y A. Perslesz, Londres, Karnack.
- Herman, J. (1997), *Trauma and Recovery: the aftermath of violence- from domestic abuse to political terror*, New York, Basic Books.
- Mann, G. (2010), “The place of compasión in political conflicto”, en *Bearing witness Psychoanalytic Work with people Traumatized by Torture and State Violence*, ed. de A. Gautier y A. Sabatini, Karnack, Londres.
- Peel, M. (2004), *Rape as a Method of Torture*, ed. por M. Peel, Londres, Medical Foundation for the care of victims of Torture.
- Papadopolous, R. K. y J. Hildebrand (1997), “Is Home where the Heart is? Narratives of Oppositional Discourses in Refugee Families”, en *Multiple Voices Narrative in Systemic Family Psychotherapy*, ed. de R.K. Papadopolous y J. Byng-Hall, Londres, Tavistock Clinic Seres.
- Raphaely, M. (2010), “Routes to the unspeakable: working with victims of torture”, en *Bearing witness Psychoanalytic Work with people Traumatized by Torture and State Violence*, ed. de A. Gautier y S. Scalmati, Londres, Karnack.
- Sexton, L. (1999), “Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces”, *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol.27, núm. 3 pp. 393-40.
- Tomm, K. (1988), “Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions?”, *Family Process*, núm. 27 pp. 1-15.
- Winnicott, D.W. (1998), *Babies and their Mothers*, ed. de C. Winnicott, R. Sheperd y M.

Davies, Londres, Free Association Books.

Woodcock, J. (2001), “Threads from the labyrinth: therapy with survivors and political opresión”, *Journal of Family Therapy*, núm. 23 pp. 136-154.

Lourdes Berdasco

Psicóloga clínica. Senior Systemic Family Psychotherapist. Children Young People and Families Team