

PSICOTERAPIA DESDE LA TRANSCULTURALIDAD Y LA MIGRACIÓN

Wen-Shing Tseng, M.D.

Departamento de Psiquiatría

Facultad de Medicina de la Universidad de Hawai

The nature of intercultural psychotherapy for patients of different ethnic-cultural background, including migrants or refugees, is elaborated on the subjects of: orientation to psychotherapy, communication in therapy, the art of using an interpreter, therapist-patient relationship, relevant understanding of the problems, and the goal of psychotherapy to be aimed for. The emphasis is laid for the need of culture-competent therapy for every patient but particular attention and effort is needed when the patients have wide cultural gap with the therapists, such as migrant or ethnic minority.

Keywords: Psychotherapy, transcultural, intercultural, cultural competence, migrant, minority, ethnicity

Introducción: La necesidad de la competencia cultural para la psicoterapia

Existe una conciencia común entre los médicos de la necesidad de que la psicoterapia sea llevada a cabo con competencia cultural. Esto es cierto para cualquier paciente, pero lo es especialmente para la psicoterapia intercultural o transcultural. La psicoterapia intercultural hace referencia a la terapia que se aplica a aquellos pacientes con origen étnico o cultural considerablemente diferentes a los del terapeuta. Debido a estas diferencias entre la cultura del terapeuta y la del paciente, la interacción bilateral del componente cultural, de forma consciente e inconsciente, influye y también influencia el proceso de la psicoterapia. Por consiguiente, se denomina terapia intercultural en contraste con la terapia intracultural, que es la que se establece entre terapeutas y pacientes que compartan origen cultural.

Ante la necesidad de trascender las barreras culturales entre el terapeuta y el paciente, se llama también psicoterapia transcultural. Existen siempre retos para el médico, incluso para aquél que comparte la misma cultura que el paciente, pero que forma parte de un entorno socioeconómico, geográfico o subcultural distinto. En el momento de ofrecer terapias para los inmigrantes procedentes de distintos entornos

culturales, nos hallamos también ante las dificultades idiomáticas, aspectos socioeconómicos o la propia demanda de ayuda procedente de estos colectivos.

Estrechamente relacionado con la aparición del movimiento a favor de los derechos humanos en los Estados Unidos, así como al aumento de la migración de minorías no europeas hacia Europa, se fue formando desde los años setenta la conciencia sobre cómo prestar atención en salud mental a las minorías, los inmigrantes, refugiados y estudiantes extranjeros. A través de la experiencia clínica de la psicoterapia intercultural se han planteado numerosas cuestiones específicas, tales como la necesidad de examinar la congruencia e incongruencia entre el trasfondo cultural de terapeuta y paciente; cómo comunicarse tanto verbal como no verbalmente con los pacientes; cómo el racismo puede afectar al consejo interracial; el problema de la identidad étnica o cultural respecto al terapeuta; el manejo de la transferencia y contratransferencia cultural; cómo tratar con la rigidez o ceguera cultural del terapeuta; cómo ofrecer una terapia culturalmente justa, armónica, sensible y pertinente (Tseng y Streltzer, 2001). En este trabajo, se examinarán las diversas cuestiones que necesitan abordarse en la psicoterapia intercultural.

ORIENTACIÓN A LA PSICOTERAPIA:

Conocimiento y orientación

El primer aspecto que precisa de atención en la práctica de la psicoterapia intercultural es la familiaridad o conocimiento de la psicoterapia por parte del paciente y las expectativas que tiene puestas en la misma. Este hecho es particularmente importante para aquellos pacientes que proceden de lugares en los que la psicoterapia no es una práctica profesional habitual o en los que existen sesgos en contra de ésta como una terapia curativa. En muchas sociedades, por tradición y orientación, los individuos valoran los servicios con orientación médica, tales como las recetas, las inyecciones o las intervenciones quirúrgicas. Ven las prácticas médicas como algo efectivo y valioso. Por el contrario, hablar como terapia, no es más que hablar y creen que no solucionará sus problemas de sueño o su dolor abdominal. Probablemente nunca hayan visto una película o leído ningún libro en el que se describa el modo de psicoterapia consistente en estirarse en un diván para ir asociando todo aquello que pasa por la mente del paciente. Probablemente no entiendan por qué un padre necesita visitar a un terapeuta cuando su hijo tiene problemas con los compañeros de clase, o por qué un matrimonio necesita hablar con un terapeuta cuando la mujer es la que se queja continuamente de dolores de cabeza. Estos individuos deben quedarse atónitos ante la petición del terapeuta a su paciente de que éste recuerde y describa su niñez cuando tiene un ataque de ansiedad en el trabajo originado por su jefe. El terapeuta debe, en primer lugar, explicar la naturaleza de la terapia, orientar y preparar al cliente para la misma, y no asumir que él o ella están familiarizados con tales procedimientos. Esto es crucial en aquellos casos de terapia intercultural, en los cuales los pacientes no tienen conocimiento de la psicoterapia.

Expectativas, reglas y acuerdo

Estrechamente relacionada con la comprensión de la psicoterapia, está la necesidad de clarificar qué es lo que el paciente espera de ella y cuál es el papel que está dispuesto a asumir como paciente. Los papeles del paciente y del terapeuta, quien representa los conceptos culturales de autoridad y sanador, pueden ser percibidos y definidos de forma diferente en las diversas culturas.

Debido a razones profesionales basadas en la experiencia clínica previa, los psicoterapeutas contemporáneos han establecido una serie de normas y acuerdos que los pacientes deben de cumplir. Por ejemplo, para llevar a cabo una terapia exitosa, los terapeutas actuales consideran que es esencial que el paciente llegue puntual a las visitas y que se muestre de acuerdo en acudir a terapia con la regularidad marcada por el terapeuta. Estas reglas se han establecido parcialmente por razones clínicas, pero también reflejan las necesidades marcadas por la sociedad industrializada moderna. Estas prácticas rara vez son evaluadas cuidadosamente por su relevancia clínica y por sus implicaciones culturales. Poca gente acostumbra a acudir a las citas predeterminadas. No existe la conciencia de que el tratamiento requiere visitas regulares, incluso después de que los problemas iniciales se hayan solucionado o los síntomas esenciales hayan remitido. Es más, si la gente vive en un lugar en el que no existe un adecuado medio de transporte, es todavía más complicado ver a un terapeuta de forma periódica. Cuando un paciente vive en una zona rural y tiene que escalar una montaña, cruzar un río, o realizar un largo recorrido para llegar a la consulta, no es fácil llegar a tiempo a la sesión. Cuando alguien toma un autobús, siempre existe la posibilidad de perderlo y tener que esperar al próximo, tardando varias horas en llegar al lugar de destino. La exigencia de visitas periódicas y regulares debería evaluarse desde el punto de vista de estos aspectos prácticos, además de los hábitos de puntualidad adquiridos culturalmente. Sería imprudente desde la perspectiva cultural y un grave error, tachar como resistencia a la terapia un retraso o la falta a una cita.

