

# APRENDIZAJES SOBRE PSICOTERAPIA TRANSCULTURAL, OBTENIDOS DESDE LA *ASOCIACIÓN OASIS DE AYUDA PSICOLÓGICA AL INMIGRANTE*

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

*The experiences lived in an concrete association of psychological help to the immigrant have allowed - though well in limited and partial form - to achieve a series of learnings on the psychology and psychotherapy related to the immigration such as: practical difficulties of the setting, importance of the grupal intervention (both preventive and curative), the relevancy of the treatment of the distress and the promotion of the internal resources. On the other hand, this experience makes us to question the doubtful validity of an indiscriminate use of instruments of diagnosis, with independence of the culture in which the subject has grown up. Also it is required from us a special reconsideration of the features that construct the therapeutic relation, of the facts on the proper goals and dynamics of the process and of the instruments to using along the same one. Simultaneously, it confirms to us the need of the transcultural approach for the treatment with the group of immigrants and for the proper professional and human growth of the psychotherapist.*

*Key words: Grupal psychotherapy, Immigration, Prejudice, Psicodiagnosis, Therapeutic relation, Transcultural psychology, Value*

---

## 1. PRESENTACIÓN

Este artículo pretende tan sólo ofrecer algunos aprendizajes surgidos de la experiencia vivida en la *Asociación Oasis de Ayuda Psicológica al Inmigrante*. Es todavía muy leve la reflexión desde la Psicología y la Psicoterapia referida a la inmigración en nuestro país, y poca la comunicación entre los distintos profesionales e instituciones que nos movemos en este campo. Un campo lleno de luces y sombras, pero con más peso de estas últimas, y que acaso la comunicación entre nosotros ayudaría a disipar un poco.

Cuando el grupo de profesionales de la psicoterapia –vinculados al Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona– constituimos la asociación,

dedicamos la primera etapa a formarnos en lo que pudiera tener de específico la psicoterapia con inmigrantes, y la tarea preventiva de salud mental de ese colectivo (que queríamos que tuviera un papel importante), mediante el estudio, la reflexión y las experiencias compartidas.

De entrada diré que, ya muy pronto, nos decepcionó constatar la poca literatura existente sobre psicoterapia relacionada con la inmigración en nuestro entorno geográfico. Mientras en las publicaciones destinadas a tratar el tema migratorio abundan artículos de corte sociológico o antropológico, escasean los de tipo psicológico o psicoterapéutico. Igual ocurre en los distintos congresos y jornadas en torno al tema. Bussé y Mahony apuntaban en el año 2000 que mientras en América el número de publicaciones ha bajado del 46% al 17% a partir de 1990, en Europa parece que va creciendo el interés, en especial en el Reino Unido, en primer lugar, y en segundo en los países escandinavos. No parece que haya el mismo interés entre nosotros.

Incluso podemos hablar de que hay un naciente interés por la psicología y psiquiatría transcultural que nos informa del tratamiento de la salud mental en otras culturas, y que nos lleva a reflexionar sobre el relativismo de nuestras concepciones sobre la salud mental y la psicoterapia. Encontramos bastante pronto algunos artículos relacionados con ella, sobre todo dentro del modelo del Análisis Transaccional, especialmente los que se referían al concepto de Padre Cultural (Drego, 1983), al que me referiré más tarde. Pero ello no obsta a la carestía de escritos relacionados con la psicología, psicopatología y psicoterapia específica del colectivo de inmigrantes en sí, si es que tiene algún rasgo propio y común a las distintas culturas. Pudimos localizar algunos artículos en la sección de Psicología Social de la revista electrónica *Psiquiatría.com*, que abordaban aspectos puntuales de la inmigración, algunos demasiado alejados y localistas, y unos pocos referidos a nuestra realidad cercana, consistentes, la mayoría, en investigaciones a cargo de profesores de universidades andaluzas, correlacionando inmigración y algún síndrome concreto. No fue hasta la publicación del profesor Achotegui (2002) –que ya venía hablando del duelo migratorio, la depresión en los inmigrantes y el “Síndrome de Ulises”– y la síntesis de Díaz (2003) cuando pudimos disponer de estudios más asequibles y globales sobre las peculiaridades de la psicología de la inmigración.

Por lo que hace a la investigación experimental, nos encontramos con un panorama similar. Señala Marqués que:

*La mayor parte de los estudios realizados en España surgen desde el ámbito de la sociología. Dentro de las investigaciones de corte sociológico predominan claramente los fenómenos cuantitativos, principalmente aquellos que atienden a aspectos cuantificables de tipo demográfico o económico, y la incidencia de estos aspectos en la sociedad española (Marqués, 2000, p. 231).*

En dichas investigaciones, el fenómeno migratorio ha sido estudiado básica-

mente desde el enfoque de estrés psicosocial. De todas formas, los resultados de las investigaciones no son demasiado fiables, cuando no contradictorios “ya que la multiplicidad de factores y la compleja relación que parece existir entre migración y salud hacen surgir problemas metodológicos y teóricos que dificultan resultados claros y fiables” (*Ibidem*). Pensemos en la dificultad de traslación de términos lingüísticos para describir un síntoma, el acotamiento de éstos, o de calificar un comportamiento como patológico, en individuos procedentes de otras culturas. Después haré referencia a alguna de éstas dificultades.

También aprendimos en esa etapa inicial el poco interés que suscitó entre las instituciones nuestra oferta de ayuda psicológica al inmigrante, en tres vertientes: prevención (a través de grupos de comunicación intercultural), formación (conferencias y cursos para profesionales o voluntarios implicados en actividades de ayuda a inmigrantes) y psicoterapia. El hecho de ser una asociación privada suscitaba recelo entre las asociaciones de inmigrantes, y la práctica totalidad de las instituciones de carácter asistencial—oficiales o de ONG’s con las que contactamos—parecieron entenderla como una especie de lujo inoportuno a desprestigiar. En el caso de ofrecimiento a asociaciones magrebíes, lo han percibido como una ofensa a la eficacia de las tareas de la *madrassa*, que hace innecesaria cualquier ayuda terapéutica. Prácticamente todas las actividades que ha ido realizando la asociación se han podido desarrollar gracias a haber sido presentada a través de alguna persona conocida y fiable para quien desempeñaba el cargo que decidía sobre la realización o no de dichas actividades.

Desde la limitada trayectoria experiencial recorrida por la asociación en que participo, integrada básicamente por psicólogos, (que en un principio se centró en el trabajo con inmigrantes, y ahora también con hijos de inmigrantes), más el estudio y la reflexión que llevamos haciendo desde hace unos años, pienso que —cuanto menos— los integrantes del equipo hemos adquirido algunos aprendizajes. Son los que expongo a continuación.

## **2. LA IMPRESCINDIBLE PREGUNTA PREVIA: ¿EXISTE UNA PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PROPIAS DEL INMIGRANTE?**

Cuando no preguntábamos entre nosotros si existían algunos rasgos peculiares propios del inmigrante —en general— o de la situación migratoria lo suficientemente importantes como para pensar en una psicoterapia con unos rasgos específicos a tener en cuenta, las respuestas que encontrábamos eran contradictorias. Algunos autores, antropólogos y profesionales del trabajo social, resaltan que los problemas del inmigrante no lo son en cuanto tal, sino como perteneciente a un estrato socioeconómico bajo, dentro de la escala social. Pensemos, por ejemplo, en el estudio realizado por Wamala, Boström y Nyqvist (2007) en Suecia, en año 2004, con más de 33.000 sujetos, en torno al distrés psicológico percibido. El resultado fue que el 25% se explicaba exclusivamente por la desventaja socioeconómica.

Ciertamente, es ya un lugar común considerar la inmigración como traumática en sí misma para el que la vive:

*La migración actúa como real e importante factor de trauma. Quizás sea bueno recordar que en realidad son trastornos por estrés, y que la respuesta encontrada en poblaciones de este tipo van a producir cuadros de profunda desestructuración. En estos pacientes muy frecuentemente vamos a encontrar elementos ligados a la evitación y la hipervigilancia. Dentro de la evitación las respuestas son variables, pero predominan las respuestas disociativas, las cuales son muchas veces evaluadas como cuadro de ansiedad o de depresión y con una respuesta terapéutica acorde* (de Rosa, 2001, p. 3).

Mas también es cierto que algunas de las pocas investigaciones realizadas, contradicen o cuestionan esas suposiciones, mientras otras las confirman. Así:

- la investigación realizada por Lazo, Navarro, Domínguez y Bermejo (cit. en Marqués, 2000, pp. 241-243) durante los años 1997-1998, en el que se utilizó la Escala de Síntomas Somáticos Revisada ESS-R y el Cuestionario de Salud Mental General de Goldberg (CHQ), desconfirmó la hipótesis de que los iberoamericanos inmigrantes en España tuvieran un nivel superior de psicopatología en relación con los autóctonos.
- Por el contrario, en una investigación realizada con españoles emigrados a Alemania y con mujeres hindúes emigradas a Madrid por Valiente y cols. (*Ibidem*, p. 245-249), sí se confirma el mayor nivel de alteraciones psicopatológicas entre la población inmigrante, con mayor grado de depresión, ansiedad fóbica, psicoticismo, ideación paranoide y sentimientos de inadecuación.
- Swinnen y Selten (2007), partiendo de considerar la migración como factor de riesgo para la esquizofrenia, a partir de estudios previos realizados con la población afrocaribeña del Reino Unido, no pudieron confirmar su hipótesis de que también sería un factor de riesgo para el trastorno afectivo bipolar.
- San Juan, Vergara y Ocáriz (2005), por su parte, en una investigación realizada con inmigrantes tanto magrebíes como subsaharianos, asiáticos, latinoamericanos y de países del Este (si bien con una muestra muy pequeña de cada uno de los grupos) sí constatan la migración como generadora de síntomas clínicos de ansiedad y depresión.

Pienso que podemos afirmar que la inmigración, en relación con la salud mental, es un fenómeno ambiguo. Señalan O'Ferral, Crespo, Gavira y Crespo (2003):

*Paradójicamente se observa cómo el mismo fenómeno de la inmigración, no sólo se comporta como un reconocido factor de riesgo, sino también, a veces, como un elemento protector de la salud mental. En este sentido,*

*Dotinga y cols. (17) revisando los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, comprueban que los inmigrantes marroquíes y turcos residentes en los Países Bajos consumen menos alcohol que los holandeses. ‘...]*

*En la realidad un mismo fenómeno aparece asociado a una mayor incidencia de trastornos mentales y en otras a todo lo contrario. Este carácter relativo se puede fundamentar, en que quizás sea la forma en que se lleva a cabo la adaptación o aculturación, la que determine estas diferencias epidemiológicas (O’Ferral, Crespo, Gavira y Crespo, 2003, p. 8).*

Podíamos entender fácilmente la emigración como traumática (por las pérdidas que conlleva, el estrés de aculturación, y las dificultades que supone iniciar la nueva andadura), aunque, curiosamente, observábamos que la mayoría de los inmigrantes “no estaban traumatizados”, en el sentido corriente con que utilizamos en término.

## **2.1. Psicología de la inmigración**

En realidad, en el estudio sobre la relación entre psicología e inmigración, teníamos claro que la reflexión se centraba en torno a unas personas a las que lo que les une no son unos rasgos peculiares como sujetos, sino el vivir una determinada situación. Así pues las preguntas se referían a:

- a) si las personas –con independencia de su tipología psicológica– quedaban afectadas en su psicología o su salud mental por el hecho migratorio
- b) si las personas migrantes tenían alguna peculiaridad común
- c) cuáles eran las características de las diferentes culturas que había que tener en cuenta en relación con el proceso terapéutico
- d) la posición personal del psicoterapeuta en relación con el fenómeno, para evitar que el desconocimiento de la misma pudiera incidir en el proceso en forma de prejuicio de algún tipo. Hay que decir, al respecto, que teníamos la gran suerte de que –si bien todos somos inmigrantes o hijos de inmigrantes (¿quién descende de una tribu de monos instalada en el pueblo o ciudad en que vive desde tiempos ancestrales?), prácticamente todos los psicoterapeutas que iniciamos la asociación habíamos experimentado el fenómeno de la llamada “migración interior” y podíamos aprovechar parcialmente nuestras vivencias para comprender mejor las de los inmigrantes foráneos. Poco después se añadieron al equipo psicoterapeutas inmigrantes de diferentes países, que nos ayudaron con su información y confrontaciones.

Consideramos, también, que la migración, en tanto que fenómeno social, afecta no sólo al inmigrante, sino también al grupo de pertenencia de éste en el país de origen, y al grupo de inserción en el país de destino. Si aceptamos la tesis de Millon y Everly (1994) de concebir la salud mental como un *continuum*, que va desde la salud a la enfermedad, y que la posición de la persona a lo largo de dicho

*continuum* depende en parte del estrés que la persona experimente, tendríamos que pensar que éste se relacionará, necesariamente:

- con la personalidad y las vicisitudes individuales del sujeto migrante
- con la presión de las expectativas sobre él del grupo de referencia en el país de origen
- con las relaciones que mantenga con la sociedad de acogida

La variabilidad en estos tres campos es amplia, y condiciona en gran manera el éxito del proceso, desde las diferentes perspectivas, incluida la de la salud mental.

