

Salud mental y exilio: la relación terapéutica y el trabajo moral de la intervención médica con personas víctimas de violencia organizada¹

Mental health and exile: the therapeutical relation and the moral work of the medical intervention addressed to the victims of organized violence

KÀTIA LURBE I PUERTO
Universidad da Coruña, España
katia.lurbe.puerto@gmail.com

Recibido: 12.03.10
Aprobado: 29.11.10

Resumen

El artículo aborda la cuestión de la salud mental en el exilio, tomando como base el análisis discursivo de las entrevistas socio-biográficas a una de las usuarias de EXIL-Barcelona (centro de salud mental especializado en las secuelas de la violencia organizada) y del conjunto de entrevistas focalizadas a los profesionales del centro. Primero, examina las narraciones etiológicas profanas y los elementos constituyentes del itinerario de salud. A continuación, analiza la terapéutica del centro. El artículo reflexiona sobre los procesos de subjetivación de la violencia organizada, cuyas dolorosas secuelas se tratan de aliviar en EXIL-Barcelona, a través de un proceder terapéutico que promueve un modelo de ciudadanía. Las conclusiones enfatizan el trabajo moral subyacente en el *ars medicus*.

Palabras clave: Salud mental, exilio, violencia, Síndrome de Estrés PosTraumático, trabajo moral.

Abstract

This article approaches the issue of mental health in exile, based on the discursive analysis of the socio-biographical interviews to one of the beneficiaries of the mental health center specialized in the sequels of violence, EXIL-Barcelona and of the focus interviews to its staff. First, it examines the profane etiological narratives and the constituent elements of the healthcare path followed up to a violence-specialized mental healthcare center in Spain. It goes on to analyze the center's therapeutics. The article explores the processes of subjectivation of organized violence, whose harmful sequels EXIL-Barcelona seeks to relieve by means of a therapeutic that promotes a model of citizenship. The conclusions emphasize the moral work underlying *ars medicus*.

Key words: Mental Health, exile, violence, Post-Traumatic Stress Syndrom, moral work.

1 Este artículo presenta una parte inédita de los resultados del trabajo de investigación titulado "La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre la gestión de las alteridades en salud mental" con la que la autora obtuvo el grado de Doctora en Sociología por la Universitat Autònoma de Barcelona (España) y l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de París (Francia) en marzo de 2005. Esta investigación fue financiada por el Ministerio de Ciencias y Tecnología del Gobierno Español mediante la concesión de una beca doctoral de 4 años (2001-2004). Los datos que incumbe este artículo fueron producidos durante el estudio de caso de tipo etnográfico que la autora llevó a cabo en uno de los nueve centros de atención a la salud mental de inmigrantes y exiliados en Barcelona y en París, el centro EXIL-Barcelona (Noviembre 2003 a Mayo 2004 y Diciembre 2004, periodo de restitución de los resultados preliminares). Para los detalles metodológicos de la investigación remitimos a los y las lectoras al capítulo de metodología de la tesis doctoral, íntegramente disponible online (Lurbe Puerto, 2006).

Introducción

Este artículo aborda dos temas, que en el estudio de caso seleccionado aparecen intrínsecamente relacionados: la subjetivación de la violencia organizada y el itinerario de salud para apaciguar, en el exilio, el sufrimiento engendrado por las secuelas de la persecución política y, en el desexilio, las heridas producidas en el proceso de acomodación a la nueva sociedad de instalación. Las reflexiones que en él se enhebran están basadas en el análisis crítico del discurso (Ibáñez, 1994, Martín Rojo & Whittaker, 2003; Wodak y Meyer, 2003) de la serie de encuentros, transcritos, con Malena², en el trascurso de la realización del trabajo de investigación doctoral que llevé a cabo, durante cinco años, sobre nueve servicios de salud mental dirigidos específicamente a personas inmigradas y/o a exiliadas en París y en Barcelona (Lurbe Puerto, 2006). Malena, en la narración socio-biográfica que socióloga y entrevistada fueron coproduciendo (Alonso, 1998; Taylor y Bogdan, 1986), se presenta como una usuaria del centro EXIL-Barcelona, cuya cotidianeidad ha vuelto a ser golpeada por las secuelas de la persecución política que experimentó en Chile tras el golpe de Estado del General Pinochet, cuarenta años atrás. Del relato de su sufrimiento, de la búsqueda de alivio, del itinerario de atención médica seguido y del tratamiento terapéutico emprendido, se desprenden elementos de interés antro-po-sociológico sobre la salud mental en el exilio y, más adelante, en el proceso de acomodación a la sociedad de instalación. La primera parte de este artículo examina tales elementos.

Las entrevistas temáticamente focalizadas que mantuve con los profesionales, en paralelo a mis encuentros con las personas usuarias de los distintos centros objeto de estudio, permitieron profundizar en los modelos interpretativos “sabios” de las secuelas de la violencia organizada y del proceso de subjetivación de tal experiencia (Foucault, 2001; Martuccelli, 2002, 2006), así como en los distintos procedimientos terapéuticos. Este artículo expone igualmente los resultados principales del análisis discursivo de las retranscripciones de entrevistas con los profesionales que han ido acompañando Malena y del análisis documental de los distintos materiales (memorias de actividad, publicaciones y conferencias de los profesionales) que atañe el trabajo terapéutico realizado en EXIL-Barcelona. En su segunda parte, examina la particular concepción sobre el ser humano, cuya trayectoria socio-biográfica se labra en interconexión con la Gran Historia, y el trabajo moral al que EXIL-Barcelona invita a las víctimas de persecución política a realizar, con la finalidad de construir una subjetivación de la violencia experimentada, crítica y emancipadora. Esto es: crítica, en el sentido de poner de manifiesto las relaciones de poder que configuran el mundo externo que daña y aflige y, emancipadora, de manera a capacitar el ser humano a hacer uso de su agencia para construirse en tanto que ciudadano.

Al discernir la gramática que rige el tratamiento que Malena juzgó óptimo seguir para apaciguar su pesar, surge la última cuestión sobre la cual nuestras reflexiones se

2 Pseudónimo.

detendrán: la implicación social y política de las tecnologías de producción de *salud mental*, respecto a las fuentes estructurales que interrumpen la paz del espíritu³.

1. Malena: una sociobiografía para comprender la salud mental en los tiempos del exilio y del proceso de acomodación

En los centros de salud mental especializados en la atención a las personas inmigradas y/o exiliadas, no acude cualquier persona extranjera, sino mujeres y hombres que comparten la característica de ser nacional de un Estado no perteneciente a la Unión Europea y que residen en un contexto societal cuya cultura (en el sentido amplio del término) difiere de la de la familia de origen (Lurbe Puerto, 2006). Más concretamente, a estos servicios de atención especializada acuden personas que han migrado por razones de tipo económico y/o por motivos de persecución política y que, una vez establecidas en la sociedad de instalación, ocupan puestos de trabajo cuyas condiciones laborales se caracterizan por la informalidad del tipo de contratación, la precariedad y la eventualidad, en detrimento, muchas veces, del capital social y cultural que traen consigo y, de su trayectoria laboral previa. Dos temáticas prevalecen en sus discursos: por una parte, “los papeles”, objetivación del reconocimiento (Honneth, 2003) por parte de la sociedad en la que viven e institucionalización de su estatus administrativo (“residente extracomunitario”, “refugiado político”, “inmigrante ilegal”); por otra, el trabajo, materialización del rol que la sociedad de instalación le asigna, que en su práctica totalidad significa una infravaloración de sus potencialidades. Asimismo, en los diferentes centros estudiados confluyen una gran variedad de “culturas”: cada persona atendida llega con una adherencia singular al universo simbólico-cultural de la configuración social en que nació, compaginada, en casi en todos los casos observados, con un sentimiento ambivalente de pertenencia a la sociedad de instalación. La ambigüedad con la que se define su condición humana, aunque es susceptible de generar un enriquecimiento personal por el componente de reinención de sí mismo que comporta, es fuente de desconcierto y aflicción. En el conjunto de los discursos engendrados emerge un sentir común: el del extrañamiento del mundo.

En general, las personas usuarias de estos centros especializados de salud (observación no generalizable al conjunto de las personas residentes extranjeras) describen la experiencia de la migración como una travesía dolorosa y fragilizante, que arranca con un fuerte sentimiento de extrañamiento ante la pérdida de referentes. Las figuras del inmigrante extracomunitario y del exiliado presentes en el imaginario de las distintas personas entrevistadas corresponden al de una “víctima del sistema” (más concretamente, del reparto desigual de la riqueza en el mundo, en el caso del inmigrante y de la violencia organizada, en el del exiliado), relegada a una posición social con ries-

3 Agradecimiento

Quisiera expresar mi gratitud a Malena, por brindarme parte de su vida y dejarse llevar por la investigación y, a los profesionales de EXIL, por su atención y generosidad. Agradezco a Didier Fassin y a Carlota Solé i Puig, los consejos recibidos al supervisar el trabajo de investigación del que forma parte este estudio, así como a los evaluadores de la revista Sociedad y Economía por su contribución en la mejora de este artículo.

go de exclusión social y necesitada de ayuda de distinta índole (apoyo social para la creación de redes sociales eficaces, orientación laboral, capacitación para relacionarse eficientemente con las distintas instituciones de la sociedad de instalación, apoyo médico-psicológico para encarar las adversidades encontradas en la nueva sociedad de instalación).

Abordar la cuestión de la experiencia migratoria y del exilio desde el ámbito de la salud mental nos lleva a pensar en plural, el concepto de movilidad a fin de entender, en toda su complejidad, la experiencia migratoria y la vivencia del exilio. Residentes en países distintos al que nacieron y donde se criaron, el conjunto de las personas entrevistadas, usuarias de los distintos centros de salud mental estudiados, convergen en narrarse a partir de una historia de inmigración (Lurbe Puerto, 2006). Punto de inflexión en la trayectoria biográfica, la decisión de emigrar arranca de la búsqueda de unas mejores condiciones materiales de vida, acompañado del deseo de devenir sujetos creativos, capaces de tomar las riendas de su existencia. En ese sentido, este artículo no se centra tanto en una descripción de movilidades geográficas, sino que enfoca las movilidades sociales y económicas que la inmigración y el exilio entrañan, y realza los movimientos en la constelación identitaria vinculados a la subjetivación de la experiencia del exilio y del proceso de acomodación. El discurso de las personas migrantes usuarias de los centros de salud observados en París y Barcelona aporta evidencias de la construcción de una definición movable del Ser, desarrollado en articulación con las constantes del transnacionalismo; la trasgresión de algunos de los códigos en los que se endoculturizaron; las pruebas que han forjado una historia singular, sumergida en la marea de los cambios socio-económicos y políticos. Pasemos a la comprensión de estas movilidades a partir del estudio de caso personificado en la figura de Malena.