Como parte de su contrato, se espera que los pacientes paguen al terapeuta por sus sesiones. Sin embargo, cómo y cuánto no son meramente aspectos técnicos, sino implicaciones culturales. De acuerdo con la tradición, los individuos de sociedades no industrializadas raramente realizan pagos en efectivo a los sanadores; haciéndose solamente donaciones voluntarias o regalos como muestra de agradecimiento. Demandar el pago en efectivo por unos servicios previamente contratados, puede interpretarse como un asunto meramente comercial más que un trabajo caritativo como el que practican los sanadores en los pueblos. Llegar a un acuerdo de pago es un asunto delicado y sensible que requiere ser manejado cuidadosamente en la terapia intercultural con pacientes no familiarizados con este tipo de sistemas de pago.

Comunicación en la Terapia

La comunicación entre el terapeuta y el paciente es considerada por los psicoterapeutas como un elemento central de la terapia. Determinar el modo cómo lograr una comunicación informativa, comprensiva, llena de significado y terapéutica es necesario para unos resultados efectivos. En la psicoterapia intercultural, existen múltiples aspectos en el ámbito de la comunicación que necesitan atención.

El espectro de las palabras en el Lenguaje

Los habitantes del planeta utilizan diferentes lenguas para comunicarse. El chino, el inglés o el español, son algunas de los principales idiomas usados por los diferentes grupos étnicos. La naturaleza de las diferentes lenguas, incluyendo su vocabulario, gramática y patrones de comunicación, varían ampliamente. Pongamos por ejemplo, las diferencias de género que pueden encontrarse en idiomas como el inglés, el ruso, el francés o el español, pero no así en el chino o el japonés. Este hecho se relaciona con la estructura básica del idioma pero a su vez refleja el estilo cognitivo y los aspectos perceptivos y la concepción de sus hablantes. Por ejemplo, para un japonés marcado por la organización jerárquica, el vocabulario y la gramática de su lengua dependen de a quién se dirija.

La mayor diferenciación de una palabra o la riqueza de las variantes de una misma palabra, a menudo indican el nivel de conciencia del individuo en su cultura. Tal es el caso de los esquimales, que poseen numerosos vocablos para designar la nieve, reflejando así la realidad de sus vidas en la nieve, mientras que en inglés existe una única palabra para ello. Los individuos de una sociedad de una isla del Pacífico, han desarrollado por necesidad distintas palabras para “nube” con la intención de poder predecir y ajustarse al máximo los cambios de tiempo en mitad del océano. Los occidentales utilizan diferentes palabras para describir las distintas variedades de vino y licores, mientras que los chinos incluyen todo en la palabra “vino”. En contraposición, los chinos usan varios términos para dirigirse a sus tíos o tías, distinguiendo los familiares paternos de los maternos, así como la jerarquía según su edad. Este hecho ilustra la importancia para los chinos de discriminar entre diferentes familiares y edades.

El significado de las palabras para la comunicación

En la psicoterapia es importante captar el significado de las palabras expresado explícitamente, sutilmente o de forma simbólica. Transculturalmente, puede ser difícil comprender el significado sutil o simbólico de las palabras. Este significado necesita ser comprendido en el contexto cultural y a través del conocimiento de esta cultura. Por ejemplo, no resulta difícil comprender el significado de la palabra “gustar” en inglés. Sin embargo, puede ser más complicado entender con precisión lo que quiere decir una joven asiática cuando dice: “me gustas”. Deberíamos saber que hombres y mujeres asiáticos conservadores nunca se dicen “te quiero”. Como

mucho, se dirán “me gustas”. Por consiguiente, cuando una joven asiática utiliza la expresión “gustar”, no implica simplemente un sentimiento de agrado, sino que puede ser equivalente a un afecto intenso y serio hacia la persona del sexo opuesto (equivalente al “te quiero” para los occidentales). Esto nos muestra que no se trata de entender una palabra, sino de ir más allá de su significado cultural (Hsu y Tseng, 1972).

Desde una perspectiva cultural, encontramos numerosas palabras, frases y expresiones utilizadas por ciertos grupos étnicos con el fin de conferir significados específicos o sutiles. Por ejemplo, cuando alguien dice “mi casa queda lejos”, significa que no somos bienvenidos a visitarla. Cuando alguien nos pregunta si hemos comido o no, no significa que esté interesado en nuestra comida o que desee ofrecernos una, se trata simplemente de un saludo social, como preguntar “cómo estás”.

Como una extensión de esto, es importante saber que, en el ámbito de la psiquiatría, los médicos y los pacientes utilizan términos psiquiátricos en su comunicación, tales como “depresión” e “hipocondríaco”, los cuales necesitan ser definidos cuidadosamente para poder entender su auténtico significado. Incluso cuando un paciente manifiesta su voluntad de acabar con su vida, no debe ser tomado de forma literal, sino que requiere un juicio clínico acerca del paciente, su psicopatología y la posible motivación para tal revelación. Además, se necesita también un juicio cultural para comprender la tendencia general de los individuos de la cultura a la que pertenece el paciente de manifestar tal deseo de acabar con sus vidas, su implicación y el posible mensaje que tal persona quiere transmitir con ello. Tal es el caso de un musulmán, cuya fe prohíbe el suicidio, que manifiesta su deseo de estar muerto. Esta idea suicida debería provocar una reacción e interpretación delicada.

Patrones de comunicación modelados por la cultura

Más allá de las palabras y el lenguaje utilizado en la comunicación, los factores culturales influyen en el modo en que un individuo se comunica con el resto, y este hecho tiene su impacto también en la clínica. El mejor ejemplo lo encontramos en Micronesia. De acuerdo a la tradición, las mujeres no están autorizadas a hablar directamente con un extraño, ni siquiera con un médico. Si un extraño quiere dirigirse a ellas, debe hacerlo a través de su marido, si está casada, o a través de su madre si no lo está. Imagínese a usted mismo, como un psiquiatra extranjero, entrevistando a una pareja micronesia. Cualquier pregunta que usted haga a la mujer, ella la responderá en su idioma a su esposo y éste traducirá lo dicho por ella. Esto es así incluso cuando ella habla inglés. Con la conversación a través del marido, es difícil para uno saber hasta qué punto ha sido ocultada o distorsionada por el mismo. Esto subraya la forma en que los patrones de comunicación modelados por la cultura se convierten en un desafío para la psicoterapia intercultural.

Es también conocido el hecho de que los japoneses tienden a responder diciendo “Hai! Hai!” cuando se les habla. Aunque literalmente en japonés *hai*

significa *si*, no quiere decir que la persona diga si o responda afirmativamente a todo lo que se le dice. Simplemente indica que está escuchando a lo que le estamos diciendo (incluso aunque discrepe con nosotros). El terapeuta necesita estar al tanto de esto para evitar posibles malentendidos.

Comunicación no verbal

Las dificultades las encontramos también en el lenguaje no verbal, incluyendo las expresiones faciales, gestos o el comportamiento. A pesar de que los seres humanos comparten ciertos patrones universales de comunicación no verbal, tales como asentir con la cabeza para mostrar afirmación, moverla a un lado y otro para expresar negación o desacuerdo, y utilizar ciertas expresiones faciales para mostrar emociones de placer o desagrado, son predeterminadas por los patrones culturales. Sin el conocimiento de este hecho, el mensaje de una persona puede no captarse o entenderse incorrectamente.