Berry y Kim (1988), señalan como factores que modulan el estrés de aculturación:

- a) Los rasgos característicos de la sociedad de acogida, en relación con los prejuicios, la discriminación y la mono o pluriculturalidad
- b) El tipo de grupo al que pertenece el sujeto, según que sea inmigrante o refugiado
- c) El tipo de vínculo que mantiene con su propia etnia y la sociedad de acogida, sea la integración, la asimilación o la marginación
- d) Las variables individuales de sexo, edad, estatus económico, etc.
- e) Los rasgos psicológicos del individuo, que le hacen más o menos vulnerable al estrés

## 2.2. Pérdidas y duelos

Sea cual sea la peripecia personal del sujeto –que inicie la cadena familiar de migración, que tenga o no conocidos en el país de destino, que decida otro por él su trasplante (como en el caso de niños y adolescentes y de bastantes mujeres)– todos ellos pasarán –salvo los niños muy pequeños– por el sentimiento de pérdida y duelo que ha sido ya ampliamente tratado por Achotegui (2002). En algunos casos puede ir acompañado de un sentimiento de alivio por abandonar una situación sin salida, como hemos visto en algunas jóvenes latinoamericanas que se sienten ahogadas en las normas familiares y atrapadas en ellas como en una tela de araña; política –como han narrado algunos marroquíes; sociológica, como nos contaba una mujer hindú soltera; o de extrema violencia, como nos ha relatado algún colombiano.

Aparte de los “siete duelos” del inmigrante que enumera Achotegui (2002), hay que destacar la pérdida de los recursos propios de su cultura para solucionar los problemas con los que se va a encontrar. Por ejemplo, Cougil (2006) habla de los desencuentros que se producen en el subsahariano que llega a Europa, y entre otros, cita la falta de

4. *Las estructuras tradicionales de curanderos, adivinos, etc. que saben interpretar sus sueños, recelos, miedos, accidentes, muertes, etc.*
5. *La falta de ritos o de la manera y el lugar donde hacerlos. El miedo a morir y no ser enterrado según sus ritos para transformarse en antepasado.*
6. *Los antepasados no conocen la ciudad, y mucho menos Europa, por lo que los inmigrantes se sienten desprotegidos y abandonados. [...]*
8. *La falta de ritos que garanticen la curación completa del paciente. El*

*hospital y las medicinas no son suficientes, porque ellas sólo curan el cuerpo, pero no el “corazón” y la “mente” (Cougil, 2006, pp.5s).*

### **2.3. El grupo de pertenencia original**

Respecto al grupo de referencia del país de origen, está claro que la migración supone un balón de oxígeno para familias que desean ascender en su nivel de vida y en algunos casos, simplemente sobrevivir. En relación a esto último, la supervivencia no consiste solamente en tener comida, sino acceder a tratamientos médicos carísimos, o proporcionar estudios a los hijos. El envío de remesas por parte del familiar, es visto como positivo. En la economía del país la migración masiva supone una descapitalización humana, puesto que suelen marchar primero las personas con más formación e iniciativa, y a la vez una forma de reflotar la economía. Las “eurocasas” (las casas que se hacen en su país los inmigrantes de Europa, pensando en su vuelta) son, por ejemplo, un indicador de los cambios económicos positivos en el país de origen de los inmigrantes. Pero hasta llegar a este punto, la persona ha tenido que pasar por una serie de peripecias llenas, en general, de dificultades y de cuestionamiento sobre si será capaz de responder a los deberes que su entorno familiar en el país de origen le impone, so pena de quedar deshonrado y arrastrar en su deshonra a la propia familia.

### **2.4. El país de destino**

Respecto a la sociedad de acogida, la incidencia de la inmigración hay que situarla en dos contextos diferentes:

- el del grupo donde se va a insertar el inmigrante (barrio, empresa), normalmente entre las clases sociales con menos ventajas, que es quien va a vivir directamente el peso de las diferencias culturales y la competitividad por bienes escasos (plazas gratuitas de guardería, ayudas sociales, etc.).
- el del conjunto de la sociedad, bastantes de cuyos integrantes sólo van a obtener los beneficios económicos que para ésta supone la inmigración, sin pagar ningún precio por ello.

Es habitual que en el primero de estos dos grupos se den actitudes xenófobas. No olvidemos que mientras las dificultades del inmigrante han sido “elegidas” (o al menos eso se le puede achacar) su vecino autóctono vive la presencia del “otro” como una imposición de éste que él no fue a buscar. Así, por un lado, la convivencia cercana va a poner de relieve las costumbres incómodas del otro: hacen ruido las máquinas de coser de los chinos que trabajan día y noche, o los rumanos son poco cuidadosos con los elementos comunes del inmueble, los latinoamericanos incordian con sus borracheras de fin de semana, los subsaharianos huelen mal y no se puede pasar la noche en el mismo local, después de recoger fruta al sol todo el día... por no hablar del descenso del precio de la vivienda próxima a una mezquita o de la desaparición del barrio tradicional de los comercios “de siempre” para instalar

negocios regentados exclusivamente por y para pakistaníes. Estas muestras de quejas originadas por el roce diario pueden dar lugar a un racismo primario, y más cuando se dan entre personas que al estar en el estrato social más bajo son destinatarias de algunos recursos sociales que ahora toca repartir. Y este racismo no es sólo de la sociedad de acogida, sino también de los grupos de inmigrantes hacia ella y entre sí, pues el sujeto se traslada con sus propias hostilidades y prejuicios respecto a “los otros” a los que no ha ido a buscar. No olvidemos que uno de los sesgos cognitivos clásicos que parece haber sido corroborado por los estudios transculturales es la atribución positiva grupal “consistente en la creencia compartida que atribuye cualidades positivas al propio grupo de pertenencia y negativas a los otros” (Pérez Sales, 2004, p. 54).

El inmigrante tendrá que vérselas con las difíciles circunstancias y además con esta reacción de su entorno próximo, de modo que será precisa una importante fortaleza psicológica –a la que ayudará la reafirmación de su propio grupo y la cercanía de compatriotas– para sobrevivir al proceso migratorio con un grado de salud mental por lo menos suficiente para poder desarrollar una actividad que le permita satisfacer las expectativas que motivaron su venida.

Mas no nos engañemos. En el segundo grupo, que no vive en su experiencia directa las dificultades de la convivencia de diversas culturas con diferentes valores y costumbres, se dan frecuentemente otras formas de xenofobia más refinadas e indirectas. Como Espelt, Javaloy y Cornejo (2006), recogiendo los estudios de Pettigrew y Meertens (1995), además de los dos componentes del prejuicio manifiesto que señala Allport (1971) –rechazo al exogrupo y percepción de éste como amenazante, junto con la negativa a mantener relaciones íntimas con sus miembros– hay que considerar la presencia del prejuicio sutil, que permite mantener una actitud discriminatoria dentro de una apariencia “políticamente correcta”.

*Por su parte, el prejuicio sutil consta de tres componentes: 1. Defensa de los valores tradicionales. Se consideran aceptables aquellas conductas que concuerdan con los valores tradicionales del endogrupo. Existe la tendencia a culpabilizar a las víctimas del prejuicio de su propia situación, ya que se considera que no se comportan de la forma necesaria para tener éxito en la sociedad; es decir, no se atienen a las normas y valores de la mayoría.*

*2. Exageración de las diferencias culturales. La situación de desventaja de las minorías ya no se atribuye a inferioridad genética, sino a sus particularidades culturales. Las diferencias pueden existir, pero el prejuicio sutil las exagera, con lo cual el exogrupo se percibe como “gente aparte”, completamente distintos al endogrupo.*

*3. Negación de emociones positivas hacia el exogrupo. No se admite la existencia de sentimientos negativos hacia los miembros de las minorías para no ser etiquetado de racista, pero el prejuicio se manifiesta no*



*teniendo sentimientos positivos hacia ellos (Espelt, Javaloy y Cornejo, 2006, p. 82).*

Bien es cierto que el inmigrante no percibirá en forma tan agresiva esta segunda forma de prejuicio en un primer momento, pero dudo que no aparezca cuando el inmigrante, por su trayectoria, esté en condiciones de ocupar segmentos del mercado laboral a los que también aspire el autóctono. Por otra parte, y en relación con las instituciones de ayuda al inmigrante, no hay que despreciar que, aun con la intención positiva de colaborar al bienestar de éste, el resaltar en exceso las diferencias culturales puede llevar (tal como señala Goleman, 1996) a hacer más grande la brecha entre en endogrupo y el exogrupo. Y si es importante en todas las áreas considerar al individuo como alguien único, del que sólo existe un ejemplar, más allá de su pertenencia a uno u otro grupo cultural, mucho más lo será en el delicado campo de la psicología y la psicoterapia.

Narra Eco, en una novela sobre las andanzas de unos aventureros medievales a la búsqueda de un reino mítico, cómo llegan a un lugar habitado por personajes extraños: Unos tienen una sola pierna con un enorme pie, otros no tienen cabeza ni cuello, y los ojos y la boca están situados en el pecho; otros tienen unas enormes orejas que les llegan hasta las rodillas... Cuando uno de los viajeros se entera de las disensiones entre los distintos grupos, se produce esta conversación:

*-¿No sois amigos porque sois distintos?*

*-¿Cómo dice tú distintos?*

*-Bueno, en el sentido que tú eres distinto de nosotros y...*

*-¿Por qué yo distinto de vosotros?*

*-Pero ¡santísimo Dios! –dijo el Poeta– ¡para empezar, tienes una sola pierna! Nosotros y el blemia tenemos dos!*

*-También vosotros y blemia si levanta una pierna tiene solamente una.*

*-¡Pero tú no tienes otra que bajar!*

*-¿Por qué yo debe bajar una pierna que no tiene? ¿Acaso tiene que bajar tú una tercera pierna que no tiene?*

*Se entrometió, conciliador, el Boidi:*

*-Escucha Gavagai, admitirás que el blemia no tiene cabeza.*

*-¿Cómo no tiene cabeza? Tiene ojos, nariz, boca, habla, come ¿Cómo hace tú eso si no tiene cabeza?*

*-¿Pero tú no has notado nunca que no tiene cuello, y después del cuello esa cosa redonda que tú también tienes sobre el cuello y él no?*

*-¿Qué quiere decir notado?*

*-¡Visto, dado cuenta, que tú sabes que!*

*-Quizá tu dice que él no es todo igual a yo, que mi madre no puede confundir él con yo. Pero también tú no es igual a este amigo tuyo porque él tiene marca en la mejilla y tú no tiene. [...]*

*-Yo sé qué son los panocios, son gente casi como nosotros, salvo que tienen*

*dos orejas tan enormes que les descienden hasta las rodillas, y cuando hace frío se las enrollan en torno al cuerpo como si fueran una capa. ¿Son así los panocios?*

*-Si, como nosotros. También yo tiene orejas.*

*-Pero no hasta las rodillas ¡por Dios!*

*-También tu tiene orejas mucho mayores que las de tu amigo cerca.*

*-Pero no como los panocios ¡por los clavos de Cristo!*

*-Cada uno tiene orejas que su madre ha hecho a él (Eco, pp. 445s.).*

Ello no implica que haya que negar el estrés de aculturación que sufre el inmigrante, al desconocer las reglas que rigen en la sociedad de acogida. Tiene entonces una doble presión: la de satisfacer las expectativas de su grupo cercano en el país de origen y las de los roles que debe desempeñar en la sociedad de acogida, de los cuales muchas veces ignora prácticamente todo. Ese panorama puede agravarse si no se domina un idioma comprensible, y depende para todas sus relaciones de sus compatriotas.

## **2.5. La situación interna del inmigrante**

Vemos, pues, que la situación del inmigrante casi siempre viene marcada por los sentimientos de pérdida (ocasionalmente también, el alivio) y los sentimientos de inadecuación por desconocer los comportamientos que de él se espera en el país receptor. Si bien los sentimientos de pérdida son evidentes desde el primer momento, sin embargo suelen destacar en la primera etapa de la aventura migratoria los sentimientos de ansiedad por satisfacer las más elementales necesidades de supervivencia, y las dificultades propias de éste momento harán desviar la atención de los aspectos emocionales para concentrarla en lo más inmediato y pragmático. Sólo al cabo de un tiempo, cuando aquéllas necesidades (incluyendo el envío de remesas para la supervivencia familiar, tan básico como la propia supervivencia) estén resueltas, habrá un espacio interno en el que cobrarán una mayor relevancia los aspectos depresivos. Algunos autores (p.e. Pérez Sales, 2004) han cuestionado el modelo de una secuencia de adaptación formulado por algunos autores, del cual, el más conocido es el propuesto por Brink y Saunders (1976), que describen cuatro etapas:

- a) luna de miel
- b) desencanto
- c) comienzo de resolución
- d) funcionamiento eficaz

porque no todos pasan por la fase de luna de miel, no todos siguen ese orden, no todos llegan a la última fase, etc.. Ello no quita que, en general, es un esquema a tener en cuenta porque, entre otras cosas, permite explicar la enorme capacidad para superar las dificultades con que bastantes inmigrantes se encuentran en sus primeros momentos, al igual que al enamorado su euforia le permite superar las dificultades de compromiso y apertura incondicional al otro.