Sobre el elemento catalizador para acudir a un centro de salud mental: “*Duele, me es insoportable y necesito encontrar ayuda médica*”

El detonante para tomar cita y acudir a un profesional de la salud mental suele ser plásticamente diverso, con el punto en común en el caso de los migrantes, de consistir en un suceso que golpea la cotidianeidad e infunde al individuo apatía y una sensación de inmovilismo. El suceso detonante actúa como elemento revelador de una forma de enajenación, en el sentido de lo que saca al Ser *fuera de si* y le sitúa *fuera de lugar*. La sintomatología a nivel psicológico pasa para la gran mayoría de los que consultan, por las secuelas de una trayectoria de precariedad a nivel administrativo, económico, laboral y de los apoyos sociales. Y, no es hasta tener estos cuatro elementos básicamente (aunque insatisfactoriamente) cubiertos que suelen verse capacitados para ocuparse de su malestar psicológico y/o, una vez iniciada una terapia, a notar a nivel emocional, una mejoría. En el caso de las personas que sufren de las secuelas de la violencia organizada, el detonante lleva latente una conexión con un evento pasado traumático, cuyo objeto y significado se construye a través de sesiones de psicoterapia.

Desarrollaremos en la segunda parte, la noción de “trauma”, así como la terapéutica especializada en los eventos traumáticos.

El suceso que golpea el presente de Malena y la lleva a pedir cita a un profesional de salud es la ruptura amorosa acaecida de forma brusca, que en definitiva, tal como lo relata ella misma en nuestros distintos encuentros, ejerce de catalizador de un sufrimiento, todavía difícilmente soportable, vinculado a las repercusiones que en su vida amorosa tuvo su participación política como parte de la resistencia clandestina contra el Golpe de Estado liderado por el General Pinochet.

“Yo conocí a un hombre. Tuve un compañero el año pasado. (...) Viví una relación amorosa, la más bella de mi vida. ¡Y a mi edad! Fue una experiencia realmente extraordinaria para mí. Yo me sentí inmensamente feliz, como si la vida me devolviera lo que me había quitado. Pero la relación se terminó por un malentendido, por un problema de no hablar la misma lengua. Creo que fue eso. Se rompió de un día para otro. Y para mí fue revivir la ruptura con mi compañero (de la época del Golpe de Estado, también cercano a Allende), es decir: tajante, así, de repente. Mi vida se corta cuando lo detienen y ya no me vuelvo a ver nunca más con él, a pesar de que ya estábamos viviendo por separado porque cada uno trataba de sobrevivir, como y por donde podía”.

Una ruptura amorosa suele vivirse de manera dolorosa. Sin embargo, en el caso de Malena, consigue parasitar todas las esferas de su vida, anulando su interés por el mundo externo. Habiendo sobrepasado anteriormente numerosas pruebas, muchas de ellas consideradas de mayor exigencia emocional, esta nueva separación amorosa la sumerge en un estado de depresión considerado como “desproporcionado”.

La voz del mundo de la vida versus la voz de la medicina

Viéndose incapaz de seguir con sus responsabilidades profesionales, la necesidad de conseguir una baja laboral impulsa a Malena a acudir en primer lugar a su médico de cabecera, con el que guarda una buena relación de confianza desde hace quince años. Malena opta de este modo por el itinerario más ortodoxo de búsqueda de alivio.

El médico de familia, preocupado por el cambio de estado anímico de Malena, le orienta hacia el Centro de Salud Mental (CSM) correspondiente a su domicilio familiar para que sea atendida por un psiquiatra. La relación con el psiquiatra del CSM, limitada a preguntas de respuesta cerrada o semiabiertas, centradas en la vivencia de los síntomas, a las cuales Malena responde de manera monosilábica, le trae reminiscencias de los interrogatorios policiales a los que estuvo sometida en Chile. El psiquiatra sigue el protocolo de interlocución que le dicta el cuestionario de elaboración de la ficha clínica. Va tachando con una cruz o anotando la palabra emitida, correspondiente a cada pregunta, a fin de recoger la información precisa y considerada conveniente para formular el diagnóstico y prescribir el tratamiento adecuado. Siguiendo este proceder, tras completar el cuestionario, durante la primera consulta, el psiquiatra atribuye al malestar de Malena la categoría de ‘depresión endógena’; llevándole seguidamente, a dar unas breves explicaciones sobre la toma del medicamen-

to que le prescribe. Las siguientes consultas se desarrollan, según Malena, de manera similar y se centran en la verificación mensual de la evolución de los síntomas y en ajustar la medicación en concordancia.

M: No me sentí comprendida por el psiquiatra del CSM (...) No hubo buena comunicación con él. Y, sobre todo, yo me sentía interrogada y para nosotros (nota: identificación con las personas que han sido víctimas de violencia política), es un freno. Es algo que te pone alerta.

K: ¿Ninguna referencia a tu contexto socio-biográfico fue mencionada en las posteriores consultas?"

M: Ninguna.

K: ¿Pero él sabía de tu historia?

M: Relativamente porque yo se lo había contado a la persona que me entrevistó la primera vez y él leyó aquello. Pero yo creo que no lo comprendió porque es una persona joven y entonces no sabe... Mira, y no le interesa. Son 20 minutos, una vez cada 30 o 40 días. Tiene muchos pacientes que atender... Veinte minutos en que los dos estamos mirando la hora, ya que yo me siento interrogada, y me falta un paso para sentirme en la policía, a pesar de los años.

K: ¿Qué te hace sentir así?

M: ... es la actitud en general, el tono de voz, es decir como neutral, como si no quisiera implicarse contigo. A veces te mira, a veces no te mira. Entonces es esa sensación de que eres un número, no una persona".

En el encuentro entre médico y consultante se establece un diálogo entre ‘la voz de la medicina’, que expresa el discurso experto del conocimiento y la práctica de la medicina, y ‘la voz del mundo de la vida’, referida a las narrativas etiológicas sobre la salud por los propios enfermos. Tal diálogo suele describirse como conflictivo en tanto que ambas voces *luchan* por el control del discurso (Mishler, 1984), a pesar de que, salvo raras ocasiones, la primera detenta una posición dominante por la autoridad que el estatus de experto le confiere (Freund & McGuire, 1991). La experiencia de Malena resulta un caso paradigmático del abismo que puede producirse entre “la voz de la medicina” y “la voz del mundo de la vida”, en la que la segunda se somete enmudecida a la primera, lo cual, en el caso de Malena, resulta ineficiente respecto al objetivo de aliviar la aflicción, aunque eficaz para la obtención de la baja laboral.

"Me sentí cada vez peor. Me dio una medicación. Me aumentó la medicación; los efectos secundarios me ponían fatal. Me dio una especie de alergia: (...) manchas en la cara, (...) un sueño espantoso, espantoso. Yo me levantaba en la mañana, me duchaba y a veces, no tenía ganas de vestirme. Me metía en la cama y estaba el día entero en la cama. He perdido 10 kilos. (...) Obligada por la baja (...) Seguí hasta que me sentí bien para volver al trabajo".

Al buscar atención médica, no sólo se llega a la consulta con un problema de salud, sino también con un contexto social determinado a tener en cuenta para el diagnóstico y los ajustes del tratamiento. Rara vez el malestar viene enfrascado al vacío. De ahí

la alta consideración que las personas usuarias atribuyen a las competencias relacionales del profesional, atribuyendo a la empatía y la comunicación dialógica, un valor terapéutico (Calnan, 1998).

Basada la atención psiquiátrica del sistema sanitario público en un modelo fundamentalmente neurofisiológico de los problemas de salud y en una racionalización económica de la organización de los servicios, el contexto socio-cultural suele considerarse más como intrusión que como dato relevante para el diagnóstico y tratamiento. El objetivo está en alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, de pronóstico y terapéutica, depurando la clínica de cuantas variables sean accesorias a estos tres actos (Comelles, 2003), especialmente de las vicisitudes sociales y culturales. Así, la tendencia hegemónica en psiquiatría persiste en el doble proceso de enfatizar al ‘individuo trastornado’ (esto es, tratar la enfermedad mental en términos de comportamientos y estilos de vida insanos o de disfunciones neuronales) y des-enfatizar las desigualdades estructurales, que influyen no sólo en la producción de la enfermedad, sino también en la vivencia singular de ésta (Waitzkin, 1991). Esta cosmovisión del ser humano enfermo y del tratamiento de su patología concuerda con la óptica neoliberal de racionalización de la política sanitaria, dando primacía a una individualización del sufrimiento, al menor costo económico a corto plazo.

Ante necesidades vitales y demandas sociales y sanitarias acusadas, los profesionales de la salud suelen sentirse desbordados y no capacitados para proporcionar una respuesta integral, manteniéndose dentro de los límites de su función estrictamente médica. Bien pudiera ser que la distancia emocional en la relación médico-enfermo, en estos casos, más que responder a un deseo de protegerse del infortunio del otro, como si de un mal contagioso se tratase, estuviese vinculada a la estrategia de minimizar el desgaste emocional de la práctica de una profesión intrínsecamente involucrada con la reparación del malestar irreductible a la fragmentación, descontextualización y ‘dividualización’ (Deleuze, 1986).

La identificación de las barreras exclusógenas que delimitan la accesibilidad de los inmigrantes extracomunitarios y exiliados a los servicios de salud, contribuyen a apoyar la constatación de que la universalización de una política social no garantiza el igual acceso a los servicios que presta (Lurbe & Filc, 2010). Más que introducir nuevos problemas coyunturales, saca a relucir las dificultades estructurales de la organización de la provisión de los recursos de salud, dificultades con las que ya se enfrentaban profesionales de la salud y usuarios autóctonos con universos culturales y posición socio-económica distintos (Boltanski, 1971).