Pongamos por ejemplo el caso de un paciente egipcio que emitía el sonido “che, che”, cada vez que su terapeuta le decía algo. Esto tenía perplejo al terapeuta hasta el punto de preguntarle en una ocasión al paciente por el significado de esta expresión. El paciente explicó que en Egipto, tal sonido indica acuerdo (Hsu y Tseng, 1972). Un psicoterapeuta extranjero se sintió incluso mucho más frustrado en su primera entrevista con un paciente de Micronesia. Independientemente de lo que le dijera el terapeuta al paciente, este último nunca respondía, ni verbal ni no verbalmente. Después de que el terapeuta le expusiera este asunto al paciente, casi en un modo acusador, éste protestó diciéndole que había estado reconociendo lo que le decía el terapeuta levantando las cejas, tal como marca su cultura. En lugar de decir “sí”, los habitantes de Micronesia levantan las cejas. Un psiquiatra japonés se molestó con un paciente chino que sacaba la lengua en respuesta a ciertos asuntos tratados durante la conversación. El terapeuta estaba molesto con el paciente, porque en Japón, sacar la lengua es un insulto. Afortunadamente, el psiquiatra comentó el caso con sus colegas chinos y estos le explicaron que para su cultura, ésta es una forma común de mostrar su sorpresa. Estos ejemplos muestran que muchas expresiones no verbales, gestos corporales o el propio comportamiento, tienen significados específicos marcados específicamente por la cultura. Una vez que el terapeuta comprende estas expresiones, debe indagar y aclarar su significado para evitar cualquier malentendido.

Maneras de presentar el problema

Para un médico, particularmente para un psiquiatra o un psicoterapeuta, es importante reconocer que existen diferentes formas de presentar los problemas en función de la cultura. Un buen ejemplo de esto es el paciente que tiene una queja somática, no porque en realidad tenga un problema somático, sino simplemente porque presentar sus problemas a un médico o a un psiquiatra como una queja

somática al inicio, es un patrón de comportamiento marcado por su cultura. Tras las preguntas pertinentes, el paciente podrá manifestar cualquier trastorno emocional que presente (Tseng, 1975). Por el contrario, el paciente puede presentar una queja psicológica, tal como que odia a su padre, un trauma de la infancia o algo similar, en su primera visita con el terapeuta, como si estuviera mucho más concienciado de la vertiente psicológica de su problema. Sin embargo, a medida que la terapia evoluciona, puede mostrar que el paciente ha aprendido a presentar tal “material psicoanalítico” de los medios de comunicación o de sus amigos, mientras que él por sí mismo no sabía nada de sus problemas psicológicos.

Esto ilustra que, sin saberlo, los pacientes aprenden los patrones culturales de presentación de sus quejas, particularmente al inicio de la terapia. Un terapeuta necesita conocer cuáles son los modos de presentación de cada trastorno y en cada cultura y aprender cómo manejarlo. Cuando un hombre joven (procedente de la India o de China), preocupado por la eyaculación, pide que se le haga un análisis de orina o reclama alguna sustancia que nutra sus riñones, el terapeuta debe entender que el problema que presenta el paciente es compatible con una entidad popular conocida como síndrome de *daht* (en el caso del indio) o síndrome de *senkui* (en el caso del chino).

La revelación de asuntos privados o temas tabús

En general a un terapeuta le gustaría que su paciente le revelara la mayor información sobre él que fuera posible, para poder establecer una relación adecuada y un buen entendimiento entre ambos. Una buena terapia puede basarse en la comprensión dinámica del paciente. Sin embargo, hasta qué punto debe el terapeuta animar a su paciente a revelar asuntos privados y cuánto debe éste último abrir su mente y compartir sus asuntos personales con un extraño son temas bastante delicados. Y este hecho es particularmente cierto cuando el terapeuta se hace cargo de un paciente procedente de otro entorno cultural. Desde tal perspectiva, existen numerosas opiniones acerca de cuánta información propia debería una persona compartir con un extraño, y acerca de cuáles son los temas tabú.

Tomemos como ejemplo Micronesia, donde la muerte de un familiar es tratado como un tema tabú. Incluso un médico, visto como un extraño, no debería preguntar a un paciente sobre cómo sus padres o sus abuelos fallecieron, aunque sea de interés para el profesional conocer la historia médica de la familia. El médico debe insinuar a su paciente la importancia de conocer los antecedentes médicos familiares de cara a un adecuado diagnóstico de la presente enfermedad que padece. No obstante, no debería preguntar tampoco de forma directa: “¿Cómo falleció su padre?” o “¿De qué murió su abuela?” Para el paciente, responder a estas preguntas está culturalmente prohibido, y el médico estaría incitándolo a romper con sus tabús.

Para gente de muy diversas culturas, incluso para los asiáticos, es un tabú discutir de la futura muerte. Incluso ante la muerte inminente de un paciente

terminal, es preferible no mencionar la posibilidad de la muerte de éste. En tales circunstancias, romper con el tabú social y ayudar a la persona a afrontar la realidad y prepararla para el final de su vida, preparar su testamento y el funeral, por ejemplo, tiene que ser tratado con extrema delicadeza y no puede ser tratado abiertamente y de forma deliberada. De otro modo, el paciente malinterpretaría al terapeuta y pensaría que éste desea su muerte próxima.

En un modo un tanto menos serio, gente de muchas culturas, no se siente cómoda de revelar algunos secretos familiares. Revelar que algún miembro de la familia padeció tuberculosis, que alguien es ludópata, que han mantenido una relación extramarital; son considerados asuntos de los que avergonzarse. “No revelar asuntos familiares comprometidos a los extraños” es un dicho popular en china y entre gente de otras culturas. Como manejar de forma adecuada los asuntos familiares y como vencer la “resistencia cultural” para conseguir la información necesaria para el planteamiento del caso, se convierte en un desafío para la psicoterapia intercultural, complicándose más allá de la simple conciencia y manejo de la “resistencia” entendida por los psicoanalistas.

El arte de utilizar un intérprete

Para la psicoterapia intercultural, el idioma puede ser un obstáculo importante, requiriendo la intervención de un intérprete durante la terapia. Dependiendo de quién hace de intérprete, un miembro de la familia, un amigo, un miembro del mismo grupo étnico o un profesional entrenado y con conocimientos de salud mental y cierta experiencia, el proceso y la calidad de la interpretación será una u otra. Se necesitan traductores que puedan traducir adecuadamente y de forma fiable para las intenciones médicas. Además, el médico debe conocer la existencia de tres maneras de funcionar de los intérpretes según la situación terapéutica, y que se clasifican en función del papel adoptado por el traductor y sus interpretaciones.

Diferentes maneras de funcionar del intérprete

Traducción literal Se refiere a la situación en la cual el intérprete realiza una traducción semántica directa. El mediador puede ser entrenado para traducir de un modo ligeramente distinto, de acuerdo con la naturaleza de la entrevista. Por ejemplo, si la entrevista se centra en un asunto determinante o delicado emocionalmente, el terapeuta debería pedirle que haga una traducción literal para no perder detalle sobre el contenido o el flujo de los pensamientos del paciente. Si el objetivo es reunir la máxima información sobre algún asunto determinado, tal como la historia familiar, marital o médica, el intérprete deberá limitarse a ofrecer un resumen conciso e integral de lo que ha dicho el paciente. De este modo, se ahorra tiempo. Las entrevistas llevadas a cabo a través de un intérprete suelen ocupar más tiempo, más del doble de lo que duran las entrevistas normales. Y ahorrar tiempo se convierte en un asunto importante.