## **2.6. La personalidad del inmigrante**

De todas formas, si algo caracteriza al inmigrante es su resiliencia, entendida como capacidad de afrontar dificultades y adaptarse en forma resolutiva a las mismas. Si, como dije antes, nos preguntábamos por si existe alguna característica propia del migrante, creo que es ésta la común a destacar en prácticamente todos ellos. Si bien, como señalé, es bien distinto vivir el reto de la inmigración para quien inicia una cadena familiar y no conoce a nadie en el lugar de destino, de lo que vive la mujer del marroquí, el hermano de la dominicana, los hijos del ecuatoriano o el marido de la filipina que reagrupan (con o sin “papeles”) a los suyos, con un conocimiento ya de lo que se cuece en el lugar de destino, todos ellos se caracterizan por su capacidad de resistencia a la adversidad. No nos olvidemos: sea una persona con empuje y de estilo enérgico, sea una persona sumisa, sea un niño o adolescente aún en fase de cuajar su personalidad, prácticamente todos ellos hacen gala de una fortaleza, cada cual a su estilo, que tiene una fácil explicación: en su país de origen están crónicamente peor y han sobrevivido. Ello les ha dotado de una alta tolerancia a la frustración, han desarrollado múltiples recursos (“el hambre aguza el ingenio”), y han cultivado una perseverancia capaz de lidiar con la reformulación de un proyecto vital en un ámbito desconocido.

## **2.7. El “síndrome del corazón dividido”**

Otro de los aspectos comunes a los inmigrantes a largo plazo, y muy especialmente aquellos que tienen familia próxima en el lugar de origen y sólo han logrado reagrupar a una parte de los más próximos, es lo que yo llamo “el síndrome del corazón dividido”. Es una especie de “doble militancia” que no se da al inicio, donde el foco de referencia vital está centrado en el país de origen. Conforme el inmigrante va asentándose y creando vínculos afectivos con las personas de su entorno inmediato en el país de destino, trayendo algún familiar y acaso renunciando a volver definitivamente a su patria, paulatinamente va sufriendo una transformación de las que muchas veces no es consciente. Su foco vital profundo va desplazando el peso de un lado de la balanza al otro, de sus raíces antiguas a las raíces que va echando en el nuevo lugar. Continúa la añoranza del país de origen (muchas veces idealizado en el recuerdo), de las personas queridas que están ahí, permanece la sensación de patria y origen y pueden ser notables las diferencias con los autóctonos del país de destino y con los inmigrantes de otros países por el hecho de haber sido endoculturado en un ambiente concreto. Pero también, en sus visitas esporádicas a su país de origen se encuentra no pocas veces extraño (las cosas han cambiado), ajeno a los intereses más inmediatos de sus compatriotas, a veces tratado como foráneo, poco comprendido entre los suyos, con unos valores irreconocibles... Acaso en su familia alguien ha tomado el rol que él dejó vacante. Todos esos aspectos pueden llevar al inmigrante a una cierta apatridia emocional y una sensación de división interna o de pérdida de referencia afiliativa. A veces, cuando

tienen familiares muy cercanos en los dos países (por ejemplo, una madre con hijos y nietos en los dos lugares), hablan literalmente de “tener el corazón partido”, pues en cada uno de los lugares en que se encuentren les falta alguien cuya ausencia les impide el descanso afectivo y la sensación de unidad y plenitud. Y muchas veces tienen la conciencia de que esa carencia no se va a llenar nunca. Aquí el estrés será estable y sordo. El proceso migratorio se puede haber culminado con éxito, aparentemente, y sin embargo...

### 3. LA AYUDA PSICOLÓGICA AL INMIGRANTE

Si nos interesábamos por conocer diferentes tipos de cultura o los rasgos de la psicología migratoria, para poder atender mejor nuestros objetivos, necesariamente pasaba eso por comprenderlo desde las referencias más próximas. No nos servían tanto los estudios comparativos sobre de los inmigrantes en Canadá, Argentina o Alemania, sino constatar las diferencias culturales con el lugar en que se desarrollaba nuestra tarea (Barcelona y alrededores). Nos interesaba conocer qué extrañaban, qué les chocaba, qué les ofendía, qué les gustaba, etc. Y como no teníamos referentes, se lo fuimos preguntando, unas veces directamente, en los grupos de comunicación, y otras veces individualmente, a través de entrevistas semi-estructuradas, y otras en modo informal. Las respuestas, lógicamente, eran variadas. Había tres quejas comunes (aparte de la molestia del tuteo para los latinoamericanos): la falta de cortesía en el lenguaje (ya no hablemos de los “tacos”) y de formalidad y dignidad en el vestir (¿cómo se entiende llevar unos tejanos agujereados y arrastrando por el suelo?); la poca dedicación a la relación social informal (¿cómo puede ser que al cruzarme por la calle con un conocido al que le digo “hola” para iniciar la conversación, él me conteste con un “adiós”?); y el exhibicionismo ofensivo de la sexualidad (besos en la boca en la calle, algunas posturas claramente eróticas en público, el *top less* en la playa...). Y un elogio común por parte de las mujeres de cualquier cultura: aquí la mujer es libre, puede ir sola por la calle, no corre peligro... si bien algunas latinoamericanas se quejaban de no ser “miradas” (o, mejor dicho, se quejaban de ser miradas por los hombres con la misma mirada con que se mira a un hombre) y no ser objeto de atenciones caballerosas (ayudarles a bajar del autobús, cederles el paso, etc.).

#### 3.1. La patología del inmigrante

Una visión amplia de la psicopatología de los inmigrantes es la que contempla Valtueña (2000) cuando considera:

- “la enfermedad mental importada, es decir, los clásicos síndromes mentales”
- “y la resultante del proceso de inmigración”,

añadiendo que “La frecuencia del primer tipo es similar a la de la población donde inmigra, si no menor, debido a la selección natural que se produce a través del deseo

de inmigrar, igual a mejorar” (Valtueña, 2000, p. 235).

Conuerdo con este autor tanto en esta apreciación como en la que señala que los trastornos del segundo tipo son diferentes según las variables (edad, sexo, nivel socioeconómico, desajuste entre el país de procedencia y España, tiempo de inmigración, etc.) como ya antes destacué.

En cuanto al primer punto, en la mayoría de casos ignoro cómo se puede distinguir la enfermedad importada de la que surge a partir del estrés migratorio, salvo que se constate que la persona ya acudió en su país a tratamiento psicoterapéutico previo a la inmigración.

Pero, centrándonos en la que es resultante del proceso, podemos preguntarnos ¿cuál es la reacción ante un distrés importante? Por supuesto que variará en cada caso. Pero si la reacción va en consonancia con el estilo de personalidad, y teniendo en cuenta las aportaciones de Millon y Everly (1985/1994), si una parte importante de los inmigrantes entran dentro de los independientes activos –personalidad enérgica (“violenta”, en la traducción española)– y dado que la patología es consonante en dirección a la propia del estilo de personalidad sano correspondiente, es probable que en bastantes casos evolucione hacia comportamientos que aquí calificamos de antisociales. Podemos ejemplificarlo a partir de la relación entre inmigración y alcoholismo, en el caso de los latinoamericanos, como hacen Navarro, Morales y Cañabate (2002), pero yo no pienso que se deba exclusivamente al tema del alcohol, sino porque en el caso de los varones que inician la cadena migratoria de cada familia (y eso se da también en culturas musulmanas no consumidoras de alcohol, como magrebíes y subsaharianos) son “seleccionados” para este cometido, los que tienen un mayor empuje y una mayor confianza en sí mismos y que, según estos autores, a la hora de inclinarse por algún tipo de patología, siguiendo una perspectiva etnocéntrica, será la más probable el trastorno de personalidad antisocial. Con ello no me estoy refiriendo a las mafias internacionales de delincuentes, sino a inmigrantes que intentan lograr el cumplimiento de sus comprensibles expectativas socialmente aceptables, y que ante el fracaso de las mismas por los métodos socialmente sancionados, reaccionan en forma de huída hacia adelante. En el caso de las mujeres que inician la cadena (por ejemplo dominicanas, colombianas, etc.) la versión antisocial las llevará algunas veces hacia la prostitución (o también, en otros casos, a la explotación de ancianos seducidos por ellas con todo cálculo, frialdad e hipocresía) y la disociación entre dos subpersonalidades: la de aquí y la de allá. Esta misma disociación viven también algunos varones latinoamericanos, muy interesados en mantener lo suficientemente contenta a la mujer y los hijos “allí” como para no desear el agrupamiento familiar y la consiguiente revelación de su vida real aquí, y también la vivirían algunos varones filipinos si el colectivo de sus compatriotas (que son conscientes de esa posibilidad) no lo acogieran, acompañaran y controlaran en su proceso de inserción hasta “encauzarlo” a un esquema de vida “ordenado” que incluye el envío de

remesas a un país donde el hambre es una realidad cotidiana y común. Pero, de todas formas... ¿podemos calificarlo de trastorno de personalidad antisocial –cuando precisamente los rasgos antisociales dependen de la cultura a que se refieran– lo que pueden ser, a veces, comportamientos adaptativos y funcionales que resuelven el problema conforme a los valores prioritarios de la cultura del sujeto, tales como el deber de solidaridad económica con la familia de origen?

De todas formas, en relación con el alcance de ese distrés, yo quisiera destacar:

- Que esta apreciación no está contrastada más que con las experiencias informales de un pequeño grupo de profesionales. Informales porque, aun suponiendo que realmente tuvieran un trastorno antisocial de personalidad, los individuos que lo sufren muy excepcionalmente acuden a solicitar terapia. Por eso, desde la asociación, hemos hecho hincapié en la necesidad de la prevención, buscando reducir el estrés y fortaleciendo los muchos recursos internos que los inmigrantes suelen poseer.
- Que no es lo mismo insertarse en la cultura vasca, catalana o andaluza, puesto que hay notables diferencias entre ellas.
- Que cuando hablamos de las características de los inmigrantes de un país, lo hacemos generalizando tanto que también prescindimos de las diferentes culturas o subculturas del mismo, algunas también muy diferentes entre sí: no es lo mismo un ecuatoriano de la zona de la costa que el de la montaña, ni un marroquí del norte o del sur, de ciudad o de pueblo (cosa que sesga, creo yo, las investigaciones realizadas, y que luego da lugar a las contradicciones como hemos visto).
- Que no es lo mismo el proceso psicológico del sujeto que “decide” (lo entrecomillo porque la presión de la familia probablemente contamina la decisión) emigrar que quien lo hace porque alguien lo decidió por él (muchas mujeres magrebíes, adolescentes y niños de todas las culturas reagrupados por sus familiares, etc.). Como señala Cárdenas, “no emigran los más pobres y sin recursos, porque éstos no pueden acceder a esa posibilidad. Son personas ricas en su haber de experiencias, de capacidades y recursos que ponen en marcha para salir adelante” (Cárdenas, 2007, p. 1).
- Que en algunos casos el distrés no está separado del eustrés, en especial en aquéllos sujetos que viven una fase de euforia (luna de miel).

### **3.2. El diagnóstico**

Creo que nunca se insistirá suficientemente en la necesidad de revisar nuestros criterios diagnósticos al tratar a personas procedentes de otras culturas. El manual más utilizado entre nosotros, el DSM de la A.P.A. (DSM-IV-TR, a día de hoy), tiene buen cuidado en advertir que los trastornos hay que considerarlos como tales cuando su contexto lo permite, pues lo que son comportamientos bizarros en nuestra cultura, son perfectamente adaptativos y funcionales en otra. Sin embargo, dicho

manual no puede disimular su componente etnocéntrico, aunque recoja un conjunto de “síndromes ligados a la cultura”, que dejan mucho que desear desde el punto de vista de su categorización, ya que todos los síndromes están ligados a la cultura. No podemos pensar que salvo unos cuantos que recoge el manual especificándolos como tales, los demás, los que hemos acotado desde la cultura occidental son independientes de ella y responden a categorías universales. Como bien señala Pérez Sales,

*El concepto de Culture Bound Syndrome carece de sentido y sólo responde a una visión de la psiquiatría que define una serie de cuadros desde un modelo cultural y que luego reconoce ciertas entidades “folclóricas” y les da carta de aceptación, es decir, que pretende obtener validez transcultural fagocitando aquello que cuestiona su modelo y reconociéndolo en una sub-categoría diagnóstica (Pérez Sales, 2004, p. 94).*

Denuncia el autor la táctica de la *American Psychiatric Association* que, confundiendo lo anecdótico con lo básico, eleva a una categoría nosológica alguno de los centenares de síndromes folclóricos recogidos por diagnósticos realizados desde la visión local (*emic*), simplificando lo que son cuadros polimorfos y complejos.