Los consultantes con recursos suficientes para mirar hacia otros frentes (en el caso de Malena, una satisfactoria experiencia previa con un psiquiatra en su primera etapa de exilio político, en México, así como una red efectiva de apoyo social en España) buscan alternativas hasta hallar al experto con el que es factible establecer una relación de confianza. Así, Malena, aconsejada y apoyada por su red informal de amistades, obtiene una primera (y única) cita con un segundo psiquiatra, también de la red ordinaria del sistema sanitario catalán para continuar beneficiándose de la baja

laboral. La escenificación del encuentro médico es distinta, aún dándose el problema de saturación de los servicios públicos de salud mental:

“Me sentí de maravillas con él. En primer lugar, nos sentamos juntos, no había un escritorio de por medio, con su actitud así de comprensión y de cariño me incitaba a hablar. Pero desgraciadamente, tenía la agenda completa hasta mucho tiempo en adelante y yo necesitaba una atención inmediata”.

Una narración etiológica del malestar que apacigüe la aflicción

El encuentro con el segundo psiquiatra motiva a Malena a seguir buscando una alternativa, esta vez una atención de tipo psicoterapéutica, llevada en paralelo al “psiquiatra referente”, del que depende a fin de cuentas, la baja laboral. El objetivo queda redefinido: aliviar los síntomas mediante una narrativa etiológica comprensiva, que le ayude a situar las causas del sufrimiento en su trayectoria biográfica.

En España, cabe apuntar, la salud mental es la gran asignatura pendiente del sistema sanitario público. El desarrollo de servicios privados, normalmente pertenecientes al sector del voluntariado, que se especializan en la atención de la salud mental de inmigrantes y exiliados encuentra su razón de ser en la carencia de infraestructura de tipo psicoterapéutica en la red pública del sistema sanitario español. Como la mayor parte de los que acuden a estos servicios específicos (Lurbe Puerto, 2006), Malena se acerca a Exil-Barcelona por mediación de su red de apoyo social; en su caso, una amiga que es trabajadora social y voluntaria en la misma ONG de ayuda a las poblaciones inmigrantes desfavorecidas donde trabaja Malena. Es en el transcurso de las sesiones regulares de psicoterapia individual y colectiva con dos psicólogas de EXIL-Barcelona que se entreteje una narración del malestar presente, en articulación con elementos concretos de la experiencia de violencia organizada que en el 73 la hizo emprender el camino del exilio.

“Lo he sabido después, pero en ese momento tenía la intuición: estoy viviendo de nuevo la misma situación, es decir, romper como con un hachazo una relación”.

La psicoterapia contribuye a la construcción de la historia del malestar y a formar la subjetivación de los actos de violencia vividos. En su narración, Malena ofrece detalles biográficos que marcan el paralelismo entre la desaparición repentina de su enamorado activista, seguidor del Presidente Allende, y la inesperada ruptura de su reciente relación amorosa, una conexión que afirma haberle sido “revelada” en una de sus sesiones psicoterapéuticas. De igual modo, al analizar su discurso, se hace manifiesta la semejanza entre los dos procesos de transformación que realiza en esos dos momentos claves: incorpora la misma estrategia de adaptación al medio, el camuflaje. Durante su más reciente historia de amor, se moldea al prototipo de pareja que suponía deseaba su compañero, a fin de continuar ser amada por el hombre que, por primera vez desde el inicio de su exilio, le aporta “paz interior”.

“Es como si yo me hubiera hecho de arcilla y me hubiera moldeado a lo que él era, lo que él quería, lo que él esperaba. Pero no me importaba mucho porque es un hombre que me dio mucha paz interior y yo era muy feliz junto a él, hasta que pasó la historia. [...] De pronto, a través de la conversación con ellas, más bien hablando yo, porque era que tampoco me sentía interrogada, sino que era una frase que decía una de ellas, me fui dando cuenta que yo, en realidad, me había ido por un camino de anularme como persona y que yo tenía derecho a ser yo”.

Proceso de metamorfosis similar al ocultamiento desarrollado en tiempo de clandestinidad, durante el cual Malena trata de mimetizar la “ciudadana normal de la Chile Pinochetista”, el tiempo de lograr exiliarse.

“Está la cosa de haber vivido en la clandestinidad, es una experiencia muy, muy dura. [...] Tú sentías la cercanía de la policía. Sentía que el corazón me salía. Te latía como si fuera a salir del cuerpo y tenías que sonreír, hacer como si nada, poner cara de nada. Vivir una vida doble; una parte en la oscuridad, otra parte... Yo dejé de ser quien era para pasar a ser una persona totalmente distinta, que no tuviera nada en común con lo que yo realmente era. [...] Intentar aparecer que no pasa nada, y que estás totalmente integrada y toda la cosa. Y eso tiene, que se paga después”.

El dolor del evento presente reaviva el recuerdo de experiencias dolorosas del pasado, que salen a relucir a través de la psicoterapia; espacio donde va a sentir que puede trabajarlas.

“El que era mi compañero lo tomaron prisionero, está desaparecido hasta ahora; su cuerpo no ha aparecido. A mí me golpeó mucho, durante mucho tiempo. Es decir que siempre tuve la esperanza de que un día iba a aparecer, hasta que un día salió Pinochet y volvió la democracia en Chile. Tuve la certeza de que estaba muerto. Pero es algo que te va frenando. Yo era joven, mantenía relaciones con alguien pero siempre con una distancia porque quería dejar ese espacio libre porque, “bueno, si él aparece, yo soy libre para volver con él”. Es bastante duro porque como mujer y como persona joven, tienes ganas de rehacer tu vida, pero tienes esta barrera que te lo impide”.

La clarificación de su historia, que la psicoterapia contribuye a configurar, lleva a una última conexión que comparte conmigo: el encuentro con su más reciente pareja se produce al darse dos sinergias que la emancipan de “ese espacio que debía dejar libre por si su amor en la Resistencia volviera”. Estas son: la alcanzada autonomía de sus hijos (“cada uno con sus propias vidas profesionales y sentimentales bien “resueltas”) y la prueba objetiva de la desaparición definitiva del primer compañero sentimental, en un acto homenaje al que fue invitada en Chile, en 1991.

Sobre las intransigencias de la Estructura: la desigualdad y la discriminación que van haciendo más pesada la carga emocional

En los relatos recogidos sobre la experiencia del sufrimiento en los centros especializados en la atención a las personas exiliadas, la explicación de su génesis y desarrollo

no se construye exclusivamente a partir de la narración de los eventos de tortura y persecución política, vividos en el tiempo de resistencia clandestina a los gobiernos dictatoriales. El exilio, salir del país que atenta contra la vida propia, si bien es un punto de inflexión esencial en una biografía, da paso a la experiencia de las vicisitudes del asilo. Entre éstas, la situación de inestabilidad legal-administrativa por estar su permanencia en la UE supeditada a la posesión de documentos que acrediten el reconocimiento del estatus de refugiado político o, como muchos de los exiliados que buscan asentarse en España, país que tras su democratización ha dado visos de gran recelo en la concesión de tal estatus, el documento de residencia regularizada y la autorización de trabajo.

En el caso de Malena, se trata de la “recuperación” de la nacionalidad española, haciendo valer sus orígenes Gallegos. Tras los diez años de exilio en México, la España en transición democrática representaba, a ojos de esta nieta de españoles, volver a la ‘madre patria’ y participar en la nueva sociedad en construcción. Significaba *desexiliarse*, renunciado a la nacionalidad chilena, pues España en aquel entonces no reconocía la doble nacionalidad, y acoger la identidad nacional de sus ancestros maternos. La significación de “los papeles” va más allá de la mera obtención de una autorización de residencia y de trabajo. Representan la conquista de un modo de amparo que libere de la clandestinidad y la persecución, como la obtuvo Malena al refugiarse en México, y asimismo, otorgan reconocimiento al ‘que llegó de fuera’ en tanto que actor social con derechos, cuyo valor de intercambio en la sociedad de instalación es administrativamente reconocido y jurídicamente respaldado. Se inviste al foráneo de la condición de ciudadanía, acercándole a la de autoctonía.

Las entrevistas realizadas a usuarios en el exilio y sus profesionales de la salud (Lurbe Puerto, 2006) ponen de manifiesto la gran pusilanimidad de la política de reconocimiento del refugiado político y de acogida de los exiliados: la complejidad de la coyuntura política que evidencia la primacía de los intereses estatales frente al reconocimiento de una injusticia social (¿Cómo reconocer refugio político a un ciudadano de un país con el que mantener relaciones políticas, comerciales y de seguridad?), la lentitud de las administraciones concernientes, las incongruencias de las pruebas reclamadas para objetivar la denuncia de la persecución y la tortura.

La descripción de sus relaciones con el Estado Español explicita el maltrato, desamparo y desesperación con el que se vive el tiempo de espera de la resolución de su petición del estatus de refugiado político. La situación de *stand-by* mientras se decide sobre la suerte de los solicitantes de asilo conlleva numerosas determinaciones de riesgo para la salud: la accidentalidad laboral y las enfermedades ocupacionales derivadas de unas condiciones de trabajo precarias, no regularizadas y extenuantes; la falta de una vivienda digna; la carencia de un soporte social efectivo; la inadecuada alimentación; la vulnerabilidad social que les hace susceptibles de padecer en mayor medida actos de violencia (abusos sexuales, agresiones físicas favorecidas por las condiciones de hacinamiento y marginalidad en las que viven y, agresiones racistas).

La política de inmigración en España favorece la reclusión de los categorizados como ‘trabajadores extracomunitarios’ a unos sectores de actividad determinados, rigiéndose por el imperativo de gestión del mercado de trabajo y no por las competencias profesionales. Los gobiernos, armados con sus respectivos marcos jurídico-legales, fijan el campo de circulación de las personas de nacionalidad extranjera, restringiendo el acceso a ciertas ocupaciones en el mercado laboral, bien sea a través del recurso a la ‘situación nacional de empleo’, bien sea a través de los contingentes. Este marco institucional de la inhospitalidad instaura igualmente una serie de mecanismos de filtro en el acceso a los recursos de bienestar social disponibles (políticas públicas de protección social –transferencia de rentas y servicios socio-sanitarios- y derechos laborales).