Este tipo de interpretación es necesaria cuando el terapeuta no tiene ningún conocimiento del idioma del paciente. Cuando tiene lugar la entrevista, el terapeuta y el paciente deben estar sentados frente a frente, como si estuvieran dirigiéndose el uno al otro. Esto ayudará al terapeuta a establecer una buena relación con el paciente (más que establecer una relación entre el paciente y el intérprete). Además, permite intercambiar mensajes no verbales entre el terapeuta y el cliente, incrementando el nivel de entendimiento mutuo. Así se compensa, en cierto modo, las desventajas de conducir la entrevista a través de un intérprete.

Para este tipo de interpretación, el mediador no necesariamente necesita una formación académica o un conocimiento extenso del idioma. Cualquier persona, incluyendo amigos o familiares puede hacerlo, debido a que el entrevistador puede pedir una conversación sin trascendencia.

Interpretación cultural La interpretación cultural es aquella que se produce, cuando además de la función previamente descrita, se pide al traductor que dé su particular interpretación de una palabra, una información o de un asunto desde una perspectiva cultural. Puede hacerse de forma bilateral, interpretándose para el terapeuta y para el paciente. Así, el intérprete actúa como un agente de intercambio cultural, por decirlo de algún modo. No es necesario señalar que no hay manera de garantizar que la interpretación cultural sea objetiva y fiel y no subjetiva y sesgada. El terapeuta debe comprobar su precisión y dar instrucciones o sugerencias acerca de cómo hacer la traducción sin deformar su mensaje. Esta forma de trabajar requiere que el mediador tenga un cierto nivel de conocimiento y aptitudes.

Adjunto a la terapia Esta es otra de las funciones que los intérpretes pueden llevar a cabo, es decir, actuar como ayudantes del terapeuta en el desarrollo de su trabajo. Para ello, el intérprete necesita una cierta formación y experiencia. Sería preferible que el mediador tuviera conocimientos y experiencia en salud mental. En estas circunstancias, el intérprete (o terapeuta adjunto) actúan como coterapeutas. Como equipo, necesitan trabajar juntos y revisar periódicamente su planteamiento para asegurar que su enfoque es congruente, complementario y está libre de conflictos.

Aspectos a considerar

Entre los numerosos asuntos que deben ser tenidos en cuenta, uno de los que merece especial atención, en el caso de que exista la posibilidad, el de elegir un intérprete que proceda del mismo grupo étnico que el paciente (interno al grupo) o alguien de fuera del grupo étnico del paciente (externo). Claramente, alguien del mismo grupo poseerá mayor conocimiento sobre la cultura y un mayor dominio del idioma, lo cual incrementará la precisión cultural de la interpretación. Sin embargo, la experiencia clínica indica que aparecen potenciales problemas en aquellos casos en que se utilizan traductores del mismo grupo cultural del paciente. El intérprete se verá identificado de forma implícita o explícita con el paciente de su misma etnia, pudiendo sentirse avergonzado de revelar “información desagradable” acerca de

una persona con la que comparte cultura o bien aplicar su propia visión y sentimientos durante la interpretación. Además, el paciente puede dudar si revelar su vida personal al terapeuta a través de un individuo de su misma etnia, con la preocupación o incluso miedo de que su secreto sea divulgado entre los miembros de su comunidad. Este hecho es particularmente motorio si procede de una comunidad pequeña.

Más allá de la traducción, es necesario considerar el papel desempeñado por el intérprete, en especial su relación con el paciente y cómo se identifica con éste y con su cultura. Pongamos por caso, cuando el intérprete es un familiar, él o ella no actuarán meramente como un traductor, sino que tratará de transmitir las necesidades del paciente y/o de la familia. Si la clase social o casta es todavía vigente en una sociedad, es necesario tener en cuenta cómo este trasfondo jerárquico puede llegar a afectar al trabajo clínico. Si el intérprete procede de una clase inferior a la del paciente, la terapia no funcionará en la mayoría de los casos, ya que el paciente no querrá revelar sus asuntos personales ante una persona de un estatus inferior al suyo. El paciente solo revelará sus asuntos privados ante el respetable terapeuta. Éste y otros factores han de ser tenidos en cuenta y manejados, ya que pueden afectar tanto al proceso como a los resultados de la interpretación.

Es innegable que si existe una barrera idiomática entre el terapeuta y el paciente, se necesita un esfuerzo extra para superarla. Cuando se usa un intérprete, a menudo aparecerán problemas acerca de la precisión de la traducción respecto a su pertinencia a los objetivos médicos. Habrá problemas de omisión de información, deformación del significado y adición de información que deberemos minimizar (Lee, 1997). Y esto siempre requiere tiempo. Siempre existen considerables limitaciones en la comunicación en las terapias. Sin embargo, tales circunstancias no son únicamente negativas. Las barreras idiomáticas confieren al terapeuta una excusa legítima para aclarar una palabra o un concepto confuso, de modo que se arroja luz sobre el asunto y éste es un proceso muy valorado en la terapia dinámica (Carstairs, 1961).

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Relación médico-paciente modelada por la cultura

La relación entre el terapeuta y el paciente habitualmente juegan un significativo papel en la psicoterapia y es por tanto examinada y regulada por el terapeuta. Tal y como los médicos saben la relación entre el médico y su paciente está sujeta a numerosos factores, incluyendo la personalidad de ambos, el género y la edad, la psicopatología del paciente y la terapia. Más allá de estos factores, el terapeuta debe comprender y lidiar con aspectos de la relación con el paciente que están modelados por la cultura de éste. La actitud y la relación con la autoridad varían ampliamente entre los diferentes grupos culturales. Los pacientes que proceden de entornos

donde la autoridad tiende a ser autócrata esperarán que el terapeuta sea activo, instructivo y responsable, mientras el paciente juega un papel sumiso y duda ante adoptar actitudes que puedan parecer desobedientes. En contraste, los pacientes que están acostumbrados a tratar con la autoridad de una forma más democrática preferirán una relación más igualitaria y esperará que el terapeuta no le manipule.

La relación entre el paciente y el terapeuta se verá afectada por el concepto cultural de la relación entre hombres y mujeres. Si hay una fuerte idea sobre el papel y la posición de hombres y mujeres, tal como la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer, puede resultar un problema que un paciente varón sea tratado por una terapeuta. Esto sucede en sociedades como la musulmana o ciertas sociedades asiáticas, en las que el papel del hombre y la mujer están claramente definidos y diferenciados. Tales situaciones se presentan no sólo en las consultas intraculturales, sino también en situaciones interculturales que sobrepasan las fronteras entre países. Una situación similar fue descrita por Bishop y Winokur (1956) en relación a un paciente japonés tratado por una terapeuta americana. Describieron que, influenciado por tradiciones culturales sobre el género, el paciente se había mostrado reticente a recibir ayuda de una mujer. Tenía tendencia a mostrar la excesiva e impecable cortesía asiática con mínima implicación emocional, especialmente en las primeras sesiones de la terapia.