Señala Pérez Sales que

*Lo que interesa destacar es cómo, más allá de las taxonomías, es posible entender que existen vías fisiopatológicas de respuesta del ser humano, como expresiones de una amenaza percibida extrema, congruentes con un modelo enculturado y socialmente normado de expresión. La amenaza encuentra su reflejo desde una perspectiva no dualista en somatizaciones, cuadros de ansiedad con síntomas psicóticos o cuadros conversivos o disociativos. Cada uno de los denominados “síndromes ligados a la cultura” puede tener múltiples formas de expresión, porque no se trata de entidades discretas, sino de constelaciones de respuesta. Lo relevante es, probablemente, realizar una buena formulación psicosocial del caso sin encallarse en la patoplastia (Ibidem, p. 93).*

Como nos enseñan la psicología y psiquiatría transculturales, si pensamos en la enfermedad mental como un tipo de lenguaje para expresar el sufrimiento de la persona que la padece, no podemos ceñirnos a una traducción literal de los síntomas a las palabras disponibles en nuestro idioma (la llamada perspectiva *etic*) sino que necesitamos del diagnóstico realizado desde su propia cultura (perspectiva *emic*) para comprender el significado de lo que ese lenguaje está diciendo.

Al respecto, uno de los factores a tener en cuenta es la disociación (¿trastorno disociativo colectivo, más que especialización?) existente en nuestra cultura entre las enfermedades “médicas”, “biológicas” y las enfermedades “psicológicas” y los profesionales que atienden y entienden de unas u otras. Es sabido que en otras culturas no existe esa división ni en la concepción de la enfermedad (enferma el

conjunto de la persona, y eso se manifiesta en sus funciones somáticas, cognitivas, afectivas, sociales y práxicas) y que el tratamiento es también unitario. La abundancia, desde nuestro punto de vista, de manifestaciones somáticas del sufrimiento (que nosotros llamamos somatizaciones) puede dar lugar a perversiones simplificadoras. Baste, como ejemplo, el caso que nos contaba una latinoamericana: al acudir en Barcelona al oculista de la Seguridad Social –por lo que luego, en su país se diagnosticó y trató con éxito como una infección en los ojos– éste la despachó en un periquete –negándose a hacer ningún tipo de exploración ni proponer ningún tratamiento–, en base al siguiente diagnóstico:

*“A ti lo que te pasa es que estás somatizando porque tienes el Síndrome de Ulises por haber venido aquí sin haber pensado antes en lo que te ibas a encontrar”.*

Me ahorro los comentarios. A la hora de realizar el diagnóstico de personalidad sospechamos que, si queremos hacerlo conforme a las categorías del D.S.M., algunas características enunciadas para los trastornos tienen tal carga cultural que es osado diagnosticarlo como patológico.

Por ejemplo: pensamos que no a toda mujer magrebí, o de algunas zonas de latinoamérica, que cumpla sobradamente los requisitos que se señala para el trastorno por dependencia se le puede tachar de dependiente, cuando su rol social dentro del grupo le exige que lo sea. Lo mismo nos ocurre con los rasgos paranoides en algunos varones magrebíes. Se nos pueden plantear también dificultades a la hora de calificar el trastorno antisocial de la personalidad. Por ejemplo: desconocemos qué comportamiento tenía desde los 15 años hasta la actualidad. Y ¿se puede medir con el mismo rasero el cumplimiento de las características tales como el “fracaso en adaptarse a las normas sociales de comportamiento legal, mentir repetidamente, incapacidad para planificar el futuro, incapacidad de mantener un trabajo con constancia y hacerse cargo de obligaciones económicas” cuando se trata de un inmigrante sin papeles, explotado por sus propios compatriotas y a quien nadie alquila un piso? Ni que decir tiene que a buena parte de los inmigrantes se les podría diagnosticar trastornos esquizotípicos, en base a su expresiones bizarras y pensamientos y actuaciones estrambóticas en relación con la ansiedad ante determinadas brujerías que perciben a su alrededor y los remedios que utilizan para protegerse de ellas. Habrá que distinguir, pues, a una persona que tiene alucinaciones olfativas que relaciona con el olor del diablo que le ha enviado una persona con la que está en conflicto, de aquella que al observar un método de limpieza con ingredientes desconocidos lo entiende como un ritual de brujería, o que interpreta la presencia de una lagartija como señal de un mensaje de que alguien le quiere hacer daño. En el primer caso estamos ante una percepción sensorial alterada. En el segundo estamos simplemente ante una interpretación coherente con una determinada cultura.

Ello no quita que



*A nivel general puede considerarse que en las culturas no occidentales (1) Hay una tendencia a la aparición de cuadros psicóticos breves con una menor tendencia a la cronificación (2) Los síntomas psiquiátricos pueden ser más dramáticos y espectaculares para un observador occidental. (3) La expresión psicológica de los síntomas suele ser global, abigarrada o atípica, y la diferenciación entre las diversas categorías psiquiátricas, incluso entre neurosis y psicosis, es difícil. (4) Lo somático y psicológico se presenta desde una visión unificada. Hay una gran expresión somática de las emociones o estados de ánimo, con frecuencia predominante sobre la puramente cognitiva. (5) Las reacciones de miedo y pánico son muy frecuentes, adoptando formas de representación culturalmente específicas. Es importante destacar que con mucha facilidad estas reacciones de miedo/pánico adquieren un matiz paranoide (Pérez Sales, 2004, p. 74).*

Si el problema de la lengua es una desventaja (e incluyo la diferencia de significado de algunas palabras y la incompreensión de otras en relación con los latinoamericanos), en cambio es una gran ventaja la capacidad que suelen tener las personas procedentes de otras culturas para desenvolverse con tests proyectivos, a partir de relatos o dibujos, si bien, en relación a éstos últimos, tengo mis dudas sobre si la interpretación simbólica que se da habitualmente a la ubicación espacial es aplicable a otras culturas, incluyendo las que escriben de derecha a izquierda o de arriba abajo.

Por otra parte, si siempre hay ofrecer el diagnóstico en términos comprensibles para el sujeto, en los casos procedentes de otras culturas nos toca clarificar cada una de las afirmaciones y pedir que nos expliquen qué es lo que han entendido. El calificar a una persona con una gran fortaleza del yo, puede ser ofensivo para un hindú, por ejemplo, que lo puede entender como egolatría. Y sobre todo, nos tocará tener en cuenta las atribuciones causales que hace el propio sujeto sobre su malestar: en muchos casos lo atribuirá al algún agente externo (por ejemplo, alguien con quien está enemistado que le ha enviado una enfermedad, o haber ingerido un determinado tipo de comida). Además, junto con el psicoterapeuta, pueden estar haciendo diagnósticos algunos sanadores tradicionales de la cultura del inmigrante, que le darán explicaciones bien distintas a la nuestra y más comprensibles para él (a veces en forma de metáfora que asustarán al psicoterapeuta si las toma en sentido literal), y que han de ser respetados y considerados como una riqueza para el conjunto del proceso.

### **3.3. El encuadre**

En relación con el encuadre hemos constatado elementos específicos en relación con:

- la percepción de la oferta
- la actitud del terapeuta

- el tema del dinero
- el tiempo en el proceso

### 3.3.1. La percepción de la oferta

Como decía, ha sido especialmente difícil la percepción de la oferta en su dimensión preventiva. Entiendo bien comprensible la desconfianza de las asociaciones de inmigrantes, y más cuando me han relatado un caso ocurrido hace años, en el que en una asociación se infiltraban, haciéndose pasar por magrebíes, algunos policías que luego denunciaban a los que estaban “sin papeles”. Más difícil de entender es en las instituciones oficiales u ONG’s que trabajan con inmigrantes (Cruz Roja, Cáritas, sindicatos, servicios de la Generalitat o del Ajuntament de Barcelona...), que acaso sólo tienen energías para tratar las desbordantes necesidades primarias a corto plazo. Tan sólo han sido sensibles a la oferta un par de Ayuntamientos. En cambio sí la han demandado profesores de institutos preocupados por el ambiente en las aulas, y muchas veces angustiados por los conflictos o el anuncio de los mismos entre los adolescentes y preadolescentes de diferentes culturas. Los institutos han sido, igualmente, los más preocupados por ofrecer formación a los profesores para la comprensión del fenómeno migratorio.

### 3.3.2. La actitud del terapeuta

*La relación terapéutica, es decir lo que el terapeuta trata de establecer con su paciente, es una relación compleja donde recién comenzamos a identificar sus componentes. Esta relación se basa en los elementos culturales implícitos compartidos por aquellos que están implicados. Refiriéndonos a la psicoterapia con los migrantes, éstas premisas no son necesariamente compartidas, lo que implica otra manera de comprender nuestros modos de hacer. Esto permite construir lo que de costumbre es primero e implícito: el contenido propio de la interacción, es decir la cultura (Moro, 2003, p. 1).*

Muchos y varios son los aspectos que nos sugieren que será diferente el vínculo (y no por ello más o menos eficaz, pero sí distinto) con un psicoterapeuta de su propia cultura que con el de una cultura diferente. De entrada, es probable que el comportamiento no verbal (expresión emocional en el rostro, proxemia, elementos paralingüísticos, contacto físico, comunicación simbólica, rituales de saludo, etc.) sean mejor comprendidos por la persona de su propia cultura.

Una pregunta que muy pronto nos surgió fue la de si es siempre pertinente la concepción del vínculo terapéutico “al estilo occidental”, más profesional que parental, incluso cuando se trabaja con personas de culturas en las que este último estilo es una expresión de interés. Sospechábamos, por ejemplo, que para el magrebí, que ama dar y recibir consejos, por ejemplo, la concepción de una relación terapéutica desde la no-directividad (o semidirectividad, como es habitual en

nuestro equipo) puede ser percibida como ineficacia o indiferencia hacia el sujeto, y sería más conveniente aconsejar. Por otra parte, podía resultar duro, para un determinado tipo de varón marroquí, que una psicóloga –no musulmana con larga melena y sin pañuelo– pretendiera darle, mirándole directamente y sonriéndole, los consejos que va buscando. En ese caso sería la totalidad misma de la relación y la terapia la que quedaría cuestionada. Es por ello por lo que éste fue uno de los elementos básicos de reflexión.

Tuvimos que reformularnos el rol que el propio psicoterapeuta tiene en relación con la psicoterapia. En la asociación trabajamos desde el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; 2003), que, sin seguir la no-directividad total de Rogers está marcado por él y se maneja desde una semi-directividad. En cambio algunas culturas entienden y buscan en el terapeuta una figura más directiva que la que acostumbra a darse en buena parte de nuestro entorno, especialmente en las psicoterapias humanistas. En general, los asiáticos esperarán una posición directiva por parte del terapeuta, que es reconocido como la autoridad experta encargada de decidir lo que convenga al proceso, a ser el único responsable de su estructura y orden y a proponer tareas y ofrecer consejos de tipo parental.

Algunas cosas que aprendimos en relación con el tema, son:

a) Que, al igual que los inmigrantes sufren estrés de aculturación –por ignorar las normas referidas a los roles que de ellos se esperan en el país de acogida– también los terapeutas autóctonos sufrimos aculturación en relación con el rol que espera de nosotros el inmigrante. Eso significa que nos toca hacer un esfuerzo por conocer sus expectativas y las normas que hacen creíble y eficaz un proceso psicoterapéutico en su propia cultura. Por tanto, pudimos ir constatando que:

- Es muy relevante aprender a pronunciar bien el nombre del inmigrante (Atxotegui, 2002)
- Resulta imprescindible adecuación al tratamiento de usted o “tú” (especialmente con latinoamericanos que perciben el tuteo como falta de respeto) y a ser posible, conocer algunas de las normas de comunicación interpersonal de la cultura del sujeto, difíciles de imaginar desde nuestro contexto. Por ejemplo: hay culturas subsaharianas en que decir el nombre del otro antes del propio se vive como exponerle a un peligro, hablar de pie es una falta de respeto importante, y no está permitido mirar a la cara. O culturas magrebíes en que una mujer no puede sonreír si está hablando con un varón.
- En relación con la jerarquización de roles, muchas culturas exigen del terapeuta una mayor diferenciación de roles –que incluye cuidados ambientales y de indumentaria– de la que solemos hacer aquí dentro del marco de las psicoterapias experienciales-humanistas. Por su parte los magrebíes esperan que se les trate reconociendo las diferencias de rango, incluyendo la superioridad del hombre sobre la mujer, aspecto a tener en cuenta cuando la terapeuta es mujer y hombre el cliente.

- Los latinoamericanos nos ven demasiado directos (cosa que interpretan como mala educación) y desagradables, y esperan palabras cariñosas, mientras a nosotros nos cuesta saber qué están diciendo bajo lo que para nosotros es una hojarasca de palabras que nos obliga a adivinar sus expectativas y demandas. También nos ven muy poco apegados e implicados en responsabilizarnos de la familia, en sentido extenso.