Logrado el asilo político, el primer tiempo suele estar marcado por su ambivalencia intrínseca: es el alivio de un sufrimiento, una liberación, un inicio, pero también la humillación, la desposesión, la pérdida y el duelo (Gómez Mango, 1989). El estatus de refugiado político implica cerrar la puerta de regreso al país de origen, salvo un cambio eventual en su configuración política. Cabe añadir, la sociedad cuyo Estado otorga asilo suele además, modelar el campo de oportunidades vitales de los extranjeros admitidos a través de las prácticas de proteccionismo nacionalista de los empleos de mayor estatus social. La descalificación social que acompaña el proceso de acomodación a la sociedad de instalación atañe al bienestar emocional (Lurbe Puerto, 2008), creando frustración y minando la autoestima:

“Muchas de las personas que vienen aquí en su país de origen han tenido estudios altos, y tenían en su país un estatus y un rol social que les hacía personas reconocidas a nivel social y con una identidad definida. Llegan aquí, están en lo más bajo de la escala social. [...] Es muy difícil volver a recuperar un estatus que tenías en tu país. [...] En la consulta te manifiestan abiertamente el sufrimiento que traen. Por ejemplo, muchas de las mujeres que atendemos que en su país [...] han sido profesoras de universidad [...] al llegar aquí el único trabajo que encuentran es de asistente de hogar, ayudar a la tercera edad. Ellas están dispuestas a hacerlo porque con ello salvan su vida, pero a costa de un tremendo sufrimiento. [...] Gente cuya capacidad profesional nunca se la había puesto en duda, entra a cuestionarse todo esto; todo un conflicto de identidad, su autoestima, la confianza en sí misma. Todo esto se ve afectado” (Psicóloga, Exil-Barcelona).

Bien pudiera pensarse que para Malena, con nacionalidad española, fuera distinto. Su trayectoria desmiente la ingenuidad de tal hipótesis. Las lógicas sociales no son ajenas a la particular construcción de las relaciones de alteridades, que las normas que regulan la vida social llevan subyacentes (Lurbe-Puerto y Santamaría, 2007). Contando con un nivel educativo alto y con una experiencia profesional de 8 años ejerciendo de investigadora y profesora en Biología en la Universidad Nacional de México, Malena ve frustradas sus expectativas profesionales en España, al serle negado la homologación de sus títulos universitarios. No sólo jugó a su contra el que el gobierno chileno y sus universidades dificultaran la convalidación de los títulos alegando la pérdida de los documentos por medio de toda una serie de accidentes fortuitos, sino también,

la intransigencia de las autoridades educativas españolas en la concesión de homologaciones de títulos universitarios a profesionales con pruebas de haber ejercido en universidades latinoamericanas. Y, cabe añadir, el proteccionismo de las universidades españolas frente a la incorporación de académicos llegados del exterior, afectando incluso a los españoles exiliados que retornaban. Sobre este proteccionismo, Malena cita los prejuicios de la España recientemente salida del Franquismo, hacia los formados en las universidades latinoamericanas, la calidad de los programas de licenciatura en estas universidades y las competencias del profesorado latinoamericano. Asimismo, apunta la obligatoriedad de impartir las clases en las lenguas regionales co-oficiales como un mecanismo de filtraje localista.

“Se da, por una parte, una serie de prejuicios hacia las personas que han sido instruidas en América Latina. Es decir, se supone que los conocimientos no son los mismos, que no estás igualmente preparado. Hay otro aspecto: los programas de las universidades son diferentes de una universidad a otra, incluso dentro de una misma Autonomía [aquí se refiere a los distintos planes docentes por Comunidad Autónoma en España]. Yo estuve trabajando en la Universidad de Bellaterra un tiempo y no me fue posible quedarme. [...] Trabajé como bióloga pero a nivel muy bajo porque no tenía los títulos homologados. [...] No me reconocieron el título de profesor universitario en Biología; me lo reconocieron como profesor de EGB (Educación General Básica⁴) con especialización en biología. Y, claro, pero ¿qué te diría? Yo hablo un poco el catalán y lo entiendo, lo puedo leer sin ningún problema, he asistido a cursos en catalán y todo. Pero yo no me siento capacitada para transmitir mis conocimientos en catalán”.

Si “los papeles” representan la objetivación de la aceptación por parte de la sociedad de instalación; el trabajo es la materialización del rol que le asigna la sociedad de instalación, que en su práctica totalidad, para los exiliados en España, va a significar también una infravaloración de sus potencialidades. La temática del trabajo, en su acepción concreta de acceso al mercado laboral, se revela como uno de los ejes de mayor trascendencia en la configuración de la identidad social, tomando mayor intensidad en la medida en que el proyecto de instalación se vincula al propósito de mejorar la situación económica a nivel individual y familiar. Observamos que tanto el grado efectivo de empleabilidad, como el tipo de empleo conseguido y las condiciones laborales de éste, , al tiempo que estructuran el universo de lo posible y proveen un determinado sentido del Ser, moldean la percepción que uno construye acerca de la consistencia de su proyecto biográfico. Los contextos sociales, económicos y políticos desafían a las personas, al exponerles oportunidades y limitaciones; opciones y restricciones (Martuccelli, 2006). Malena nos cuenta, a modo de fatalismo no trágico, el desequilibrio entre las expectativas del proyecto de desarrollo profesional y las restringidas oportunidades que ofrece el contexto de segregación, estratificación y precariedad laboral que caracteriza el mercado de trabajo en España.

4 Ciclo de estudios primarios obligatorios, cuya duración es de 8 años divididos en 2 ciclos y 8 grados (concebido para los estudiantes de 6 a 13 años de edad).

Con el Golpe de Estado nos fuimos a México y al obtener mis hijos y yo la nacionalidad española nos vinimos para España pensando que la situación iba a ser un poco mejor. Cuando llegué aquí, me encontré con que aún siendo española no me reconocían la licenciatura, ni el título de profesora de biología. [...] Bueno, pues he hecho de todo. Hice un curso de jardinería, fui profesora de jardinería durante 7 años, trabajé en el Montjuïc, con un grupo de inmigrantes. He estado trabajando con gente marginal siempre, en la zona del Raval, en dos ONG's. Creo que el cambio, si bien socialmente fue muy fuerte, personalmente me aportó un enriquecimiento muy grande porque no es lo mismo trabajar con alumnos de la universidad que trabajar con gente marginal o con inmigrantes que han tenido que venir porque se morían de hambre en su país. Desde el punto de vista político, me ha permitido hacer un trabajo y un desarrollo personal que no habría tenido en otro lugar.

Como una gran parte de los exiliados latinoamericanos que he ido conociendo a lo largo de la investigación (Lurbe Puerto, 2006), Malena saca provecho de su elevado capital cultural, se decanta por establecer redes sociales de apoyo y haciendo uso de las competencias fruto de su militancia en Chile, contribuye a la realización de proyectos solidarios de ayuda a los más desprovistos (en particular, dirigidos a inmigrantes sin autorización de residencia). En la exposición de su trayectoria profesional, Malena resalta su determinación al buscar emplearse en actividades que le conviertan en un ser “útil para la sociedad”, yendo acorde con su ideología política. Por el énfasis puesto sobre las muestras de cariño y de admiración que le brindan sus compañeras de trabajo y las personas que forma y atiende, queda evidente el valor que otorga al reconocimiento en el ámbito de la relaciones profesionales, al hacer balance de su trayectoria profesional.

Si bien Malena no es de los foráneos a quienes les resulta imposible diluirse en la masa y adquirir una cómoda invisibilidad cuando deambulan por el espacio público, su singular *indiscrecionalidad* o la *anormalidad* que delata su otredad, radica en su ‘acento chileno’, los modismos que emplea y el no hablar catalán.

“El hecho es que yo no hablo y no me consideran extranjera. Físicamente paso desapercibida [risas]. Simplemente yo diría que lo que me hace sentir extranjera es la discriminación a nivel laboral”.

La diferencia que provoca sufrimiento no proviene de la diferenciación sino de la distinción social. No se trata por tanto, de un dolor generado por la diferencia cultural, sino del padecimiento por el régimen de desigualdad en el que la sociedad de instalación adscribe a la otredad (Lurbe Puerto, 2008). Las repercusiones de la Gran Historia en la trayectoria singular de un individuo y las determinaciones con las que la estructura social moldea el campo de lo posible de los sujetos son elementos del trabajo moral al que EXIL-Barcelona invita a sus usuarios a emprender. Tal como veremos a continuación van a ser tanto fuente de comprensión de la etiología del sufrimiento como instrumento de emancipación a través de la politización del sujeto.

2. EXIL-Barcelona: El trabajo moral de la psicoterapéutica del des-exilio

Instaurado en Barcelona en el año 2000, el *Programa de salud mental integral dirigido a personas exiliadas del centro EXIL-Barcelona*, se compone de un equipo de dos psicólogas, un trabajador social y un neuropsiquiatra-psicoterapeuta, que ejerce asimismo las funciones de dirección del centro. Este programa ofrece una atención especializada a las secuelas de la tortura y de la violencia organizada, de lunes a viernes, a través de terapias individuales, de pareja y familiar, dirigidas tanto a adultos, como a niños. Los recursos financieros de EXIL-Barcelona dependen del aporte económico del fondo de las Naciones Unidas destinado a Proyectos para Víctimas de la Tortura y la Comisión de la Comunidad Europea y de donaciones privadas. Así difiere de la filial abierta en Bruselas durante la década de los 70s, que integrado en la red ordinaria de asistencia socio-sanitaria como centro de referencia especializado, cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Sanidad del Gobierno Belga, institución que financia parte de sus actividades junto con la Comisión Europea, la ONU y diversas organizaciones internacionales. Contrariamente a EXIL-Bruselas que cuenta con los recursos económicos para desarrollar un programa que integra los aspectos médicos, psicológicos y sociales del daño provocado por la violencia organizada, EXIL-BARCELONA se limita a proporcionar asistencia psicológica y, en menor medida, orientación social.