Aspectos de transferencia étnico-cultural y contratransferencia

La transferencia cultural y étnica y la contratransferencia que se observan en las terapias interétnicas o interculturales han atraído la atención de los terapeutas desde hace un tiempo (Hsu y Tseng, 1972; Schachter y Butts, 1968). La transferencia étnica y cultural se produce cuando el paciente desarrolla una relación, comparte un sentimiento, o tiene una actitud hacia el terapeuta que pertenece a otro entorno cultural. La contratransferencia es el fenómeno inverso, cuando el terapeuta desarrolla una relación con su paciente, principalmente por el entorno cultural o étnico de éste. La transferencia y contratransferencia se basan en un conocimiento previo, impresiones, sesgos o experiencia del terapeuta o del paciente en una relación con un grupo étnico particular o con gente de un determinado entorno cultural. Debido a que es más sencillo identificar y reaccionar ante la raza o la etnicidad, este fenómeno sucede, como una transferencia/contratransferencia entre etnias o razas. Del mismo modo que a nivel personal, la transferencia y contratransferencia racial o étnica, puede ser positiva o negativa, influyendo de modo importante en la terapia, y por tanto, necesita ser detectada y atendida con prontitud.

Con respecto a la transferencia étnico-cultural, que puede observarse en las situaciones clínicas, Comas-Díaz y Jacobsen (1991) indicaron que la transferencia puede manifestarse como una negación de la etnicidad y la cultura; desconfianza,

susplicacia y hostilidad; ambivalencia hacia el terapeuta, o excesiva conformidad y simpatía. Asimismo, la contratransferencia puede manifestarse como negación de las diferencias étnico-culturales; siendo especialmente curioso el entorno cultural del paciente y pudiendo desarrollar un síndrome antropológico; o demostrando sentimientos de culpabilidad excesiva, enfado o ambivalencia hacia el paciente.

Impacto del racismo en la terapia intercultural

El posible impacto negativo del racismo en la psicoterapia ha atraído mucha atención (Carter, 1995). Este impacto es especialmente notable si previamente existían relaciones hostiles entre los dos grupos raciales implicados. Las dificultades de la psicoterapia que implica factores raciales, han sido demostradas en situaciones extremas. Por ejemplo, en Sudáfrica, tal como señalan Lambley y Cooper (1975), el contacto entre un terapeuta blanco y un cliente negro, tenía influencias de la relación global entre blancos y negros en la sociedad del apartheid y tales elementos influenciaban negativamente la relación terapéutica. El paciente tenía dificultades para confiar en el terapeuta. Este último siempre tenía problemas para manejar el enfado y el odio del paciente contra los blancos en general, que tendía a proyectar contra el terapeuta. Además, si el médico estaba genuinamente preocupado por su paciente y demostraba excesiva simpatía por él, el terapeuta corría el riesgo de ser arrestado por el gobierno bajo las circunstancias del apartheid. Se trataba de una realidad política.

La terapia de un paciente árabe a cargo de un terapeuta judío en Israel durante la Intifada, una exacerbación del conflicto político histórico, tal como describieron Bizi-Nathaniel, Granek y Golomb (1991), es otro ejemplo de cómo la realidad política se entromete en la psicoterapia interracial e interfiere con la relación terapeuta-paciente. Se recomienda mostrarse abierto con los pacientes desde el inicio de la terapia sobre los posibles efectos de las diferencias raciales y étnicas (Brantley, 1983) y trabajar a partir de una adecuada relación terapéutica minimiza los efectos adversos que siempre se asocian a este tipo de relaciones negativas entre razas.

Combinación Paciente-Terapeuta

Griffith (1977) trató diversos aspectos de interés en ciertas relaciones entre terapeuta y paciente. Recalcó, por ejemplo, que el principal aspecto en la relación entre un terapeuta blanco y un paciente negro es la “confianza”; en la relación terapeuta negro-paciente negro, la “identidad” y en la relación entre terapeuta negro-paciente blanco, la “contradicción de status”. Resolver estas particularidades para cada combinación racial puede resultar a veces todo un reto.

Probablemente influenciados por los movimientos a favor de las minorías y los derechos humanos, algunos grupos han hecho hincapié en la importancia de recibir una terapia adecuada a la etnia y la cultura. Asumen que, con la intención de obtener una terapia efectiva, cada paciente es mejor tratado por un terapeuta del mismo

entorno étnico-cultural, aplicándose ciertos modelos de terapia en las que es relevante la cultura (Sue y Morishima, 1982).

No hay duda de que la congruencia entre los entornos culturales del paciente y el terapeuta van a beneficiar la terapia, particularmente durante la etapa inicial, haciendo el compromiso y la comunicación relativamente más sencilla. Sin embargo, desde un punto de vista clínico, se ha demostrado que esta congruencia no es suficiente (Carlton, 2001). De hecho, tal como señalaron Kareem y Littlewood (1992), el emparejamiento entre cliente y terapeuta no es la solución para mejorar la terapia intercultural, porque esto encierra a ambos en su propia identidad cultural y racial y disminuye el componente humano de la relación.

De acuerdo con la idea de emparejar a terapeuta y paciente, los psicólogos chino-americanos Sue y Zane (1987), basándose en su experiencia clínica, señalaron que, en la terapia intercultural, no es suficiente que el terapeuta tenga un cierto grado de conocimiento y sensibilidad hacia el entorno cultural del paciente. Se necesitan también otros factores. El conocimiento de la cultura y estrategias consecuentes con la misma deben añadirse a dos procesos básicos, credibilidad y adaptabilidad, para que la terapia sea exitosa.

Raramente ha sido señalada en la literatura la existencia de numerosos factores negativos asociados con el tratamiento de pacientes procedentes de minorías étnicas por terapeutas de las mismas minorías. El concepto de confidencialidad se convierte en una verdadera preocupación si la población de la minoría es relativamente pequeña dentro de la comunidad. Los pacientes de las minorías pueden preferir ser tratados por alguien de fuera de su propio grupo. También puede darse una transferencia étnica negativa. El paciente puede desconfiar del terapeuta de su propio grupo y preferir ser tratado por un terapeuta perteneciente a un grupo mayoritario. Identificarse con un terapeuta con unas circunstancias favorables, puede ser útil en tales circunstancias. Considerando la situación en Israel, en vez de los problemas raciales que existen entre árabes y judíos, de forma bastante interesante, tal como señalan Bizi-Nathaniel, Granek y Golomb (1991), muchos pacientes árabes en Israel prefieren terapeutas judíos antes que árabes. Las posibles explicaciones ofrecidas por Bizi-Nathaniel y sus colegas son: auto-odio, identificación con el agresor, mejor valoración de las habilidades del terapeuta y confidencialidad de su propio grupo étnico.