Y mientras se requiere el empleo de una gran dosis de amabilidad, reflexión y rodeos para expresarse con ellos (más si lo que se trata de comunicar es un desacuerdo) en otros casos es preferible prescindir de esos rasgos si se trata de personas de los países de Europa del Este, eliminando cualquier tipo de paños calientes que suavicen una negativa, ya que –a la vez que nosotros los solemos percibir como agresivos– ellos nos suelen percibir a nosotros como demasiado indirectos (cosa que interpretan como falsedad y deshonestidad en el trato).

- Por su parte, los subsaharianos, en general, nos perciben como personas poco afectuosas, que ponen mucha distancia, son poco solidarias y poco hospitalarias. También nos ven tiránicos en las exigencias laborales de cumplimiento de horario, y diligencia en el mismo. Nosotros los podemos concebir, en cambio, como faltos de límites individuales y vagos. Como comenta Cougil (2006):

*La hospitalidad es un deber y es el valor más común de la Religión Tradicional Africana. Entre los familiares, parientes y la gente del mismo clan existe un fuerte sentido del compartir, de la solidaridad y de la pertenencia al mismo antepasado que está vigilante para cuidar de sus descendientes. Esa solidaridad comienza cuando cada uno sabe cual es su lugar en la familia y cumple sus deberes. La holgazanería no es normal, aunque hoy se constata en la modernidad y es atribuida al mal uso de la idea tradicional de hospitalidad. Nyerere, el antiguo presidente de Tanzania, tuvo que decir a la gente que venía a vivir a casa de algún pariente en la ciudad aquél axioma que le hizo famoso: “al huésped, el primer día se le da pollo para comer, el segundo día, pescado, y el tercero una azada para trabajar (Cougil, 2006, p. 4).*

También hay que comprender que el modo exagerado de hablar de las culturas magrebíes es una modalidad expresiva destinada a convencer de que no están mintiendo.

- Hay que adecuar el manejo de la distancia espacial y el contacto corporal a la cultura propia del inmigrante, de modo que no resulte invasiva o abandonica, o incluso ofensiva en algunos casos de culturas en que la relación entre géneros es muy distinta a la nuestra. Los magrebíes suelen acercarse mucho, y a lo largo de la conversación con un latinoamericano hay más contacto físico, mientras los japoneses mantienen una fuerte distancia, por ejemplo, y los musulmanes de distinto género no se besan entre sí como saludo, y hacerlo puede resultarles violento.

Mientras estoy describiendo estos puntos, soy plenamente consciente de la generalización y simplificación que todo ello comporta. Pienso lo que podría significar para nosotros el artículo de un psicólogo pakistaní describiendo a los europeos, asimilando como equiparables la cultura del moscovita, la del habitante de Oslo, el sevillano, y el ateniense, o de todos los moscovitas o sevillanos entre sí. Tras tantas precauciones como parecen ser necesarias para realizar con éxito un buen vínculo que garantice la eficacia del proceso, y ante la imposibilidad por parte del terapeuta de conocer todos los recovecos de las distintas culturas de los inmigrantes a que atiende, creo que una postura sabia es la que adopta la terapeuta familiar Kreuz, cuando relata:

*En mi práctica clínica, intento transformar el posible problema de la diferencia cultural en una virtud: de manera respetuosa advierto a la familia sobre mis múltiples ignorancias referente a su “cultura” específica. En este caso exagero la posible percepción de la no-pertenencia, para adoptar una posición de honesta curiosidad, pidiendo que la familia me instruya sobre todos aquellos aspectos que son importantes para ellos y que yo supuestamente ignoro. La posibilidad de ser diferente también implica poder ver y desafiar algunas pautas de interacción que tienen una componente importante cultural y pueden estar en la base de algunos síntomas y sufrimientos familiares. Un(a) terapeuta que pertenece a la misma cultura y se demuestra claramente crítica puede correr más rápidamente el peligro de ser descalificada en similares circunstancias (Kreuz, 2002, p. 3).*

Estará bien verificar las expectativas del inmigrante acerca de las tareas que espera realice el terapeuta. Así, mientras determinados individuos pueden esperar que el terapeuta les dé consejos acerca de cómo solucionar determinados problemas, otros esperarán poder desahogarse y que el terapeuta sea simplemente alguien que escucha y comprende; y otros esperarán que les interprete y explique los síntomas que les están pasando. En algunos casos pueden esperar que el terapeuta actúe como el estereotipo médico: que asuma sólo él el rol activo, averigüe el problema y “recete” comportamientos concretos. En otros buscarán en el psicoterapeuta, más que la pericia del especialista, nada menos que la sabiduría de una persona integrada que les pueda guiar en su trayectoria vital.

- Constato la necesidad de que el marco de trabajo venga muy claramente expresado en términos comprensibles para el inmigrante (y la comprobación de que realmente se ha entendido), para evitar equívocos y confusiones, diferenciándolo de las tareas de tipo médico y asistencial.

Baste una anécdota para ilustrarlo: parte de las tareas de la asociación están destinadas a prevención de prejuicios y de cuadros depresivos, para lo cual hemos estructurado una serie de sesiones de grupo gratuito, mixto, integrado por inmigrantes y autóctonos, en los que comunicarse sobre las diferentes experien-

cias frente a la inmigración. Al acabar la primera de estas sesiones con un grupo de chinos (muy difícil, puesto que había que ir traduciendo absolutamente todos los contenidos), nos reclamaron la paga por haber asistido, ya que pensaban que cobrarían por ir, al igual que les ocurría en los cursos de catalán promocionados por la Generalitat de Catalunya.

En esta anécdota creo que puede verse uno de los principales problemas en la relación intercultural: por supuesto que hay que hacer explícito lo implícito, para someterlo a contraste y evitar malentendidos. El problema es que no somos capaces de detectar muchísimos elementos implícitos que damos por sobreentendidos.

- Ni que decir tiene que en algunos casos es difícil explicar una actividad desde el voluntariado social en culturas donde éste ni existe ni se concibe, como ocurre en algunas magrebíes.

b) Que es una gran tentación involucrarse en tareas de relación de ayuda destinadas a inmigrantes desde una postura de lo que en términos de los “juegos psicológicos” de Berne (1964/1976) se llama “el rol de Salvador” (Karpman, 1968), desde una visión idealizada y maniquea de la problemática de la inmigración, y enredándose en juegos del tipo “Sólo estoy tratando de ayudarte” (Berne, 1978/1983). En él (y todos los que se inician desde esa posición) se parte de una visión devaluada de los recursos y cualidades de quien tenemos enfrente, que entrarían en la categoría de prejuicio sutil a que antes me referí. Al respecto, es importante que el profesional se interrogue y conozca sus motivaciones con la mayor profundidad y honestidad que le sea posible.

También pienso que, al igual que Brink y Saunders (1976) se referían a las diferentes fases del proceso de migración, también las personas sensibilizadas hacia el tema pueden sufrir un proceso paralelo (y eso se dio en cierto modo en la asociación), a partir de una visión idealizada del trabajo con este colectivo. Creo que la observación desde fuera, en un primer momento, del injusto trato institucional y humano del que frecuentemente son víctimas los inmigrantes, puede llevar a algunos colectivos de estos ámbitos a una visión excesivamente angelical y maniquea, y así lo pudimos constatar en relación con alguna ONG que colaboró con nosotros. Por suerte, vendrá luego la fase de desencanto, de observancia de las manipulaciones de algunos de ellos intentando sacar provecho de su situación (la dureza con que pueden tratar a sus compatriotas en situación de mayor debilidad que ellos, la insensibilidad para chantajear y/o abandonar a personas en situación de indefensión una vez que el inmigrante se ha convertido en imprescindible para ellas, su estudiada pasividad, su visión del autóctono como un tonto a quien explotar, etc.) y este desencanto nos llevará a una visión más realista del inmigrante concreto que tenemos delante, y por lo tanto a emprender un camino de resolución de problemas apoyado en la realidad, y no en las fantasías iniciales. Este paso llevará a diferentes reajustes en el encuadre, incluido el tema de los honorarios, para garantizar una

terapia en que la solidaridad, la honestidad realista y la eficacia vayan de la mano.

c) que el problema de la lengua, solucionado en otros ámbitos mediante la participación de un intérprete, se vuelve fácilmente incómodo en unas áreas donde la palabra y la expresión de intimidad van tan unidas en el caso del proceso terapéutico, aunque también tiene la ventaja –como indica Moro (2003)– de que mientras el traductor traduce, el terapeuta tiene tiempo de reflexionar sobre lo que está ocurriendo. Si bien cuando se trata de una terapia grupal o de familia ya es compleja la intervención del intérprete (sobre ello y sobre la formación de éste para convertirse en un mediador véase Pérez Sales (2004), sobre la figura del trabajador bicultural y las reflexiones de Valero (2004) sobre el mediador lingüístico), en el caso de la terapia individual, por el carácter de redoblada intimidad, se convierte en una seria dificultad.

3.3.3. Referente al dinero, se me hace patente la necesidad de un tratamiento muy claro de los honorarios. En nuestra asociación –y a diferencia de lo que ocurre en los grupos de comunicación de carácter preventivo– en la psicoterapia grupal o individual, la asociación ofrece importantes subvenciones y ayudas, pero exige un mínimo de aportación al inmigrante, como señal y símbolo de su compromiso en el proceso terapéutico. Tan sólo las dos primeras horas y en algunos casos de emergencia, mientras esta dure, se realiza la psicoterapia totalmente gratuita. Pues bien:

- por una parte esto nos genera una cierta contradicción con nuestra actuación como profesionales cuando alguno de los autóctonos a quienes atendemos fuera del marco de la asociación se encuentra en condiciones económicas tan precarias como algunos de los inmigrantes atendidos por la asociación.
- por otra, esta discriminación positiva es aprovechada por los inmigrantes no pocas veces para colocarse en una posición victimista o narcisista, acreedora de toda clase de atenciones sin contrapartida, y por los autóctonos para sentirse excluidos de los mimos sociales que a otros se les dispensan, generando una actitud celosa y xenófoba.

Pienso que es importante que cada terapeuta resuelva su posición respecto al dinero en forma que se sienta coherente, respetuoso y respetado. De todas formas, no es extraño que a lo largo del tiempo sufra una evolución y reajuste su práctica hasta encontrar el punto satisfactorio.

3.3.4. Por lo que hace al tiempo, parece ser –según los estudios con que contamos– que la inmensa mayoría de los inmigrantes perciben un ritmo de vida más veloz que el de su país de origen, y la adaptación les supone un estrés. Además, suele diferir el concepto de puntualidad (pensemos en los grados que puede llegar a tener el “ahora” en los países que distinguen entre “ahora”, “ahorita” y “ahoritita”). Por ello, el intento de adecuación de las primeras sesiones a la duración habitual de una hora

(o de dos en la entrevista inicial) puede resultar enormemente forzado en las primeras de ellas y en algunos casos de encorsetamiento rígido da lugar a que el vínculo quede comprometido, cuando se trata del inicio de la terapia. En el mismo sentido se manifiesta Moro (2003) que determina una duración de dos horas para las consultas.

Igualmente hemos constatado –tanto nosotros como el resto de asociaciones que trabajan con inmigrantes (Marqués, 2000)– la fragilidad de un planteamiento grupal programado en base a la suposición de la continuidad de las personas integrantes. En la fase para la cual son útiles los grupos destinados a tratar los temas típicos de la inmigración, buena parte de los miembros del grupo, a lo largo de unas pocas semanas, irán cambiando de trabajo y de horario y les será imposible acudir, con lo que el proceso grupal se resentirá de esas ausencias.

### **3.4. El proceso**

#### **3.4.1. El Padre Cultural**

A la hora de comprender lo específico de una psicoterapia con inmigrantes, me parece una aportación muy relevante la que, desde el Análisis Transaccional, realiza Drego (1983) con el constructo de “Padre Cultural”, para ubicar dentro de este subsistema lo que diferencia la estructura de personalidad de un inmigrante de la de otro procedente de otro país culturalmente distinto, y de la de ambos con el autóctono.

Como es conocido de la mayoría, los estados del yo son patrones consistentes de sentimientos, pensamientos y comportamientos (con cierto parecido a las subpersonalidades) del sujeto. En el modelo de Berne se distinguen tres estados del yo:

- el estado Padre (o estado parental), que repite esquemas externos internalizados, procedentes de las figuras de autoridad para el sujeto.
- el estado Niño (o estado infantil), que repite esquemas cognitivos, emocionales y comportamentales egocentros y gestados a lo largo de nuestra infancia.
- el estado Adulto, centrado en el presente, que ajusta la percepción interna (proceda de las introyecciones de las figuras parentales o de los patrones infantiles) a la información sobre la situación externa actual y elabora patrones afectivos y de comportamiento coherentes con esa información.