En los centros EXIL de Barcelona y de Bruselas, se plantea un modelo terapéutico de orden bio-psico-social concebido para ayudar al sujeto a enfrentarse a su propio daño e insertarlo en el doble proceso de crecimiento personal y comunitario y, de cambio social estructural. Las categorías con las que los profesionales de EXIL identifican su abordaje son muy gráficas del contenido ideológico subyacente: *integral, intracomunitario, democrático, provisto de un sentido liberador y que tenga como objetivo la integración crítica*. Se otorga una gran importancia al trabajo colectivo entre personas que hayan vivido experiencias similares para incentivar la creación de redes de ayuda mutua y al trabajo en red que posibilite vincular las personas tanto con los servicios sociales y sanitarios existentes, como con la red asociativa.

“El modelo para la comprensión del sufrimiento de la gente y el modelo de ayuda se basa en la idea de asociar los recursos profesionales, el saber de los profesionales y las competencias de los profesionales, con los recursos naturales de las personas” (Neuropsiquiatra y director de EXIL-Barcelona).

Paralelamente a su función terapéutica, los profesionales de EXIL-Barcelona participan en campañas de sensibilización sobre las repercusiones de la tortura y la violencia organizada, y en actos de denuncia contra la violencia política.

Gran parte de la eficacia percibida por la propia Malena, del método de trabajo de EXIL-Barcelona descansa en la relación de confianza que se teje con los profesionales. Tal relación se basa en una conexión de cosmovisiones en cuanto a la definición del

malestar, de sus fuentes y de los mecanismos en los que opera. Este entendimiento mutuo sobre la deontología del tratamiento del sufrimiento se expresa igualmente en la escenografía de la consulta, descrita como un espacio acogedor, estéticamente cuidado, con cómodas butacas en las que ‘abrirse’ tomando una reconfortante taza de café.

“M: Mira, la primera vez que yo vine, Laura y Violeta⁵ me hicieron entrar y me preguntaron un poco mi historial. Entonces me pasó una cosa increíble. Por primera vez me salían las cosas fluidas.

K: ¿Qué sería que...?

M: Un espacio acogedor y por la actitud de ellas, es decir, que Laura estaba sentada al lado mío, Violeta estaba sentada enfrente y me sentí... Es decir, del momento en cómo entraron, en cómo me saludaron, ya me sentí una persona como de la familia. Y luego, es la actitud de cómo respondían, cómo ponían atención a lo que estaba diciendo. Yo sentía que en aquel momento yo era una persona importante para ellas”.

Establecer una relación de confianza es, en el método terapéutico de EXIL-Barcelona, el objetivo principal del primer contacto con la persona usuaria, llamado “la acogida”. La finalidad de la consulta de “acogida” es recibir a la consultante con una bienvenida que invite a una reflexión conjunta, entre profesional y consultante, sobre la posibilidad de encuentros posteriores y su modalidad. El contenido del relato, la historia narrada, es secundario. Son los recursos modales de la interacción que priman, operando en el caso de Malena, un acto de seducción emitido por ambas partes.

“En el primer contacto nunca empezamos con un papel apuntando porque lo recibimos, le ofrecemos un café y nos sentamos frente a frente, o aquí al lado, en esta sala que es como la sala de tu casa. Y conversamos sobre por qué viene aquí, por qué ha pedido ayuda. Establecemos una relación de confianza. Que esas personas se sientan escuchadas y comprendidas” (Psicóloga, EXIL-Barcelona).

“La capacidad de vincularse que establece el terapeuta con la persona que viene a pedir ayuda, sobre todo porque atendemos a personas que vienen sufriendo experiencias muy traumáticas y que vienen con una desconfianza general por el ser humano en particular y por el mundo en general. Poder sentir confianza en una persona y que pueda sentirse que esa persona le va a ayudar a superar el momento en el que se encuentra. [...] Para eso es básico el vínculo que establecen con nuestro centro, la acogida, cuando vienen aquí. Nosotros nos ocupamos mucho de atender a estar personas, no con una mesa al medio y tomar notas en una primera entrevista. Sí, sí, ya sé que es muy importante tener la historia de esta persona pero se puede ir haciendo más adelante” (Director, EXIL).

Las psicoterapias reposan en gran parte en el tipo de relación profesional-consultante. En EXIL subyacen las ideas de homología y replicabilidad: se concibe tal relación como un entrenamiento, en un entorno seguro (en tanto que protegido

5 Pseudónimos.

por la *expertise* del profesional), para establecer interrelaciones, fuera de la consulta, “sanas y seguras” (esto es, relaciones de intercambio afables y en confianza). El despliegue de un trato cercano, sin apresuraciones y que invite a hablar en confianza responde a un objetivo de reparación intrapsíquica: constituye un elemento normalizado del *modus operandi* para la restauración de la confianza en sí mismo y en el otro.

En el caso de Malena, la existencia de un *programa de salud mental integral dirigido a personas exiliadas* en EXIL-Barcelona erige ‘la relación de autoridad’ necesaria para dar comienzo a la psicoterapia (Lézé, 2008). El programa evoca de entrada una experiencia vital que configura una parte central de su constelación identitaria. La continuidad de la relación depende de los encajes que la consultante va armando en las sesiones terapéuticas y, fundamentalmente, de los cambios de su estado de ánimo, *pruebas objetivadas* de la pertinencia de continuar con las sesiones terapéuticas.

Definición del público a atender: la construcción del exiliado como sujeto herido

Los profesionales que trabajan en dispositivos especializados en la atención a la salud mental en el exilio singularizan la realidad bio-psico-sociopatológica de la figura del “exiliado”, de ahí que la interpretación etiológica del dolor que le atañe y su abordaje terapéutico y social sean concebidos acorde con un paradigma específico. En un primer momento se citan el marcharse en contra de su voluntad y la inviabilidad del retorno; resaltando la idea de que quedarse en la sociedad de origen supone un peligro inminente para la vida propia y la de los cercanos⁶. En un segundo momento, impera la idea de que la violencia del pasado, conceptualizada como “evento traumático”, va a afectarle en su presente y es susceptible de que siga afectándole en el futuro y por ello requiere un apoyo psicológico.

Centrándonos en la figura de Malena, su pasado de persecución política sigue violentándola en su vida presente. Las consecuencias dañinas de su implicación en la Gran Historia se encarnan en una descompensación psicopatológica que se manifiesta en forma de repliegue de sí misma y fuerte apatía por el mundo externo. Malena reacciona a la agresión que percibe de su entorno optando por hacerse invisible en un mundo que siente fracturado, táctica de protección respecto al sufrimiento que entraña la desaparición incontrolada e irreversiblemente de los objetos amados (la participación política en el Gobierno de Allende, el primer gran amor, la vida cotidiana en Chile antes del Golpe, la docencia e investigación universitaria en el campo de la biología, su segundo gran amor).

Como el conjunto de los profesionales que trabajan en dispositivos especializados en la atención a la salud mental en el exilio, en EXIL se rehúsa categorizar a las per-

6 Esta primera dimensión cuadra con la definición de refugiado propuesta por la ONU en 1951: “El/la refugiad@ es una persona que a causa de los temores fundados de ser objeto de persecución por motivos de etnia, religión, nacional, género, pertenencia a determinados grupos sociales y opiniones públicas se encuentra fuera de las fronteras de su país, no quiera o no pueda acogerse a su protección.”

sonas que atienden como enfermas mentales; tampoco se opta por construirlo como un “paciente exiliado”.

“Nuestro lema es que la gente que viene a pedir un apoyo, no es un enfoque tan médico, no las consideramos personas enfermas. En realidad, recibimos poca patología psiquiátrica. Nosotros recibimos personas que han vivido una situación muy traumática, han sido sometidas a un sufrimiento puntual o en un tiempo ‘x’, y esto es lo que les ha hecho tener conductas anormales para una situación anormal en su vida, pero que para nosotros es normal que tengan una conducta así para esa situación anormal” (Psicóloga, EXIL-Barcelona).

Lejos de diferenciar la atención según nacionalidades, lugar de origen o culturas, se parte de la singular manera en que todas ellas viven el evento traumático y tratan de superar el trauma que éste ha producido. Los elementos culturales se trabajan en EXIL construyendo un espacio terapéutico que toma el contexto sociopolítico y universo simbólico-cultural de la sociedad de origen como instrumentos auxiliares para decodificar la narración del malestar. En este sentido, el trabajo terapéutico no pasa por una etnificación del sujeto, sino que se centra en aliviar un sufrimiento concebido como producto de la violencia de la Historia, en la realidad singular de un individuo.

La labor psicoterapéutica de los profesionales de EXIL gira en torno, no sólo al dolor producido por las secuelas de un politraumatismo por la violencia experimentada, sino también del sufrimiento que ocasiona la ruptura con el contexto de la *cotidianidad propia* que conlleva la experiencia del exilio. Ambas fuentes de sufrimiento suele manifestarse bajo la forma de síntomas multiformes de naturaleza reactiva y defensiva ante los eventos traumáticos vividos y la situación de permanente desequilibrio en la que se encuentran confrontadas las personas exiliadas, en la nueva sociedad de instalación. Las dificultades relacionales (irritabilidad, agresividad, violencia no controlada hacia sus semejantes), la ansiedad difusa y/o prosística, las reacciones de sobresalto, los trastornos del sueño (pesadillas, insomnio), la pérdida de memoria, las dificultades de concentración, los estados depresivos constituyen sus síntomas más clásicos. Asimismo, es muy común que se manifieste, de un modo brusco e intermitente, la tríada sintomática de trastornos del sueño, cefaleas y dificultades de concentración.

Con respecto a la *tortura del soma*, no se aprecia una regla unívoca en cuanto a los signos corporales, pues en el esfuerzo de infligir dolor, los verdugos hacen prueba de gran inventiva. Los profesionales son testigos del despliegue de una ingeniería del tormento variada y dejando rastros cada vez menos perceptibles. Los actos de tortura generan numerosas dolencias físicas (migrañas, lumbalgias, tendinitis, dolores musculares, ciaticalgias, dolores neurológicos) y, combinadas a unas condiciones de vida precarias, en el exilio, trastornos gástricos, problemas oftalmológicos, dentales y dermatológicos.