El emparejamiento inverso de terapeuta y paciente rara vez se ha examinado en el pasado. Se refiere a la situación en la cual el paciente de una mayoría y con privilegios sociales, es tratado por un terapeuta de una minoría y socialmente desaventajado. De este modo, es la situación inversa de la habitual en la cual un paciente de la minoría es tratado por un terapeuta de la mayoría. ¿Qué sucede con el asunto de la identificación con el terapeuta? ¿Qué hay de la transferencia y contratransferencia étnica? ¿Tienden a ser negativas? ¿Cómo el terapeuta de una minoría social afecta al proceso de la terapia desde el punto de vista de los sistemas

de valores? Estas son preguntas que todavía esperan respuesta. De un modo interesante, Cheng y Lo (1991) señalaron las ventajas de la psicoterapia intercultural con la pareja terapeuta perteneciente a la minoría- paciente de la corriente mayoritaria. Apuntaron que en esta situación inversa, el terapeuta, como individuo externo, puede proporcionar objetividad y neutralidad para ayudar al paciente a adaptarse al estrés vital.

Entender los problemas, interpretarlos y dar consejo

Como parte de la práctica médica, la psicoterapia sigue el modelo médico en el procedimiento de hacer una valoración clínica y establecer un diagnóstico, según la terapéutica a seguir. La única diferencia es que, en psicoterapia, la valoración y el diagnóstico no se centran específicamente en aspectos biológicos o físicos, sino que se enfocan desde perspectiva psicológica. No es descriptiva sino dinámica. Entender la naturaleza de los problemas y comprender los factores causales que concurren en los trastornos emocionales son parte crucial de la evaluación del trabajo psicoterapéutico.

La valoración no se lleva a cabo solamente en la fase inicial de la terapia, sino que se continúa a lo largo de todo el proceso de tratamiento, de forma acumulativa y progresiva. Desde una perspectiva cultural, es crucial para el terapeuta entender la naturaleza del comportamiento del paciente, las reacciones emocionales, los trastornos psicológicos, adaptativos, los cuales están todos sujetos a la influencia cultural. No solo debe tener un conocimiento básico de la cultura del paciente, sino también “empatía” hacia la cultura, la capacidad de comprender la psicología y el comportamiento del paciente a un nivel emocional y de un modo culturalmente pertinente y preciso. Esto supone un reto para cualquier terapeuta que se dedique a la psicoterapia intercultural.

Es sabido entre los médicos que un terapeuta necesita saber cómo interpretar o dar consejo en el momento adecuado y de un modo idóneo. Es un asunto de juicio clínico, que depende del proceso terapéutico y de otros numerosos factores, incluyendo la condición psicopatológica del paciente, su autoestima, la disposición a explicarse, su nivel de sofisticación psicológica, entre otros. El mejor lenguaje y los términos a utilizar son los que resulten más familiares al paciente de modo que éste pueda recibir y entender las explicaciones con facilidad.

En muchas sociedades, existen numerosos proverbios que aconsejan acerca de cómo un individuo debe dirigir su vida. “Piedra que rueda no cría moho”, “es más verde la hierba al otro lado de la valla”, o “es mejor no poner todos los huevos en una misma cesta” son algunos ejemplos occidentales. “Una uña larga será golpeada por un martillo” (no hables demasiado alto o te expondrás a recibir un castigo), “una hoja caerá y volverá a la raíz del árbol” (una persona en crisis buscará ayuda de su familia o una persona mayor buscará regresar a casa al final de su vida), “un samurái usará un palillo aunque esté hambriento” (haciendo ver que comió, sin demostrar

su debilidad ante cualquier lucha inesperada) son algunos ejemplos orientales. Estos proverbios reflejan la sabiduría cultural acumulada a partir de las experiencias pasadas. Son útiles en psicoterapia si se sabe elegir el proverbio adecuado según el propósito. Facilitarán el entendimiento del paciente. Naturalmente, sería bueno que el terapeuta tuviera conocimiento de alguno de los dichos existentes en la cultura del paciente de modo que pudiera ser capaz de utilizarlos si fuera necesario.

Los psicoterapeutas occidentales contemporáneos están formados para no aconsejar a sus pacientes, particularmente acerca de asuntos vitales mayores, tales como decisiones sobre adopciones, separación, divorcio o segundos matrimonios. Esto se basa en la creencia de que los pacientes deben respetarse a sí mismos para tomar sus propias decisiones. Refleja una creencia cultural en los derechos humanos básicos y una orientación profesional a partir del acercamiento psicoterapéutico. Sin embargo, es innegable que a pesar de que el terapeuta intenta no tomar decisiones por el paciente, éste busca continuamente pistas dadas por el médico y el médico manda señales al paciente respecto a elecciones que debería hacer, sabiendo o sin saber que lo está haciendo, a través de comunicación verbal y no verbal.

Muchos pacientes sufren por dilemas que se les plantean en su vida diaria. Por ello, necesitan acudir a un psiquiatra para que les guíe. Cómo enfrentarse a la autoridad paterna, el papel adecuado de una esposa, cómo tomar decisiones para el propio individuo o para la familia, si es correcto o no mantener relaciones sexuales antes del matrimonio, el aborto, relaciones extramaritales; cuál es la decisión adecuada: ¿la separación, el divorcio, volverse a casar o continuar con un matrimonio infeliz? Éstas son algunas de los problemas psicológicos planteados por los pacientes y las decisiones que toman al respecto están influidas tanto por consideraciones personales como culturales. Dar consejo sobre estos asuntos cotidianos supone un reto para el terapeuta, que no puede ser eludido por la psicoterapia intercultural. Un psicoterapeuta que se implica culturalmente, debe explorar de forma activa junto al paciente las implicaciones que tiene cada una de las opciones y ayudarle a decidir viéndolas desde las perspectivas individual, familiar, grupal, social y cultural.

Objetivos de la Psicoterapia

El último asunto que requiere atención en la psicoterapia intercultural es el de los objetivos de la terapia. Definir una persona normal, sana o madura es un concepto con influencias culturales. El camino a seguir para resolver los problemas y los mecanismos adaptativos a utilizar son aspectos sujetos a determinantes culturales.

El proceso de la psicoterapia puede verse como una comunicación y un intercambio de valores entre dos compañeros: el terapeuta y el paciente. Se dice que los pacientes que han mostrado una mayor mejoría clínica son aquellos que han experimentado un mayor cambio en los valores morales en la dirección de los

valores del terapeuta. Esta situación es la psicoterapia intracultural. Hasta qué punto esto es cierto para la psicoterapia intercultural está todavía pendiente de ser valorado. Si el terapeuta trabaja con un paciente con una diferente escala de valores, necesita evaluarlos cuidadosamente. Preguntas tales como: “¿Debe la esposa mostrar su resentimiento hacia el marido de forma más abierta?” o “¿Debe una mujer aprender a manifestar su deseo sexual de forma más directa en un escenario público?” deben examinarse con cuidado y constantemente en los términos del contexto cultural del paciente. Es importante que el terapeuta no imponga valores ni objetivos, que aunque sean adecuados según la cultura del terapeuta, pueden no serlo para la del paciente.