Pues bien: si en el seno del estado Padre se albergan introyecciones de pensamientos, sentimientos y conductas de figuras de autoridad que pueden operar en forma automática, Drego coloca también ahí, como otra autoridad más, al sistema cultural en la que se ha formado la estructura de personalidad del sujeto. A este subsistema lo llama “el Padre Cultural”, actuando como síntesis de lo que el sujeto debe hacer para satisfacer las expectativas sociales:

- la Etiqueta, es decir las opciones (limitadas) de lo que se debe hacer, según las creencias y valores culturales. Por ejemplo, la prohibición en algunas culturas de



que las adolescentes hagan gimnasia o aparezcan en público sin el *hiyab*, las normas sobre cómo comer el pescado en una comida de negocios china, para indicar las incidencias de la negociación, o el mutismo inexpresivo que se debe mantener en la cultura japonesa mientras no hay una marcada pausa en la conversación por parte del otro.

- las Técnicas culturales, o conjunto de datos de lo que es preciso hacer, los métodos y procedimientos de organización material y social. Por ejemplo la constitución de un tribunal de deliberación y decisión por parte de los adultos del grupo para resolver los problemas internos o con los vecinos en los grupos de gambiaños, o la utilización de determinadas raíces o abluciones para contrarrestar el mal de ojo entre algunas culturas centroamericanas.
- el Carácter, o maneras socialmente programadas de responder a las necesidades biológicas y sentir y expresar las emociones. Por ejemplo, el miedo ante el citado mal de ojo cuya autoría se atribuye a una vecina, la expresividad y viveza de lo paralingüístico, la mímica y la gesticulación de buena parte de la cultura magrebí, o el sentimiento de deshonor si se vuelve al país de origen sin suficientes regalos.

Los miembros de las diferentes culturas tenemos así diferentes “Padres Culturales” que simultáneamente nos facilitan los roles y limitan las opciones. No en todas las personas tiene igual fuerza el Padre Cultural, al igual que no en todas tiene igual fuerza el estado Adulto o Niño. Pero es importante, desde el punto de vista terapéutico, poder distinguir en lo que observamos lo que procede del individuo, propiamente, y lo que procede de las introyecciones del Padre Cultural, puesto que en ello nos jugamos conocer la estructura de personalidad del sujeto, comprender y distinguir lo que responde a su historia peculiar de lo que es fruto de la ósmosis de su cultura de origen, y poder así ajustar la planificación de las intervenciones terapéuticas, según se trate de un caso u otro.

En algunos casos de disociación vital, nuestra sospecha va en la línea de suponer que en determinadas culturas la presión ambiental es tan fuerte y rígida que no hace necesaria la integración personal de los valores que esa cultura defiende. El Padre Cultural es tan fuerte que predomina sobre el resto de las instancias de la personalidad. Lo que se integran no son los valores, sino introyectos. Al faltar la presión exterior y convivir con una cultura que hace tambalear esos introyectos, la persona—para no entrar en el caos—genera dos estructuras de personalidad distintas, cada una de las cuales le resulta válida y le permite mantener su autoestima en un contexto concreto.

A propósito de las diferencias en el Padre Cultural, un estudio realizado en el País Vasco con una muestra de 478 inmigrantes (subsaharianos, árabes, latinoamericanos y de Europa del Este, con una media de tres años de residencia en España), mostró que las dificultades de la aculturación se producen especialmente en torno a tres áreas:

*Se ha confirmado nuestra hipótesis sobre la existencia de los factores del*

*choque cultural que son comunes a todos los participantes. Así, tres aspectos de la sociedad de acogida son fuentes de dificultad de ajuste socio-cultural. Primero, comparando con sus respectivos países de origen todos los inmigrantes encuentran una mayor planificación de la vida económica (ahorrar) y social (cuidar las formas, planificar las relaciones) en la sociedad de acogida. Segundo, la sociedad española se percibe por todos como más igualitaria y universalista, con una mayor igualdad tanto general como en las relaciones entre géneros. Tercero, un grado más alto de consumismo junto con una menor sociabilidad y cercanía en las relaciones en la cultura local han sido otros aspectos de choque (Zlobina, Basabe y Paéz, 2004, p. 44).*

Aparte de ello, se han encontrado elementos específicos de dificultad para cada uno de los grupos de inmigrantes.

### 3.4.2. La diferencia de valores

Uno de los aspectos más delicados de la diferencia entre los Padres Culturales del inmigrante y la sociedad de acogida, es el que se refiere a la Etiqueta, al tema de los valores, en especial los que tienen que ver con los lazos familiares y los roles de género. El contraste es algo que parece ineludible y que necesariamente el terapeuta tendrá que haber asumido en la dirección de respeto al paciente y apoyo a que se pueda integrar en sus sistemas sociales en forma sana, conforme a sus expectativas. Pensemos que

- En unos pocos casos, la motivación para emprender un movimiento migratorio puede estar relacionada con motivos exclusivamente individuales, e incluso evitativos, cuando la persona emigra para escapar de un sistema familiar en la que se siente apesado y obligado a permanecer.
- En la mayoría, sin embargo, su marcha tiene algo o mucho de obediencia en pro de la familia, o de resignación ante los deberes familiares que le imponen haber sido seleccionado para este destino.

Si antes hablaba de una posible posición victimista por parte de algunos inmigrantes (real o percibida así por el profesional de la salud mental), un elemento añadido que puede reforzar esta posición es el frecuente acoso de éstos por las reclamaciones y el chantaje de la familia de origen que ignora –o prefiere ignorar– la situación de su pariente migrante. La consecuencia de la idealización del país de destino compartida inicialmente por todos los familiares tiene como correlato la exigencia a quien emigra –como deber de lealtad– de unos envíos de dinero que no tienen límite: no es raro que en la familia haya varios miembros que pudiendo aportar recursos no los busquen, confiando en el envío del hijo, esposa, hermano o padre que ya está aquí. Y cuando la familia ya ha solucionado la necesidad más perentoria, puede empezar a exigir un determinado nivel de vida –e incluso de caprichos– que el migrante no está viviendo ni de lejos. Sin embargo se ve en la

obligación de seguir esforzándose hasta límites muy estresantes, para llenar el buche de unos pichones que nunca dejan de piar, y frente a los cuales no se siente moralmente capacitado para negarles algo sin sentirse culpable, desleal y deshonrado. Mucho más cuando, desde los años 90 recula la Teoría Neoclásica –inspirada en Ravenstein– tal como había sido configurada por Sjaadstad (1962) y Todaro (1969), y Stark (1991) formula lo que se llamará la teoría de la Nueva Economía de las Migraciones, en que propone como entidad migrante, en lugar del individuo, a la familia en sí. La migración pasó a concebirse no como una cuestión individual, sino como una decisión en función de la familia, sufragada por ésta a modo de inversión colectiva de la que esperan buenos rendimientos. Hasta dónde el inmigrante, es “Víctima” de su familia o “Salvador” de la misma es una cuestión delicada, dados los diferentes parámetros axiológicos de las distintas culturas. (Conviene aclarar que estos dos términos los utilizo en el sentido preciso de Karpman, 1968, cuando, a propósito de la teoría de los juegos psicológicos de Berne describe a la Víctima como la persona que emplea su energía en sentirse desgraciada, mientras desaprovecha opciones a su alcance; y al Salvador como el sujeto que emplea sus energías en ayudar a quien no lo necesita ni se lo ha pedido, para crear dependencias y sentirse superior y bondadoso. La Teoría de las Redes Migratorias de Massey (1987) reforzará el carácter colectivo del movimiento migratorio actual, y la relativa independencia de éste respecto al equilibrio económico que postulaba la Teoría Neoclásica.

En este sentido, no podemos olvidar la tentación por parte del terapeuta de desviar las metas terapéuticas en base a su propia cultura. Pensemos, por ejemplo, cómo de alejada de la meta de muchos inmigrantes puede quedar la consecución de la “Autonomía” propuesta por Berne desde el Análisis Transaccional (1964/1976), cuando para ellos el objetivo es poder responder a las expectativas familiares desde la simbiosis natural de la cultura de su familia –que nos puede parecer ya más que cohesiva, confluyente– y a la que nosotros no tenemos el derecho de calificar de patológica desde nuestros parámetros individualistas y nuestra cultura de familia nuclear. Como señalan Zlobina, Basabe y Páez,

*El valor cultural asociado al colectivismo y típico de América Latina es el familismo, que conlleva una fuerte identificación y vinculación de las personas con su familia nuclear y extensa, así como fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la misma familia (Triandis, Marín, Betancourt, Lisansky y Chang, 1982; citado en Marín y VanOss, 1991). El familismo también se manifiesta en relaciones cercanas y en la implicación con los miembros de la familia extensa, que puede estar compuesta por personas con relaciones de sangre o por familiares “ficticios” (compadres o comadres; amigos cercanos de la familia a los que se les da el status de parientes) que es una categoría especial de relaciones familiares que existe entre los latinos y en otras*

*culturas colectivistas (Marín y VanOss, 1991) (Zlobina, Basabe y Páez, 2004, p. 50).*

De todas formas no conviene calificar necesariamente a los sujetos que vienen de culturas colectivistas como poco individualistas. La investigación de Navas (1997) muestra cómo, en contra de la hipótesis propuesta, los inmigrantes recién llegados al campo de Almería presentaban un índice más alto de individualismo que de colectivismo. La explicación que se suele dar es que puede haber un cambio de estrategia según el momento del proceso en que el inmigrante se encuentre: en la primera fase necesita desarrollar el individualismo para sobrevivir, y sólo una vez asentado puede dirigirse más hacia el endogrupo como recurso para mantener su identidad cultural. En el mismo sentido, las investigaciones comparativas entre culturas colectivistas e individualistas de Fernández, Carrera, Sánchez y Páez, indican que:

*Inesperadamente, encontramos que la preocupación por el éxito y el valor de la competición también aparecen en las naciones colectivistas, especialmente en aquéllas donde las condiciones económicas de calidad de vida son más difíciles de conseguir; probablemente los rasgos colectivistas en estas naciones con dificultades socio-económicas se reduzcan a las relaciones comunales más cercanas a la persona, como la familia, y no se apliquen al resto de los grupos sociales con los que se tiene que competir para sobrevivir (Fernández, Carrera, Sánchez y Paéz, 2001, PP. 10s).*

¿Puede y debe intervenir el psicoterapeuta en favor del logro de unas metas que a él mismo le resultan extrañas, y acaso disfuncionales, y que son concordes con la cultura del inmigrante? ¿Puede aceptar trabajar la meta que el inmigrante propone, subordinando el crecimiento individual de la persona (tal como aquí entendemos ese concepto) relegando su posibilidad de formar una familia propia, o de llevar una vida menos deteriorada y explotada, al bienestar de su amplio clan familiar en su país de origen, que siempre contará con alguien al que pagar gastos médicos o cualquier otra desgracia, que impedirán la expansión natural –según nuestro criterio– del individuo? Entendemos que el terapeuta aquí tiene que andar con suma delicadeza y autovigilancia para poder captar el límite entre ofrecer oportunidades de despegarse de introyectos deshumanizadores (en que la persona se convierte en un instrumento al servicio del grupo) y la estimulación de unas actitudes insolidarias y narcisistas. Suponemos que la posibilidad de revisar sus valores culturales, en un marco de respeto a los mismos, puede permitir flexibilizar posturas que den al inmigrante la posibilidad de no ser rehén de clan y a la vez seguir cuidando de aquél por propia elección.

El proceso, así, se colorea de acuerdo con lo específico de la relación que cada sujeto vive en relación con su contexto próximo. De este modo:

*“valores que se emplean, como objetivos terapéuticos en nuestro medio, no se pueden extrapolar a determinadas culturas. Así, por ejemplo, en el*

*tratamiento de la mayor parte de los trastornos de ansiedad en jóvenes de nuestro medio, constituye un elemento fundamental el fomentar el proceso de individuación y separación de la familia nuclear. Sin embargo, en sociedades con marcada tradición matriarcal o patriarcal en el caso de sujetos emigrados en los que prevalecen esas señas de identidad, esto puede llegar a constituir un obstáculo insalvable".* (O’Ferrall, Crespo, Gavira y Crespo, 2003).

Juntamente con las dificultades que a nosotros nos plantea eso, suponemos que precisamente esa actitud sociocéntrica puede ser una gran aportación de la cultura de buena parte de los inmigrantes en el diálogo con la nuestra, de la cual ambas saldrán favorecidas.

Igualmente puede ser conflictivo el choque de valores en el caso de la solicitud de terapia por parte de parejas mixtas, en las que se dan diferencias de valores en temas muy relevantes. Pensemos en las tensiones que pueden darse, por ejemplo, en términos de jerarquías familiares rígidas a las que el autóctono debe someterse, o en el caso de una pareja con escasos recursos formada por una mujer autóctona, que trabaja y aporta un sueldo similar al del marido, forzados a vivir en la carestía porque buena parte de los ingresos van a parar a la familia magrebí de aquél, y en la que las mujeres no trabajan porque no lo prevé su cultura. O, como en el ejemplo que señala Rodríguez (2004), los problemas de alimentación en la crianza de los hijos cuando la suegra de un musulmán les da jamón.