En referencia a la *tortura de la psique*, las heridas psíquicas son duraderas y difícilmente superables, pues tras el acto del martirio permanece otro tipo de violencia interiorizada: el dilema entre olvidar para superar el dolor y no borrar la memoria para que no se reproduzca más; la culpabilidad por sobrevivir cuando muchos camaradas

perecieron en la lucha; la ambivalencia de enseñar las lesiones y avergonzarse por haberlas padecido. Malena nos acerca a las suyas de este modo:

“Yo volví a Chile en el año 91, estuve en el traslado de los restos de Allende, nos reencontramos los que habíamos sido sus guardaespaldas. Hicimos un pequeño homenaje, éramos muy poquitos, la mayoría estaban muertos. Tres o cuatro en el exilio y la gran mayoría los mataron. Entonces fue un momento muy emotivo, y muy emocionante, de sentirte muy conmovido, hasta lo último porque yo también había jurado dar mi vida por él y no lo hice ¿no? [...] Mis parientes [...] me llevaron a las casas de tortura, saber donde habían torturado a uno y a otro. Como ha sido muy amargo para mí, no he querido volver. [Silencio, 5 segundos] Yo sigo amando a Chile muchísimo, pero claro, ya me sentía sola. Sentía éste ya no está, éste lo mataron, éste lo torturaron y ¿Cómo moriría? ¿Qué sintió en el último momento? Claro, es que son torturas muy fuertes que después te vuelven. Y en la noche, es decir, yo estoy durmiendo en esta cama tan tranquila y ellos pues, piensas ¿qué estarán pasando en esos momentos? Y una serie de cosas y de sentimientos, con un sentimiento de culpa muy profunda. [...] Después está la otra cosa que normalmente hay etapas en que tienes pesadillas, que te torturan, que te toman presa, que te hacen esto o lo otro. El otro día hablaba con una de las chicas del grupo [grupo terapéutico de EXIL-Barcelona], ella había tenido un sueño de que la cogían presa, de que la torturaban y de que le sacaban las uñas. Yo también había tenido ese mismo sueño. Entonces, son como las torturas que te parecen más terribles y sientes que te las hacen. Y que tienes miedo a que te las hagan”.

Llegados a este punto reflexionemos brevemente sobre la construcción de la categoría nosográfica del *traumatismo psíquico*, que otorga legitimidad médica a la constitución de la especialización del trabajo psicológico y psiquiátrico con personas víctimas de tortura y violencia organizada. El estudio de tipo genealógico de Didier Fassin y Richard Rechtman (2007) revela, por una parte, que tal categoría nosográfica es producto de una movilización de actores diversos: los profesionales de la salud mental, los defensores de la causa de las víctimas y, las víctimas. Por otra, responde a la cristalización de una reconfiguración de nuestras estructuras mentales con respecto a los códigos morales e instrumentos cognitivos con los que se encaran actualmente los eventos de drama y terror social. El traumatismo psíquico no es ni una realidad atemporal, ni un concepto novedoso. En todo caso, su novedad reside en los usos sociales (esto es, la manera en que los actores ponen en práctica esta categoría) y su significación (esto es, el sentido que dan a los discursos que generan).

A pesar de ser la pieza central para el reconocimiento de la condición de víctima de un evento traumático, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos no ofrece una definición restrictiva del evento traumático⁷, sino que enuncia una larga lista pero inexhausta de situaciones,

7 El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

cuyo estrés es susceptible de producir TEPT (Trastorno por Estrés PostTraumático)⁸. No obstante, este Manual delimita para el reconocimiento del carácter traumático, una serie de criterios para reconocer la existencia de un evento estresante patente que provocaría síntomas evidentes de descompensación psicopatológica en la mayor parte de los individuos: 1. Los trastornos pueden advenir a cualquier sujeto, independientemente de sus antecedentes, su historia y su sensibilidad personal. 2. La naturaleza del estrés marca una diferencia entre el TEPT y el trastorno de adaptación: mientras que en el TEPT el estrés es externo y el sujeto presenta, a través de su patología, una reacción normal; en el trastorno de adaptación, la reacción del sujeto es desproporcionada a la naturaleza del estrés.

En este sentido, el TEPT institucionaliza la figura de una *víctima en toda su inocencia psiquiátrica* (Fassin y Rechtman, 2007). La intervención se da menos en términos de tratar personas enfermas, que de atender a *sujetos heridos*, siendo el trauma psíquico un trastorno que afecta a cualquiera, independientemente de un estado patológico anterior, sin predisposición particular, sin personalidad privilegiada, sin motivos aparentes:

“No es un enfermo sino una persona que le ha ocurrido un hecho traumático y que está reaccionando a eso. No es una persona con un trastorno mental. Es un politraumatizado que está reaccionando a ese sufrimiento. Y esa reacción, que puede ser una conducta disociativa, es totalmente reactiva y defensiva a su experiencia. No es algo interno, sino externo” (Psicóloga, EXIL-Barcelona).

Asimismo, el TEPT fundamenta una doble legitimidad política en los escenarios de drama social y terror humano: para las “víctimas”, representa un camino de lucha contra la ausencia de reconocimiento de su sufrimiento y prejuicio, reivindicando la reparación o indemnización por los daños sufridos y, para los profesionales de la salud mental, la lucha contra la marginalización de su disciplina. El TEPT acrecienta el campo de acción de la psiquiatría a *los avatares de la normalidad en sufrimiento* (Fassin & Rechtman, 2007). La consolidación del trauma psíquico y el nacimiento de la “victimología” enraizan por una parte, de este juego de sinergias entre los dañados y profesionales de la salud mental y por otra, de la legitimidad moral gestada del encuentro entre una categoría diagnóstica (los TEPT) y la categoría social (las “víctimas”) (Rechtman, 2002).

La clínica del des-exilio

Centrémonos a continuación en la terapéutica del desexilio a fin de discernir las interpretaciones y las prácticas aplicadas en la atención de las personas que han padecido tortura y violencia organizada. Analíticamente pueden distinguirse cuatro

8 Las razones de este proceder pueden resumirse en dos (Fassin & Rechtman, 2007): En primer lugar, al ser un manual utilizado por las compañías de seguro y los tribunales, una definición estricta del evento traumático significaría excluir los traumatismos inducidos por eventos no listados en el DSM-III. En segundo lugar, se trata de un instrumento en permanente evolución, cuyas revisiones posteriores han de contemplar los nuevos datos que aparecen en el campo de la psiquiatría.

momentos en el *modus operandi* de EXIL-Barcelona, los cuales no son necesariamente consecutivos ni siguen el orden expositivo.

MOMENTO 1. Vencer la conspiración del silencio: construir la experiencia personal que daña como “evento traumático”

La especificidad del trabajo terapéutico en relación con los efectos dañinos de la violencia organizada radica, en primer lugar, en el carácter indecible e increíble de la experiencia límite que supone la tortura y el acoso. La vivencia de huir del país de origen para ponerse a salvo de la violencia extrema que allí se ejerce, genera un repliegue en sí mismo o la familia cercana (vividos como únicos espacios seguros), que dificulta la gestión de la carga emocional vinculada a los eventos violentos pasados y alimenta el recelo que se siente respecto a los particularismos culturales de la sociedad de instalación, fundamentalmente, el motivado por el temor al olvido de los orígenes y de la lengua materna. Una de las psicólogas ilustra de la siguiente manera el trabajo de comprensión y apertura que realiza con sus consultantes con respecto a los roces cotidianos, de tipo culturales:

“Trato de entender el sufrimiento de la persona que llega aquí y no entiende que la gente cuando le habla parece que está enfadada. Hago de puente entre esta persona y la sociedad de acogida. Significa que esta persona vive la relación [...] con las personas de aquí [...] de otra manera, porque está acostumbrada a otros tratos. [...] Yo no le voy a decir que eso está bien o está mal porque ella lo vive así, y es lo que a mí me importa. Pero sí puedo ayudarla a entender que no es que están enfadados con ella, sino que es el estilo de hablar de la gente de aquí. Entonces cuando la gente es capaz de no tomarse a las personas como que están todos en su contra, sino que en realidad son formas distintas de relacionarse. Esto es terapéutico para ella porque vive las relaciones con más aceptación y menos persecutoriamente” (Psicóloga, EXIL).

El reconocimiento del trauma a través de la palabra, la propia que es compartida y co-construida en el espacio psicoterapéutico, es considerado un medio duradero de reparación psíquica. El abordaje analítico del habla (fundamentalmente, la discontinuidad y el equívoco de la palabra) no tiene por objeto la *abreacción* de la experiencia del terror⁹, sino que dar acceso a la adaptación singular a las vicisitudes dolorosas de la Gran Historia, la reparación del daño y el refuerzo de sí mismo como actor social. La escucha activa y analítica busca definir un tiempo de mutación en el que la persona que sufre pueda abandonar la posición que la mantiene prisionera y desligarse así de la figura de su verdugo omnipresente, que ha incorporado en su mundo interno. El *espacio para hablar* que facilita la consulta psicoterapéutica busca proporcionar las herramientas necesarias que permitan rememorar el pasado en el presente, para que la historia singular, su historia, no cese de escribirse en el porvenir.

La repetición del trauma por medio de la verbalización (esto es, a través de una puesta en acto de tipo comunicativo) es un mecanismo para reducir los efectos inso-

9 La abreacción es el momento de la relación psicoanalista-consultante en que el segundo revive intensamente la situación inicial que originó su trastorno y que supuestamente le permite superarlo.

portables, integrándolo en una representación y fijándola de este modo, en el orden de lo simbólico. Trabajar el orden de lo simbólico es clave en el método terapéutico de EXIL; pues parten del axioma de que la tortura, el genocidio programado y las demás formas de violencia que se practican en sistemas políticos totalitarios o en los contextos de guerra buscan no sólo el aniquilamiento del individuo o de una colectividad, sino el asesinato de lo simbólico. La voluntad de matar lo simbólico vienen a ser en definitiva, querer exterminar la característica distintiva de lo humano, la que ordena la vida social permitiendo a los seres humanos de organizar los vínculos sociales.