A nivel filosófico, tienen que elaborarse cuidadosamente muchas cosas. Animar a un paciente a aceptar el sufrimiento o dar consejo sobre cómo manejar los obstáculos son aspectos filosóficos que merecen ser evaluados desde una perspectiva cultural. Para un ciudadano americano contemporáneo, puede resultar ideal ser independiente y auto dirigido, enfatizar su trabajo y socialización y tener un acercamiento a la resolución de conflictos vitales. Para mucha gente oriental, puede ser mejor ser dependiente, aprender a controlar de forma racional las emociones y los deseos, y estar en armonía con los demás y con la naturaleza. Sin embargo, es muy importante que el terapeuta tenga en cuenta la vida anterior del paciente, los patrones de culturalización, el tipo de entorno cultural en el que va a vivir (su comunidad o un nuevo sitio), y después descubrir qué dirección debería tomar el paciente para mejorar su vida. El terapeuta puede prestarle su escala de valores, pero es el paciente quien, bajo la guía del terapeuta, debe desarrollar los objetivos para mejorar.

Es un hecho que la práctica de la psicoterapia es complicada. El terapeuta necesita prestar atención a diversos factores, incluyendo el tipo de psicopatología y los problemas psicológicos que padece el paciente, su autoestima, sus mecanismos adaptativos, su motivación por la terapia, la relación terapeuta-paciente, las estrategias a utilizar en la terapia, el proceso y las fases del tratamiento, los objetivos definidos de la terapia, y la situación socioeconómica del paciente, incluyendo el seguro médico para pagar la terapia. Más allá de estos aspectos clínicos y sociales, los culturales merecen especial atención, y deberá realizarse un esfuerzo para conseguir que la terapia sea culturalmente significativa y pertinente para el paciente. Numerosos obstáculos se irán presentando y muchos retos deberán ser superados por el terapeuta al tratar a un paciente de origen cultural diferente. Es necesaria una psicoterapia intercultural competente.

A modo de resumen, cabe señalar, que es un requisito fundamental que el terapeuta sea clínicamente competente. Esto implica que sea sensible, comprensivo, que cuente con conocimientos clínicos y teóricos del comportamiento humano, y con experiencia clínica. Para llevar a cabo una terapia culturalmente eficiente con éxito, particularmente psicoterapia intercultural, se requieren múltiples cualidades. Éstas incluyen sensibilidad ante la cultura, conocimientos, empatía, adecuada

interacción y relación entre el terapeuta y el paciente, y capacidad de ofrecer una pertinente orientación cultural.

Diferentes niveles de modificación cultural en la psicoterapia

Parece que la psicoterapia debería siempre practicarse de modo que sea relevante para el paciente y de acuerdo al contexto social en el que se produce, incluyendo el entorno político, la clase social, la situación económica, factores étnicos y raciales, y la diversidad cultural. La influencia de la cultura en la práctica de la psicoterapia debe ser examinada activamente y manejada por el terapeuta (Koss-Chioino y Vargas, 1992). Para llevar a cabo una terapia culturalmente pertinente y competente, es necesario realizar modificaciones a nivel técnico, práctico, teórico y filosófico.

Modificaciones técnicas: Los ajustes técnicos en psicoterapia hacen referencia a la necesidad del terapeuta de elegir adecuadamente las aptitudes o técnicas para la terapia que encajen en el entorno del que procede el paciente. Es sabido entre los médicos que la práctica de la terapia necesita ajustarse de acuerdo a varios factores, incluyendo el sexo del paciente, la edad, la personalidad, el nivel intelectual, el tipo de orientación psicológica, y la naturaleza y severidad del trastorno.

Consideraciones prácticas: Para tratar a pacientes de distintos niveles socioeconómicos, se deben tener consideraciones especiales y hacer modificaciones según la situación. Esto incluye cómo organizar los encuentros, la frecuencia con que visitar a los pacientes, la duración de las sesiones, la conveniencia de involucrar a la familia o no, y cómo cobrar por el tratamiento.

Modificaciones teóricas: Más allá de los ajustes prácticos y técnicos, también se necesitan modificaciones conceptuales y teóricas para adecuarse al entorno cultural del paciente. Etnicidad y cultura son parámetros cuya significación debe ser reconocida para entender los procesos psicológicos (American Psychological Association, 1993). Actualmente, numerosas teorías, particularmente las psicoanalíticas, son utilizadas por los terapeutas para comprender el comportamiento y la personalidad de los pacientes. Sin embargo, estas teorías están sujetas a modificaciones transculturales, si son utilizadas para personas que viven en entornos socioculturales diferentes. Algunos ejemplos son: conceptos del yo y límites del ego (Hsu, 1985; Kirmayer, 1989; Marsella, DeVos, y Hsu, 1985; Roland, 1991), relaciones interpersonales (Doi, 1962), teorías del desarrollo de la personalidad, teorías de los mecanismos de defensa (Vaillant, 1971, 1986) o mecanismos terapéuticos en relación a la expresión o supresión (Dwairy, 1997).

Tomemos un ejemplo en relación al concepto teórico del yo, que necesita ser tratado en psicoterapia. La teoría estructural del yo derivada de conceptos analíticos (dividiendo la psicología del yo en id, ego y superego), es útil para entender la psicología humana del yo. La teoría hace referencia primariamente a la esfera interna y se basa en la suposición de que existe un claro límite entre el yo y los demás.

Sin embargo, se cuestiona en el ámbito transcultural. Desde una perspectiva cultural, F.L.K. Hsu (1973) señaló que el límite del *yo* no termina con el superego, sino que se extiende y se funde en el ambiente de la sociedad en un sentido concreto (incluyendo la interrelación e interacción con personas tan próximas como la familia, amigos, vecinos, o miembros de la sociedad en general) y de la cultura en términos abstractos (incluyendo formas de pensamiento, actitudes y escalas de valores). Sin embargo, la estructura del *yo* puede extenderse a las capas sociales y el límite del *yo* como individuo puede difuminarse para personas de diversas culturas.

Consideraciones Filosóficas: En la práctica de la psicoterapia intercultural, el terapeuta necesita tener en cuenta la orientación filosófica del paciente (así como la del propio médico). La visión y la actitud del paciente hacia los humanos, la sociedad, la vida, relacionada de cerca con los conceptos de normalidad, madurez y salud, tendrán un impacto obvio en el esfuerzo por superarse del paciente. Además, la comprensión filosófica del sufrimiento y de los problemas, la elección del modo de solucionarlos modularán el transcurso y los objetivos de la terapia (Hoch, 1990; Varma, 1982). El propio sistema de valores del terapeuta y su actitud filosófica ante la vida y los problemas, guiarán de modo explícito o implícito la dirección de la terapia, particularmente en lo que se refiere a animar al paciente a resolver los inconvenientes y establecer los objetivos del tratamiento.

COMENTARIOS FINALES

El impacto cultural en la psicoterapia requiere especial atención a las situaciones de psicoterapia interétnica y/o intercultural, aunque los problemas médicos iniciales no estén directamente relacionados con la cultura. Debido a que los aspectos culturales tienen impacto sobre todos y cada uno de los aspectos del proceso terapéutico, entre ellos la comunicación, las relaciones terapeuta-paciente, existe la necesidad de una especial atención y adecuado manejo por parte del terapeuta. Esto es tanto más importante cuanto mayor es la separación entre las culturas, si existe barrera idiomática, y si el terapeuta está relativamente poco familiarizado con el trasfondo cultural del paciente.