#### 3.4.3. La integración

Igualmente, a la hora de valorar la interacción social de inmigrante, corremos el riesgo de proyectar e imponer nuestros propios esquemas de salud mental social. En muchos casos, para los inmigrantes, su meta personal no es “integrarse” en la cultura del país de destino (tal como nosotros entendemos esta palabra), sino continuar integrados en su cultura de origen mediante el cumplimiento de los deberes que aquélla le impone, porque es ésa la que sigue teniendo como referente vital. La terapia, en algunos casos, tiene para él un objetivo prioritario: que le ayude a estar lo suficientemente bien como para poder cumplirlos. Si un europeo fuese un año a los Estados Unidos a reunir material para realizar una tesis doctoral y sus relaciones con los norteamericanos, más allá de las que le son utilitarias para esta meta, se limitasen a la cortesía social, es probable que se percibiese como un comportamiento normal. En el caso de muchos inmigrantes su “tesis doctoral” es hacer el máximo de dinero en el mínimo tiempo (acaso para hacerse una casa, o montar un negocio), enviarlo a la familia y en algunos casos –al menos en el planteamiento inicial– volverse a su país cuando hayan acabado su “tesis”. Proponerles que empleen energías en “integrarse” en una sociedad que para ellos es un lugar de paso del que obtener determinados frutos más allá de lo que piden la ley y la cortesía social puede ser para ellos incomprensible (y, como me comentaba

un sociólogo, más para los procedentes de “pueblos recolectores”) por falta de motivación.

En este sentido, y como señala Tornos, cuando alguien reflexiona sobre la integración “no puede menos que ocurrir que se represente a ésta tal como ella se entiende en la sociedad a la que él pertenece” (Tornos, 2007a, p. 1), y ésta puede concebirse desde cuatro principales enfoques sistemáticos con diferentes objetivos:

- el enfoque jurídico-político, cuya meta es el logro de la plena ciudadanía socio-política
- el enfoque psicosocial, cuya meta es el logro del equilibrio del yo
- el enfoque estructural funcionalista, que centra su objetivo en la armonía y la fluidez de la convivencia
- y el enfoque interaccionista, cuya meta es el logro de una interacción social creativa

Si (como es el caso del equipo de psicoterapeutas que integramos la asociación), más allá de la tentación del enfoque psicosocial, centrado en el inmigrante individual, partimos de una concepción de todos los sujetos como seres activos y creativos—y los inmigrantes lo demuestran a cada momento—, es decir, nos situamos dentro de un enfoque interaccionista, la integración se entenderá, mucho más que como una homologación monolítica a la cultura tradicional del lugar de acogida, como el manejo de las situaciones cotidianas en base a una negociación constante de la propia identidad que se va continuamente reconstruyendo a sí misma y reconstruyendo la sociedad. Eso significa respeto a sus elecciones y su ritmo, más allá de la presión ambiental y la prisa de la clase política y los agentes sociales para integrar al inmigrante en la forma “correcta” (la que se corresponde con sus expectativas).

*Considerar a los individuos como sujetos activos y no perder de vista la fluidez y multiplicidad de voces, no implica caer en una posición posmoderna extrema que considera que “nada existe” (origen, descendencia, proceso migratorio, etc.). Por un lado, como señala Nauck (2001), el capital social y cultural es un factor esencial para la integración efectiva (bi-culturalismo) de los inmigrantes e hijos de inmigrantes. Por otro lado, sería un error menospreciar o pretender que los vínculos multiculturales no existen o que no pueden ser revitalizados y funcionales. Los resultados de esta investigación revelan que puede ser importante para la adaptación exitosa de las llamadas “segundas generaciones”, mantener competencias bi-culturales, no sólo en el sentido de evitar el desarrollo de personalidades anómicas, sino también en el sentido de aprovechamiento de los recursos y oportunidades disponibles (Rodríguez, 2004, pp. 115s.).*

Cuando Tornos, tras analizar las diferentes estrategias de identidad (introyección, asimilación a la mayoría, negación, instrumentalización, etc.) propone como más saludable a largo plazo la de la recomposición identitaria, afirma:

*Este es el camino más difícil largo y tortuoso pero el que a la larga todos, mayorías y minorías debemos hacer. Se trata de la creación de una nueva identidad colectiva nacida del intercambio entre los distintos grupos que conviven en un territorio. Esta recomposición de las identidades tiene una doble vertiente, una la toma de conciencia individual y la individuación de las diversas influencias y por otra la flexibilidad y tolerancia sociales que organicen y permitan estas recomposiciones.* (Tornos, 2007b, p.13).

La psicoterapia de convierte, si tomamos ese enfoque, en una ocasión de recomposición de la identidad tanto del paciente como del psicoterapeuta. De ganar en flexibilidad y recursos por parte de uno y otro. En definitiva, de crecimiento individual y colectivo, a partir de una actitud abierta a la experiencia del diálogo y del inter-cambio, es decir, el cambio interior por contacto con el otro a quien permitimos que nos modifique para enriquecernos.

#### 3.4.4. El enfoque del proceso

Dependiendo de la demanda terapéutica, el proceso adquiere un enfoque u otro. Pero en el caso de la terapia con personas de otra cultura, toda la perspectiva del proceso queda sujeta a revisión. Pensemos por ejemplo, que:

*La mayoría de técnicas de psicoterapia euroamericanas basan su poder terapéutico en hablar de uno mismo, desentrañando los núcleos conflictivos. La tendencia a hablar de uno mismo hemos visto que no es universal. En muchas culturas de carácter colectivista la definición de la persona hace de sí misma pasa sobretodo por sus grupos de pertenencia y sus relaciones con miembros significativos de su entorno. Mientras que en la cultura euroamericana puede considerarse saludable pensar sobre uno mismo, y en especial sobre los aspectos negativos de la manera de ser o los errores cometidos, en otras culturas esto no es vivido como un logro. El equilibrio y el poder se logran evitando los pensamientos desagradables, focalizándose en los agradables, desarrollando relaciones mejores. Se considera como conducta saludable la inhibición y el control de los pensamientos desequilibrantes* (Pérez Sales, 2004, p. 126).

Ciertamente, tanto en los grupos de prevención como a lo largo de los diferentes procesos psicoterapéuticos fue importante centrarse más en los recursos que en el conflicto. Mucho más cuando mayoría de culturas –la asiática es un ejemplo– consideran que la revelación de problemas de relación con miembros de su familia es una falta de respeto hacia ella y produce la deshonra de la misma y de quien la provoca. Por ello evitarán cualquier afrontamiento que vaya en esa dirección.

Brik (2007) resume las diferencias entre las psicoterapias no occidentales y occidentales en los siguientes rasgos:

- Mientras las psicoterapias occidentales se focalizan en torno al control de los

síntomas y el análisis de la interacción, y en la resolución de problemas individuales suprimiéndolos (y frecuentemente también atienden al trauma infantil y la redefinición de la narrativa),

- En las psicoterapias no occidentales se enfatiza la armonía, la integración equilibrada con los otros y la aceptación de los síntomas y los problemas, la toma de conciencia y la contemplación. El proceso se desenvuelve en un marco que incluye cuerpo, mente y espíritu como un todo.

*La Psicoterapia Occidental enfatiza los conceptos del self, del yo, y del ego, que en principio no existe concepto similar en las culturas no Occidentales. En esta idea la autonomía del self es un hecho central, y ciertamente en todas las Teorías Psicoterapéuticas Occidentales es un objetivo principal. Esta idea del self es personal y está idealizada como un elemento independiente, soberano y libre, que va a protegerle de cualquier tipo de daño. Fruto de este pensamiento de autosuficiencia del self aparecen ya hace más de una década una infinidad de libros de autoayuda. Cuando los terapeutas occidentales adoptan técnicas orientales o religiosas, las utilizan como un medio de acumular más información para el yo, haciéndolos más autónomos y poderosos (Brik, 2007, p. 6).*

Otro aspecto a tener en cuenta es la discriminación y limitación real de los recursos socioeconómicos y relacionales con los que puede encontrarse el inmigrante, para no apresurarnos a calificar de paranoidismo lo que puede ser una reacción normal ante la xenofobia, o de victimismo lo que es una real restricción ambiental de sus opciones.

#### 3.4.5. Las herramientas de trabajo

Buena parte de las culturas de los inmigrantes son más coloristas, intuitivas y metafóricas que la nuestra, y los símbolos son un canal habitual de transmisión de sabiduría. Hemos constatado (como señala Rosal en otro artículo de este número) que los procedimientos de intervención con actividad imaginaria constituyen una vía muy apropiada y asequible para miembros de otras culturas, y de una flexibilidad importante para su elaboración posterior en el grado adecuado a la conciencia y receptividad de cada sujeto.

La utilización de metáforas, relatos simbólicos, dibujos o trabajo con sueños son algunos de los elementos que se nos revelan como instrumentos potentes para el trabajo con buena parte de los inmigrantes de otras culturas, más reacias a lo puramente verbal. No siempre, naturalmente, y baste con pensar en el dominio del lenguaje verbal en los argentinos (que puede también servir de escondrijo a toda clase de defensas)

Hay bastantes culturas que tienen prevención hacia la expresión intensa de las emociones. Como señala Corey, algunos modelos con implicación corporal pueden ser muy adecuados para personas que no dominan bien el idioma del país de



acogida, pero siempre que no lleven a una expresión emocional desmesurada para su cultura:

*Es importante no sugerir apresuradamente técnicas directivas que tienden a producir experiencias emocionales intensas, porque algunos de los miembros se asustarían con tales sentimientos y podrían abandonar el grupo.*

*Cuando los miembros se muestran incómodos incluso al hablar de aspectos personales, será preferible permitirles que sigan exponiendo según puedan sus emociones frente a los otros, y por lo tanto el psicodrama no será la técnica más conveniente (Corey, 1981/1995, p. 287).*

Y, por supuesto, para muchos de los inmigrantes, si el terapeuta pretende que el cliente exprese –aunque sea simbólicamente– su indignación por las injusticias que con él puedan haber realizado sus familiares o figuras de autoridad, lo puede vivir como una violación de sus valores más sagrados. Señala Brik (2007), por ejemplo, la dificultad que supone para el psicoterapeuta occidental el trabajo con subsaharianos que demandan, sobre todo, la resolución de problemas físicos concretos, pero que se muestran muy reticentes a la hora de hablar sobre su pasado. Más bien este contraste de valores puede ser un motivo de aprendizaje y crecimiento para el propio terapeuta y para el conjunto social acerca de las relaciones con los mayores. Al respecto nos resultó muy interesante observar cómo, con ocasión de realizar una fantasía guiada en grupo, que tenía como figura central la visita a un sabio (utilizada en Psicosisíntesis, Psicoterapia de la Gestalt y Ensueño Dirigido, como medio de suscitar la propia sabiduría interior), todo el grupo, salvo uno de los participantes, identificó al sabio con su padre. De las múltiples ocasiones – probablemente cerca de un centenar– en que he tenido ocasión de utilizar esta fantasía con europeos, tan sólo una vez el paciente realizó esa identificación. El este sentido, Corey arguye:

*Es necesario que los terapeutas respeten los mandatos culturales de los clientes y al mismo tiempo que establezcan un clima donde los miembros puedan empezar a cuestionarse el grado en que han aceptado esos mensajes. En este mismo orden, el terapeuta debería evitar desafiar a los clientes con excesiva premura para reducir así las posibilidades de abandono. La confrontación directa de los mandatos culturales será interpretada por muchos clientes como la señal de que el terapeuta no respeta sus valores o de que éste desea imponer su propio sistema de valores (Corey, *Ibidem*, p. 409).*

#### **4. LOS RESULTADOS**

En el terreno de los resultados, nos hemos reafirmado en la importancia de que los grupos –sean los grupos de comunicación preventivos, sean los de psicoterapia– estén integrados tanto por inmigrantes como por autóctonos, para evitar que los

propios grupos refuercen las barreras frente a los otros. E igualmente, la necesidad imprescindible de que se cree en ellos una atmósfera de empatía mutua. En este sentido, entiendo que es importante recoger la advertencia de Goleman, cuando señala que

*De hecho, el efecto de ciertos cursos inadecuados de entrenamiento en la diversidad –aquéllos que prometen demasiado y despiertan falsas esperanzas o que simplemente fomentan la atmósfera de confrontación en lugar de alentar la comprensión– puede ser precisamente el contrario del deseado al llamar la atención sobre las diferencias y fomentar de ese modo las tensiones que dividen a los grupos en el puesto de trabajo (Goleman 1996, p. 251).*

Por ello, la presencia de las diversas culturas (la de los inmigrantes y la de la sociedad de acogida) nos parece imprescindible para ofrecer la oportunidad de diálogos sinceros con personas concretas, como camino para ir rompiendo estereotipos, ligados inevitablemente al desconocimiento del otro (aunque no del contacto, pues es este factor el que sumado a la ignorancia genera la mayor xenofobia).