MOMENTO 2. Construir vínculos entre el evento traumático y los síntomas.

De acuerdo con las entrevistas realizadas a profesionales y usuarios de los centros de atención a la salud mental especializados en las secuelas de la violencia organizada, rara vez las personas que atienden conciben, de entrada, la vinculación entre el evento traumático y el síntoma. La vida en el exilio hace despertar sentimientos de fragilidad, primordialmente al producirse episodios en el transcurrir de lo cotidiano que reavivan recuerdos y sensaciones de la experiencia traumática. Las personas que sufren traumatismos muy antiguos consiguen proyectarse con dificultad, en el futuro. ¿Cómo se trabaja la toma de conciencia del vínculo entre las violencias padecidas y su situación de sufrimiento actual? EXIL-Barcelona propone acompañar al sujeto por un proceso de reflexión analítica que le lleve a desresponsabilizarse de las repercusiones de la violencia organizada, a través de la comprensión de que lo vivido es producto de un orden político-social determinado. Se trata de que adopte como verdad propia, interiorizada, el mensaje locuazmente expresado por el director de los centros EXIL:

“Los exiliados son producto de un desorden a escala mundial originado por la desigual distribución de la riqueza y por el apoyo incondicional por razones geopolíticas de los gobiernos de las potencias económicas mundiales, a determinadas dictaduras o a regímenes que violan sistemáticamente los derechos humanos”.

MOMENTO 3. Reaprender a ser sujeto autónomo, ejercer su ciudadanía.

Según el modelo interpretativo de EXIL, con la tortura y el encarcelamiento entra en crisis la autonomía individual. La capacidad de juicio y de acción del sujeto se resiente, resquebrajándose la autoestima. La tortura y la violencia organizada tienen la particularidad de ser producto de un acto intencional cuyo cometido es la destrucción de las creencias y las convicciones de la víctima. Haciendo uso de la manipulación psicológica y las estrategias de culpabilización, la violencia organizada logra alterar la constelación identitaria de las víctimas, anulando sus capacidades de crítica y de actuar coherentemente con sus ideales y creencias. El tratamiento psicoterapéutico considera en consecuencia, dos dimensiones del ejercicio de violencia organizada:

Dimensión A. El acto de la confesión ante el verdugo supone una despersonalización difícilmente soportable: la víctima siente haber perdido el secreto de su pensamiento, dice la palabra que el torturador desea arrancarle (Gómez Mango, 1989). Si bien en la relación terapéutica se produce una ‘nueva confesión’, los profesionales de

EXIL tiene por cometido hacer que surja desde el interior del individuo, de su propia voluntad de aliviar su sufrimiento. La calidad terapéutica de tal ‘confesión’ radica en el sentido de *poder decir y poder callar*. Esto es, la reconstrucción indispensable de un espacio de *palabra no dicha*, que produce la posibilidad misma de la existencia de una *palabra viva* (Gómez Mango, Edmundo, 1991).

Dimensión B. Sobrevivir a una situación muy traumática o a un sufrimiento puntual o crónico significa necesariamente tener recursos y conocimientos sobre tácticas de supervivencia, los cuales son un material valioso. La psicoterapia tiene como función aquí, hacer emerger esos recursos y conocimientos para que se recobren las capacidades de resolución, de actuar y de tomar de decisiones que quedaron anuladas tras las vejaciones físicas y psíquicas sufridas.

Se produce por tanto, una inflexión en la relación con la persona que consulta: del trato protector se pasa a insertar los mecanismos de la crítica y la autoreflexividad para discernir los recursos propios e incentivar el afán de superación.

“Al principio, uno tiene que apoyar estas personas dándoles los recursos porque vienen con una parálisis en cuanto a capacidades de resolución, de actuar y de tomar decisiones. Al principio, sí puede haber proteccionismo por nuestra parte, para que se sientan cuidados, pero poco a poco, en la medida que va logrando la confianza, uno va intentando introducir también la capacidad crítica y autocrítica de que no todo se tiene que esperar de la sociedad de acogida, de los demás, sino que uno tiene que empezar a sacarse sus propios recursos para reinventarse la vida. [...] Y transmitirles el sentido de lucha” (Psicóloga, EXIL-Barcelona).

MOMENTO 4. *Reaprender a ser actor social, construir nuevos vínculos de pertenencia comunitaria.*

Las personas exiliadas proceden de países donde las condiciones mínimas de pertenencia a la comunidad se han visto incesantemente amenazadas. La violencia o la muerte que el ser humano inflige a otro ser humano no se inscribe en una criminalidad ordinaria, sino en una pseudolegalidad que exime a los que detentan el poder, de la infiltración del terror por medio de las armas, el abuso sexual, el genocidio o la ‘purificación étnica’ (D’Hélia, 1999). La tortura y la persecución política tienen por efecto una desarticulación del vínculo social: a través del suplicio ejercido a un conjunto de individuos, aterra y somete a una comunidad entera (Viñar & Viñar, 1992). En el nivel de la unidad familiar, esto puede suponer igualmente la destrucción del tejido familiar y social, producto de la “infiltración del horror” en el seno familiar, implicando una alteración de la capacidad de las víctimas de relacionarse sanamente con los miembros familiares y de su comunidad. La construcción del exilio como problemática social invita, entonces, a trabajar la intersección de una historia singular con la Gran Historia, en la cual lo singular se inscribe e interviene.

En el encuentro terapéutico, la reparación de la desarticulación del vínculo social que la tortura y la persecución política infligen, pasa por proveer recursos para que la persona reconozca que ha sobrevivido a la violencia de un evento que es normal

de experimentar como traumático. Se trata de incitar a la subjetivación *temporal* de la condición de víctima. Mantenerse en una posición de víctima inhibe al sujeto de la empresa de retomar las riendas de la propia trayectoria vital. Para los *profesionales del des-exilio* el reto reside en sanar las secuelas del evento traumático con el objetivo de ofrecer un sostén continuo para que la persona se labre un porvenir en la nueva sociedad de instalación.

Segunda herramienta de reparación de la articulación de la historia singular con la Gran Historia, el desarrollo de una acción comunitaria. Se trata de incentivar dinámicas de ayuda mutua, enfocados a la elaboración de proyectos de intervención comunitaria, que propicien la interacción del sujeto con su entorno presente más próximo. El propósito es el de establecer vínculos de solidaridad, de donde emana un componente terapéutico. Esto tiene por base las siguientes dos premisas: 1) Adoptar un compromiso con el mundo permite canalizar la ira que se siente ante las injusticias y 2) La práctica de la solidaridad tiene la potencialidad de recuperar no sólo la confianza en sí mismo, sino también en los otros seres humanos. La solidaridad se propone a modo de antídoto contra la degradación de la capacidad de amor hacia el otro que origina la experiencia de la tortura.

“Es importantísimo, la vinculación emocional con los pacientes. Es el valor terapéutico de la solidaridad. Porque el concepto de solidaridad implica por un lado esta capacidad de vincularse con el otro, de respetarlo incondicionalmente, en su condición de persona, y de servir como recurso para hacer frente al desafío de mantenerse en buena salud y al mismo tiempo la solidaridad implica la empatía, que es un factor fundamental. Es la capacidad justamente de colocarse en los zapatos del otro sin quitarle el lugar, sin imponerle una percepción” (Neuropsiquiatra y director EXIL-Barcelona).

En términos prácticos, los profesionales de EXIL incentivan la creación de un tejido social con la red asociativa y comunitaria de proximidad a la persona consultante. Se le ayuda a incrementar su red social, fomentando su participación en proyectos humanitarios o actividades culturales y deportivas, acordes con sus afinidades. La superación de las secuelas de la violencia organizada pasa por interiorizar un modelo de ciudadanía, en el que se actualiza el valor social del sujeto en el escenario concreto y cercano de la sociedad en la que vive.

“El valor terapéutico de la solidaridad. Suena como muy idealista pero es que lo comprobamos cada vez. Estas personas que vienen solas, que están aisladas, cuando empiezan a conectarse con gente de su nivel educacional, o gente con la cual pueda compartir inquietudes comunes o que tengan un background más o menos similar, se van a empezar a sentir cómodas o sentirse bien. Es lo que hace la diferencia entre sentirse bien o mal en el país de acogida. [...] Es por esto que nosotros trabajamos en red, intentando ver: esa persona, qué experiencia trae, cómo podría abrirse camino en este país. De lo que esta persona sabe hacer, cómo se puede potenciar esto aquí, y conectarla con gente que haga esto aquí, en este país” (Psicóloga, EXIL-Barcelona).

Subyacente a la vindicada acción intracomunitaria reside un objetivo político-social de más amplio alcance, que apela a una acción subalterna contra la acogida estatal inhospitalaria de los exiliados y preventiva frente a la violencia y la descohesión social que cosecha el maltrato institucional. Este último objetivo que guía la terapéutica de EXIL es una respuesta reactiva a un deber moral incumplido por los Estados-Nación en cuestión, al mismo tiempo que se quiere como medida preventiva contra el ejercicio de la violencia organizada.

“Es de incumbencia de los gobiernos de las sociedades en que los exiliados se instalan desarrollar políticas eficaces de acogida e integración socio-cultural, no sólo por tocar un asunto de decencia humana, sino también para prevenir entre otras cosas, una serie de manifestaciones anti-sociales –en particular, respuestas agresivas– por parte de las propias víctimas de la violencia ante situaciones de desesperación, alimentadas por las trabas administrativas para el reconocimiento del estatuto del refugiado, por la experiencia de la insolidaridad en sociedades con Estado de Derecho y Social y, por unas condiciones objetivas de existencia insuficientes y precarias” (Director, EXIL).