Cuando un terapeuta trabaja con un paciente de una población especial, por género (particularmente mujeres), por orientación sexual, por condición física (minusválido o discapacitado), por edad (niños o ancianos), o por clase social (clases menos favorecidas), necesita hacer un esfuerzo extra para considerar las perspectivas culturales, incluso aunque el paciente pertenezca al mismo grupo étnico que él. Estas poblaciones especiales han tenido diferentes experiencias personales a las del terapeuta, tienen visiones distintas del mundo y la vida y diferentes escalas de valores. Habitualmente también tienen diferentes trastornos psicológicos que requieren un especial enfoque y una especial comprensión a la hora de tratarlos.

Las diferencias entre estos grupos especiales se agravan si éstos pertenecen a

distintos entornos étnicos, raciales o sociopolíticos. De este modo, confieren nuevas áreas de exploración clínica, más allá de la experiencia y el conocimiento obtenido a partir de trabajar con población adulta general. Estos asuntos están tomando mayor reconocimiento entre los médicos y cada vez son más tratados en publicaciones (Pedersen, Draguns y Lonner, 1976; Pederson, Lonner, Draguns y Trimble, 1996; Sue y Sue, 1999), incluyen como tratar con niños de grupos minoritarios (Powell, 1983; Vargas y Koss-Chioino, 1992), ancianos (Baker y Lightfoot, 1993), y homosexuales y lesbianas (Krajeski, 1993).

La naturaleza de la psicoterapia para pacientes de diferente origen étnico y cultural, incluyendo inmigrantes y refugiados, se elabora a partir de: la orientación de la psicoterapia, la comunicación en la terapia, la utilización de un intérprete, la relación terapeuta-paciente, la comprensión de los problemas y el objetivo perseguido por la psicoterapia. El énfasis se pone en la necesidad de la terapia cultural competente para cada paciente pero se requiere particular atención y esfuerzo cuando existe una amplia distancia cultural con los terapeutas, tal como sucede con los inmigrantes o las minorías étnicas.

Palabras clave: *Psicoterapia, transcultural, intercultural, competencia cultural, inmigrante, minoría, etnicidad*

Traducción: Clara Ventura

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1993). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, 48(1), 45-48.
- BAKER, F.M., & LIGHTFOOT, O.B. (1993). Psychiatric care of ethnic elders. In A.C. Gaw (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 517-552). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- BISHOP, M.M., & WINOKUR, G. (1956). Cross-cultural psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 123, 369-375.
- BIZI-NATHANIEL, S., GRANER, M., & GOLOMB, M. (1991). Psychotherapy of an Arab patient by a Jewish therapist in Israel during the Intifada. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 594-603.
- BRANTLEY, T. (1983). Racism and its impact on psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1605-1608.
- CARLTON, B. (2001). One patient, three therapists. In W.S. Tseng & J. Streltzer (Eds.): *Culture and psychotherapy: A guide for clinical practice* (pp. 67-78). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- CARSTAIRS, G. M. (1961). Cross-cultural psychiatric interviewing. In B. Kaplan (Ed.), *Studying personality cross-culturally* (pp.532-548). New York: Harper & Row.
- CARTER, R.T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Toward a racially inclusive model*. New York: Wiley-Interscience.
- CHENG, L., & Lo, H. (1991). On the advantages of cross-cultural psychotherapy: The minority therapist/mainstream patient dyad. *Psychiatry*, 54, 386-396.

- COMAS-DÍAZ, L., & JACOBSEN, F.M. (1991). Ethno cultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392-402.
- DOI, T. (1962). AMAE — A key concept for understanding Japanese personality structure. In R. J. Smith & R. K. Beardsley (Eds.), *Japanese culture: Its development and characteristics*. Chicago: Aldine.
- GRIFFITH, M.S. (1977). The influences of race on the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry*, 40, 27-40.
- HOCH, E.M. (1990). Experiences with psychotherapy training in India. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53, 14-20.
- HSU, F. L.K. (1973, May 7). *Psychosocial homeostasis (PSH): A sociocentric model of man*. Presented as William P. Menninger Memorial Lecture at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Honolulu.
- HSU, F.L.K. (1985). The self in cross-cultural perspective. In A. Marsella, G. DeVos, & F.L.K. Hsu (Eds.), *Culture and self*. New York: Tavistock.
- HSU, J., & Tseng, W.S. (1972). Intercultural psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 27, 700-705.
- KAREEM, J., & LITTLEWOOD, R. (Eds.). (1992). *Intercultural therapy: Themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell.
- KIRMAYER, L.J. (1989). Psychotherapy and the culture concept of the person. *Santé, Culture, Health*, 6(3), 241-270.
- KOSS-CHIOINO, J.D., & VARGAS, L.A. (1992). Through the culture looking glass: A model for understanding culturally responsive psychotherapies. In A. Vargas & J.D. Koss-Chioino (Eds.), *Working with culture: psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KRAJESKI, J.P. (1993). Cultural considerations in the psychiatric care of gay men and lesbians. In A.C. Gaw (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 553-572). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LAMBLEY, P., & COOPER, P. (1975). Psychotherapy and race: Interracial therapy under apartheid. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 179-184.
- LEE, E. (1997). Cross-cultural communication: Therapeutic use of interpreters. In E. Lee (Ed.), *Working with Asian Americans: A guide for clinicians* (pp. 477-489). New York: Guilford.
- MARSELLA, A., DEVOS, G., & HSU, F.L.K. (Eds.). (1985). *Culture and self*. New York: Tavistock.
- PEDERSEN, P., LONNER, W.J., & DRAGUNS, J.G. (Eds.). (1976). *Counseling across cultures*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- PEDERSEN, P.B., DRAGUNS, J.G., LONNER, W.J., & TRIMBLE, J.E. (Eds.). (1996). *Counseling Across Cultures* (4th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- POWELL, G.J. (Ed.). (1983). *The psychosocial development of minority group children*. New York: Brunner/Mazel.
- ROLAND, A. (1991). Psychoanalysis in India and Japan: Toward a comparative psychoanalysis. *American Journal of Psychoanalysis*, 51(1), 1-10.
- SCHACHTER, J.S., & BUTTS, H.F. (1968). Transference and countertransference in interracial analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 792-808.
- SUE, S., & MORISHIMA, J.K. (Eds.). (1982). *The mental health of Asian Americans*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SUE, D.W., & SUE, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: Wiley.
- SUE, S., & ZANE, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 42, 37-45.
- TSENG, W.S. (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: The Chinese case. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 237-245.
- TSENG, W. S. (2003). *Clinician's guide to cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press.
- TSENG, W.S., LU, Q.Y., & YIN, P. Y. (1995). Psychotherapy for the Chinese: Cultural considerations. In T.Y. Lin, W.S. Tseng, and E.K. Yeh (Eds.), *Chinese societies and mental health* (pp. 281-294). Hong Kong: Oxford University Press.
- TSENG, W.S., & STRELTZER, J. (2001). *Culture and psychotherapy: A guide for clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- VAILLANT, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- VAILLANT, G. E. (1986). *Empirical studies of ego mechanism of defense*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- VARGAS, L.A., & KOSS-CHIOINO, J.D. (1992). *Working with culture: psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.

- VARMA, V.K. (1982). Present state of psychotherapy in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 24, 209-226.
(Reviewed in: *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21(4), 291-291[1984]).
- WESTERMEYER, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 745-749.