En relación con la psicoterapia individual, hemos verificado la utilidad que el inmigrante puede obtener de unas pocas sesiones en las que, junto a la ayuda a la resolución de un problema puntual, se le ponga en contacto con el enorme potencial de los recursos internos que suele acompañarle. Más allá de los aspectos relacionados con el duelo migratorio (Achotegui, 2002), tenemos la impresión de que muchos de los trastornos depresivos de los inmigrantes corresponden a un tipo determinado, que tiene que ver más con la situación de estrés de aculturación que con una determinada estructura intrapsíquica que predisponga a la depresión. En este sentido, las características de personalidad que contribuyen a la emigración –tales como las que señalan algunos autores como Martínez García, García Ramírez y Martínez García (2002)– son más propias de una personalidad enérgica, con poca tendencia a la depresión. Nos resulta más pertinente suponer que, de los tres tipos básicos de depresión que señala Berne (1983) –la depresión reactiva, la melancolía y la desesperación– los inmigrantes viven más intensamente la primera y la última (vinculada a la depresión por no encontrar salida a su situación “deprimente”) que la depresión de tipo melancólico, vinculada al fracaso en la resolución del conflicto interno y a la culpa neurótica, que es el tipo de depresión más frecuente entre autóctonos, según nuestra experiencia. Eso implica que la acción psicoterapéutica muy frecuentemente deberá estar íntimamente asociada a la acción asistencial y a los profesionales de la misma, si quiere tener éxito. Acaso sea ésta la clave que permite obtener buenos resultados en pocas sesiones.

Por otra parte, nos ha sorprendido gratamente la ayuda que significa para los autóctonos la presencia en sus grupos de psicoterapia de algún inmigrante, como elemento imprescindible para que el grupo pueda tener el carácter de microcosmos realista.

- Esta presencia les ha permitido meterse en su piel, conocer de cerca las enormes dificultades y prejuicios que necesitan vencer para abrirse camino, y solidarizarse con ellos.
- A la vez, a los inmigrantes les ayuda ver a los autóctonos como personas vulnerables y compartir el apoyo mutuo. Pero no sólo eso: también tienen ocasión de observar cómo alguno de los autóctonos, que se expresa en forma hostil hacia los inmigrantes, ha visto disminuir su calidad de vida por la presencia vecinal de inmigrantes, y aprender también que la inmigración no sólo genera indudables ganancias al país de acogida, sino conflictos a los que viven directa y cotidianamente la diferencia de culturas en cuanto a hábitos de higiene ambiental. Ciertamente, la idealización de los inmigrantes desde una falta de contacto cotidiano es posible. Más difícil es para el que vive un exceso de ruido de sus vecinos latinoamericanos que se juntan en el piso de arriba para poner música a todo volumen todos los días que pueden; o de sus vecinos musulmanes que antes de entrar en el oratorio se lavan los pies en el surtidor del parterre vecinal que tanto costó obtener y del que tan orgullosos se sienten los vecinos; o se alinean en el paseo repasando de arriba abajo con la mirada a cada mujer que atraviesa ante ellos, mientras hacen entre sí comentarios risueños e ininteligibles para ella (y que, de todas formas, recuerdan los tiempos no muy lejanos en que era toda una prueba para una mujer pasar por delante de un grupo de trabajadores de la construcción).
- Igualmente hemos verificado reiteradamente la importancia de trabajar:
  - a) En la reducción del estrés, mediante la escucha empática de sus expresiones emocionales, la relajación y el manejo de la angustia ante tantos problemas acuciantes como suele padecer el inmigrante.
  - b) En el trabajo de potenciación de sus recursos, mediante un reciclaje de los mismos aplicándolos a un rol diferente del que tenían en el país de origen del inmigrante. No olvidemos que buena parte de ellos son personas que, al poseer fuerza e iniciativa, ocupaban un estatus de cierto liderazgo y un gran respeto en su grupo familiar o social, y que al llegar al país de acogida no son recibidos ni reconocidos en ese rol, sino redefinidos en términos de subordinación y –a veces– de inferioridad. La ayuda a mantener la autoestima y el reconocimiento de sus propias capacidades –insertándolas en su nuevo ámbito de acción– suelen dar rápidos frutos.
  - c) Pero sobre todo, hemos podido comprobar los resultados de enriquecimiento de los propios psicoterapeutas, que en nuestro trabajo con personas de otras culturas –y como seres contruidos por el diálogo– vamos ensanchando nuestro ser y aprendiendo a adecuarlo al contexto plural en que nos encontramos, a “globalizarlo” positivamente.

*La globalización está generando un nuevo selfrelacional, incluso un “Self Transcultural”. [...] Los Profesionales de la Salud Mental, de cualquier*

*modelo, debemos ser conscientes de nuestros prejuicios y estereotipos acerca del otro. Ello nos conduce a asumir un papel activo mediante la autorreflexión, los diálogos internos y la supervisión grupal, que permitirá avanzar en la construcción de una identidad profesional diferente, que va a mostrar que nuestro self no es solamente individual, sino fundamentalmente relacional (Brik, 2007, p. 1).*

---

*Las experiencias vividas desde una concreta asociación de ayuda psicológica al inmigrante han permitido –si bien en forma limitada y parcial– realizar una serie de aprendizajes sobre la psicología y psicoterapia relacionadas con la inmigración tales como: dificultades prácticas del encuadre, importancia de la intervención grupal (tanto preventiva como curativa), la relevancia del tratamiento de la angustia y el fomento de los recursos internos). Por otro lado, esa experiencia nos cuestiona la dudosa validez de una utilización indiscriminada de instrumentos de diagnóstico, de los rasgos que estructuran la relación terapéutica, de los elementos de juicio sobre las propias metas y dinámica del proceso y de los instrumentos a emplear en el proceso. A la vez, nos confirma la necesidad del enfoque transcultural para el tratamiento con el colectivo de inmigrantes y para el propio crecimiento profesional y humano del psicoterapeuta.*

*Palabras clave: inmigración, prejuicio, psicodiagnóstico, psicología transcultural, psicoterapia grupal, relación terapéutica, valores*

## **Referencias bibliográficas:**

- ACHOTEGUI, J. (2002): La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ed. Mayo.
- ALLPORT, G.W. (1977) *La Naturaleza del Prejuicio* (5ª Ed.). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- BERNE, E. (1976) *Juegos en que participamos* (9ª Ed.). México: Diana (Traducción del original en inglés *Games people play. The psychology of human relationships*. New York: Grove Press, 1964).
- BERNE, E., 1983. *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo (Traducción del original en inglés *Principles of group treatment*, 12ª ed., New York: Grove Press, 1978).
- BERRY, J. y KIM, U. (1988). Acculturation and mental health. En P. Dasen, J.W. Berry y Sartorius, N. (Eds.) *Health and Cross-cultural psychology: towards application* (pp. 207-236). London: Sage (cit. en Díaz, 2003).
- BRİK, E. (2007). La psicoterapia transcultural: la interacción con el otro diferente. *Interpsiquis*. Extraído el 24 de febrero de 2007 de [www.psiquiatria.com/articulos/29406](http://www.psiquiatria.com/articulos/29406).
- BRINK, P. y SAUNDERS, M. (1976). *Transcultural Nursing: a book of reading*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- CÁRDENAS, I. (2007). No soy de aquí, ni soy de allá... o, ¿soy de aquí y de allá? Resiliencia familiar y migración. *Interpsiquis*. Extraído de [www.psiquiatria.com/articulos/28921](http://www.psiquiatria.com/articulos/28921).
- COREY, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Traducción del original

- en inglés, *Theory and practice of group counseling*. Belmont, CA: Wadsworth Inc., 1981)
- COUGIL, O. (2006). Cómo entender a un africano. Ejes básicos de la religión tradicional en África subsahariana. Extraído el 8 de diciembre de 2006 de [www.manosunidas.org/reportajes/como\\_entender\\_africano.htm](http://www.manosunidas.org/reportajes/como_entender_africano.htm).
- DÍAZ, M. (2003). *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- ECO, U. (2003). *Baudolino*. Barcelona: Lumen (Traducción del original en italiano *Baudolino*. Milán: Bompiani, 2000).
- ESPELT, E., JAVALOY, F., y CORNEJO, J.M. (2006). La escala de prejuicio manifiesto y sutil ¿una o dos dimensiones? *Anales de Psicología*, 22, 1, 81-88.
- DREGO, P. (1983) The Cultural Parent. *Transactional Analysis Journal*, XIII, 4, 224-227.
- FERNÁNDEZ, I., CARRERA, P., SÁNCHEZ, F. y PÁEZ, D. (2001). Prototipos emocionales desde una perspectiva cultural. *R.E.M.E. (Revista Electrónica de Motivación y Emoción)* 4, 8-9. Extraído, el 15 de noviembre de 2004 de <http://reme.uji.es/articulos/aextei2711912101/texto.html>.
- GIMENO-BAYÓN, A. y ROSAL, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GIMENO-BAYÓN, A. y ROSAL, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad. Volumen II*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- GOLEMAN, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- KARPMAN, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transaccional Analysis Bulletin VII*, 39-43.
- KREUZ, A. (2002). Familias multiculturales-terapeutas multiculturales: variaciones sobre lo similar y lo diferente. *Interpsiquis*. Extraído el 11 de marzo de 2002 de [www.psiquiatria.com/articulos/4940](http://www.psiquiatria.com/articulos/4940).
- MARQUÉS, B. (2000). *Las dificultades psicológicas de adaptación de los trabajadores inmigrantes. Investigaciones y experiencias en España y Alemania*. Zaragoza: Confederación de Empresarios de Aragón.
- MARTÍNEZ GARCÍA, F.M., GARCÍA RAMÍREZ, M. y MARTÍNEZ GARCÍA, J., 2002. La inmigración desde una perspectiva psicosocial. *III Congreso sobre la Inmigración en España*, Granada, 6-9 noviembre.
- MILLON, T., y EVERLY, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca (Traducción del original en inglés *Personality and its disorders: a biological learning approach*. New York: John Wiley).
- MORO, M-R. (2003). Para una clínica transcultural. Comprender y curar el otro. *Interpsiquis*. Extraído el 30 de septiembre de 2003 de [www.psiquiatria.com/articulos/10547](http://www.psiquiatria.com/articulos/10547).
- NAVARRO, J.C., MORALES, R., y CAÑABATE, A. (2002). Violencia y estrés de aculturación. Extraído el 7 de marzo de 2002 de [www2.psiquiatria.com/articulos/5233](http://www2.psiquiatria.com/articulos/5233).
- O'FERRALL, C., CRESPO, M., GAVIRA, C. y CRESPO, J. (2003). Inmigración, ¿Estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto? *Interpsiquis*. Extraído el 25 de marzo de 2003 de [www.psiquiatria.com/articulos/9953](http://www.psiquiatria.com/articulos/9953).
- PÉREZ SALES, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- PETTIGREW, T. y MEERTENS, R. (1991). Le racisme voilé : dimensions et mesure. En M. Wierviorka (Ed.) *Racisme et Modernité* (pp. 109-126). Paris: La Découverte. (Cit. en Espelt, Javaloy y Cornejo, 2006).
- RODRÍGUEZ, D. (2004). Inmigración y mestizaje hoy. Formación de matrimonios mixtos y familias transnacionales de inmigrantes en Cataluña. *Migraciones*, 16, 77-120.
- ROSA, E. de (2001, Febrero 27). La migración, una de las modalidades del trauma. *Interpsiquis (2)*. Extraído el 5 de septiembre de 2003 de [www.psiquiatria.com/articulos/2745](http://www.psiquiatria.com/articulos/2745).
- SAN JUAN, C., VERGARA, A., y OCÁRIZ, E. (2005). La migración como estresor: pérdida de estatus, estrategias de afrontamiento e impacto psicosocial. *Migraciones*, 17, 91-110.
- SJAASTAD, L. (1962). The costs and returns of human migration. *Journal of Political Economy*, 70, 80-93.
- STARK, O. (1991). *The Migration of Labour*. Cambridge: Basil Blackwell.
- SWINNEN, S.G.H., y SELTEN, J-P. (2007). Mood disorders and migration. *British Journal of Psychiatry*, 190, 1, 6-10.
- TODARO, M. (1969). A model of labor migration and urban unemployment in less developed countries. *American Economic Review*, 59, 138-148.
- TORNOS, A. (2007a). Los "modelos" según los cuales se piensa la integración. En Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones (Ed.). *Master y especialista universitario en Inmigración*. Módulo 4, tema 2. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

- TORNOS, A. (2007b). Inmigración y crisis de identidad. . En Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones (Ed.), *Master y especialista universitario en Inmigración*. Módulo 7, tema 2. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- VALERO, C. (2004). Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones. *Ofrim*, 11, 17-36.
- VALTUEÑA, O. (2000). Medidas para proteger la salud de los inmigrantes en España. *Migraciones*, 8, 231-249.
- WAMALA, S., BOSTRÖM, G. y NYQVIST, K. (2007). Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry*, 190, 1.
- ZLOBINA, A., BASABE, N. y PÁEZ, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones* 15, 43-84.