De ahí que el modelo sistémico de atención bio-psico-social de EXIL-Barcelona se defina además de intracomunitario, de democrático, provisto de un sentido liberador y cuyo objetivo es lograr una integración crítica, esto es, incentivar que las personas se adapten y aprendan a vivir en la sociedad de instalación enriqueciendo su propia pertenencia cultural con elementos culturales de dicha sociedad, sin infravalorar, ni dejar de conservar elementos culturales propios de la sociedad de origen. En este sentido, el modelo terapéutico de EXIL-Barcelona lleva intrínseco un *trabajo de orden moral*: el objetivo al potenciar bienestar individual es promocionar sujetos involucrados en la construcción de una sociedad basada en los principios de democracia participativa y justicia social y en el ejercicio de su ciudadanía. Al mismo tiempo, subyace una *exigencia moral* con respecto a su personal. Este es seleccionado en función de unos criterios donde están imbricados *l'expertise* técnico-médica y un posicionamiento moral determinado ante el sufrimiento humano y su alivio. He aquí la descripción del “buen terapeuta” según el director de los centros EXIL:

“Ser buena persona, sí pues. Tener un substrato de bondad, de solidaridad, de empatía, de compromiso con el otro [...] Y tener una relación con algún nivel de espiritualidad, si lo podemos decir así, es decir un objetivo superior, que no tiene por qué ser religioso y que puede ser justamente esta creencia en la capacidad humana de construir justamente un mundo, una sociedad mejor. La otra característica es que ellos mismos se sepan cuidar. Los profesionales de la salud tienen que ser personas sanas desde el punto de vista físico, es decir se tienen que cuidar. Sanas desde el punto de vista psicológico: tienen que establecer relaciones sanas con su gente, con sus propias redes sociales. Y sanas desde el punto de vista del compromiso social y desde el punto de vista ideológico: tiene que ser alguien que promueva bienestar, y que por lo tanto que sea capaz de cuestionar sus creencias y, justamente, cuestionar cuando estas creencias son sexistas, racistas, fascistas, por ejemplo”.

3. A modo de conclusión, últimas reflexiones sobre el trabajo moral del *ars medicus*

Las emociones son multidimensionales, pudiendo presentarse con distintas caras, e irreductibles tanto a lo biológico como a lo cultural (Williams, 2000; Bendelow, 2009). Los resultados aquí presentados del trabajo de investigación en el que se enmarca el estudio de caso de Malena aporta pruebas que apoyan tal constatación. Desentrañar la razón de ser de un estado de salud mental necesita de la interrogación sobre el contexto socio-relacional en la que aparece, acción que irrevocablemente contiene la potencialidad de transmutar el estado mismo. De ahí la maleabilidad del ser humano, tal como un sólido que puede desvanecerse en el aire. En este sentido, la incongruencia de responder sobre la bondad de cualquier acción que alivie un sufrimiento empleando *la irracional pasión por la racionalidad desapasionada* (Rieff, 1979) que tradicionalmente impregna el método con el que los estamentos positivistas de la ciencia han construido su conocimiento.

Ante el malestar que la razón no comprende, al menos transitoriamente, la búsqueda de una definición de lo que le hace sufrir dista de ser evidente. No sólo por el convencimiento de que el saber no vuelve más feliz, sino también porque como saben las ciencias sociales, las categorías con las que uno hace inteligible el mundo, lo transforman. El “*mal de amores*” de Malena ¿hubiera encontrado alivio con un experto sobre las aflicciones de los *amores líquidos* (Baumann, 2003) ? Decidir el tipo de especialista en cuyas manos confiar la manipulación del sufrimiento hasta extenuarlo depende de una cierta confluencia de cosmovisiones. En estas páginas emerge, como un intento de respuesta, la condición necesaria aunque no suficiente, de un *mínimo acuerdo común* sobre la condición humana, a modo de un *a priori* para que la intersubjetividad aparezca permitiendo que en la opacidad del dolor, se abra esa brecha de la que nacen las retóricas hipotéticas con las que clarificar los porqués, y de la que se fraguan las actitudes y prácticas con las que encontrar alivio.

Sanarse sanando el sistema, es el antídoto que propone el equipo terapéutico en que hemos circunscrito nuestra mirada para la redacción de este artículo. El trabajo de Exil-Barcelona consiste en brindar referencias estructurantes que sirvan de puntos de apoyo para devenir *sí mismo*, esto es aproximarse a la imagen aceptada de uno mismo. En el caso que nos ocupó, la construcción dinámica del vínculo consultante-especialista ejerce un efecto sanador al establecer un modelo experimentado de “relación sana” y al abrir hipótesis para la comprensión del dolor emocional. Sin embargo, la clave aquí no ha residido tanto en la locuacidad del acto de habla o en la delectación estética del espacio de la consulta, como en sugerir un modo de hacer valer la ciudadanía del sujeto, en su mundo más próximo (su comunidad) y a pequeña escala.

El modelo relacional del espacio clínico se traslada a los contextos cotidianos de interacción social. Pareciera que el acto profesional de socorrer al que sufre, pasara, en el caso observado, por convertir la descompensación psicopatológica o, en términos profanos el sufrimiento, en aflicción. De ahí que el trabajo terapéutico proponga

como antídoto la interiorización del imperativo moral categórico de actuar sobre el mundo para liquidarlo, a golpe de actos solidarios, de sus “males” objetivos, la desigualdad y la injusticia. En el acto de proporcionar bienestar subyace aquí, de manera intrínseca, una labor de orden moral, conteniendo una misión político-ideológica concreta. En este sentido, más que concluir con una “vindicación de la ética o la humanización de la práctica en el contexto de racionalidad clínica” (Comelles, 2003), la intención de la autora ha sido puesta en arrojar luz sobre la *economía moral* con la se que construye la racionalidad de un determinado *ars medicus*. El orden moral en el ejercicio de prestar un servicio al que lo solicita no deriva tanto de la asunción individual de unos determinados valores, sino de los imperativos categóricos morales que construyen el método de subvenir al necesitado. Además de constituir el engranaje de las técnicas empleadas en todo *ars medicus*, en el caso de estudio analizado aquí, los valores subyacentes a las profesiones de producción de salud se aplican como elemento de reparación. En este caso, la reparación pasa por una subjetivación de la violencia organizada como experiencia-impulso para actualizar la condición de ciudadanía del sujeto en su entorno inmediato.

Referencias bibliográficas

- ALONSO, A. (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.
- BAUMANN, Z. (2003). *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*. London, Polity Press.
- BENDELOW, G. (2009). *Health, Emotion and The Body*. London: Polity Books.
- BOLTANSKI, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilizations*, 205-231.
- CALNAN, M. (1988). «Towards a Conceptual Framework of Lay Evaluation of Health Care», *Social Sciences and Medicine*, 27(9): 927-933.
- COMELLES, J. M. (2003). «El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S.XXI», *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3 (1): 6-21.
- D'ELIA, H. (1999). «Le trauma associé à la violence politique», *Carnets*, 27 : 43-52.
- DELEUZE, G. (1986). *Foucault*. Paris: Editions de Minuit.
- FASSIN, D.; RECHTMAN, R. (2007) *L'empire du Traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.
- FOUCAULT, M. (2001). *L'Herméneutique du sujet*. Paris: Gallimard Le Seuil.
- FREUND, P.; MCGUIRE, M. (1991). *Health Illness and the Social Body*. New Jersey: Prentice-Hall.
- GAME, A.; METCALFE, A. (1996). *Passionate Sociology*, London: Sage.
- GOMEZ MANGO, E. (1989). «Violences d'Etat et droits de l'homme» Intervention dans le cadre de la réunion des Comités Européens d'Éthique Médicale, Lyon 4 mars 1989, 4 pages.

- GOMEZ MANGO, E. (1991). «La langue et l'exil» *Intersiques*, 3, monographie «Parcours d'exil », 119-133.
- HONNETH, A. (2003). "Redistribution as Recognition: Response to Nancy Fraser" in Fraser, N & Honneth A. *Redistribution or Recognition. A Political-Philosophical Exchange*. London, New York: Verso Books: 110-197.
- IBÁÑEZ, J. (1994). El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- LEZE, S. (2008). *L'autorité des psychanalyses. L'espace politique de la santé mentale en France* – Thèse nouveau régime présentée en vue du Doctorat de Sciences de la Société, EHESS-Paris.
- LURBE PUERTO, K. (2006). La enajenación de l@otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris. [ISBN: B-24362-2006/84-689-8876-6/] TDX 0718106-135329] disponible à <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0718106-135329/index.html>. Pp. 1-370 (Annexes i-xxxiii)
- LURBE PUERTO, K.; SANTAMARIA, E. (2007). "Entre (nos)otros... O la necesidad de re-pensar la construcción de las alteridades en contextos migratorios." *Papers. Revista de Sociologia*, 85: pp. 57-69.
- LURBE PUERTO, K. (2008). «Altérités aliénées: Quand la subjectivation des rapports racialisés de classe et de genre fait mal». *Sociologie et Santé*, juin 2008, num. 28, pp.315-334.
- LURBE-PUERTO, K.; FILC, D. (2010). «Providing Healthcare to the most Foreigner in Spain and Israel : Different Responses to a Same Challenge ». The Center for the Study of European Politics and Society (Ed.) *Spain, Israel and the EU (SIEU) Human. Rights and Immigration Policy*. Ben-Gurion University Print Unit Ed, Ben-Gurion (Israel) 2010 :121-150.
- MARTIN ROJO, L.; WHITTAKER, R. (Eds.) (1998). *Poder-Decir o el poder de los discursos*. Madrid: Arecife.
- MARTUCCELLI, D. (2003). *Grammaires de l'individu*. Paris : Folio Essais.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *forgé par l'épreuve. L'individu dans la France Contemporaine*. Paris : Armand Collin.
- MISHLER, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- RECHTMAN, R. (2002). «Victimes. Traumatismes, psychiatrie humanitaire et droits de l'homme ». Monographie. *L'Évolution Psychiatrique*, Paris : Elsevier.
- RIEFF, P. (1979). *Freud: The mind of a Moralist*. London: Chatto and Wittus.
- TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós
- VIÑAR; VIÑAR, (1992). *Exilio e Tortura*. São Paulo, Escuta.
- WAITZKIN, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters*. New Haven and London: Yale University Press.
- WILLIAMS, S. (2000). *Emotion and Social Theory*. London: Sage.
- WODAK, R.; MEYER, M. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa.

