

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

PSICOTERAPIA TRANSCULTURAL EN LA INMIGRACIÓN

Epoca II, Volumen XVIII - 2º/3er. trimestre 2007

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 70/71 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVIII - N° 70/71 - 2º/3er. trimestre 2007

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 25 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
PSICOTERAPIA DESDE LA TRANSCULTURALIDAD Y LA MIGRACIÓN	5
Wen-Shing Tseng	
APRENDIZAJES SOBRE PSICOTERAPIA TRANSCULTURAL, OBTENIDOS DESDE LA ASOCIACIÓN OASIS DE AYUDA PSICOLÓGICA AL INMIGRANTE	27
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON INMIGRANTES Y OTROS GRUPOS CON ESTRÉS CRÓNICO Y EXCLUSIÓN SOCIAL: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA O AMPLIADA	65
Joseba Achotegui	
EL PSICOTERAPEUTA ANTE EL RETO DE UNA SOCIEDAD CON CRECIENTE PLURALISMO Y DIVERSIDAD CULTURAL	85
Ramón Rosal	
TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE: UN ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO	115
A. Gailly	
GRUPOS DE MADRES EXTRANJERAS EN LA MIGRACIÓN	141
Lia Chinosi	

EDITORIAL

El objetivo de este número monográfico de la Revista de Psicoterapia es abordar el tema de la influencia de los factores culturales en los planteamientos técnicos de la intervención psicoterapéutica. Para ello se ha contado con la participación de un amplio número de profesionales que poseen una gran experiencia en esta materia y que provienen además de diferentes países y ámbitos culturales.

En un mundo como el actual caracterizado por importantes movimientos migratorios y por la creciente presencia de minorías culturales en nuestras sociedades, consideramos que la intervención psicoterapéutica no puede permanecer al margen de estas realidades y debe revisar y adaptar sus planteamientos para responder con un alto nivel de calidad a este importante reto asistencial

En el primero de los artículos Tseng plantea la naturaleza particular de la psicoterapia para pacientes de diferente origen étnico y cultural, incluyendo inmigrantes y refugiados, considerando especialmente la orientación, la comunicación, la utilización de un intérprete, la relación terapeuta-paciente, la comprensión de los problemas y el objetivo perseguido por la psicoterapia en estas condiciones.

A partir de las experiencias vividas desde una concreta asociación de ayuda psicológica al inmigrante Ana Gimeno-Cobos reflexiona sobre las particularidades de la 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, destacando la necesidad de un enfoque transcultural para el tratamiento con el colectivo de inmigrantes y para el propio crecimiento profesional y humano del psicoterapeuta.

Joseba Achotegui resalta en su artículo el concepto de relación terapéutica extendida a propósito de las demandas de los pacientes procedentes de la inmigración que suelen abarcar aspectos que van más allá de lo médico y psicológico e incluyen peticiones de protección y ayuda social. No tener en cuenta estos aspectos de la relación asistencial conduce con frecuencia al abandono del tratamiento, algo muy frecuente en inmigrantes, minorías y grupos excluidos socialmente. Se señala cómo esta relación terapéutica extendida se caracteriza desde el lado del paciente por la hostilidad y las somatizaciones y desde la perspectiva del profesional por los sentimientos de impotencia y

frustración e incluso el burn out, señalando indicaciones terapéuticas para mejorar la intervención en estos casos, desde la perspectiva de la relación emocional, el manejo del tiempo y del espacio terapéutico, los aspectos culturales y los aspectos sociales.

Ramon Rosal señala la importancia de la utilización de recursos, en psicoterapia con inmigrantes procedentes de otras culturas, propios de la vía imaginaria y la psicocorporal, además de la verbal. Se propone también –con finalidad preventiva– una fórmula de encuentros grupales en los que, aparte de la escucha empática de estilo rogeriano se apliquen técnicas con imágenes y fantasía.

De acuerdo con Gally la terapia culturalmente sensible no puede basarse en datos etnográficos puramente comparativos o en el desarrollo de habilidades técnicas, sino que, afecta al potencial para una «crisis de relativismo». La cultura en efecto no es considerada como un concepto estático y materializado, sino como un proceso, una creación contextual y la construcción social de significado. Esto implica una perspectiva inter-subjetiva en la cual los comportamientos, pensamientos y sentimientos del clínico y del paciente se convierten en campo de interacción que opera en niveles múltiples, dentro del cual el paciente y el clínico trabajan para construir un significado cultural.

La migración es un cambio, cuya magnitud pone en evidencia, y también en peligro, la identidad. La pérdida de objetos es elevada, incluyendo los más significativos y válidos: personas, hogares, lugares, idiomas, culturas y costumbres, clima, a veces profesión y entorno social, etc., elementos todos vinculados con recuerdos y afectos; estando expuestos al riesgo de una pérdida también partes del sí mismo y de las relaciones con los propios objetos. La autora, Lia Chinosi, lleva a cabo un trabajo de grupo desde una perspectiva de la etnopsiquiatría con un grupo de madres inmigrantes, dada la importancia de la mujer en la transmisión de la cultura de origen.

N.B.: Por un error de seriación el número doble monográfico de la Revista de Psicoterapia de 2006 apareció como volumen 16, cuando debía ser 17. A fines de clasificación en bibliotecas o archivos debe aparecer VOL. 17, N. 66-67 año 2006 (en lugar de VOL. 16, N. 66-67 año 2006). Pedimos disculpas por ello.

La Dirección

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.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

centroitaca@gmail.com

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 despreciar. 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 qué 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 deshonra 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 unemployem in lessdeveloped 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.

LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON INMIGRANTES Y OTROS GRUPOS CON ESTRÉS CRÓNICO Y EXCLUSIÓN SOCIAL: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA O AMPLIADA

Joseba Achotegui

Facultad de Psicología, Universitat de Barcelona

SAPPiR

E-mail: jachoteguiloizate@ub.edu

In the situations of extreme stress and social exclusion, therapeutic relation link has specific characteristics; it is «The extended therapeutic relationship». This relationship is characterized from the side of the patient by the hostility and the somatic expression and from the side of the professional by the impotence feelings, frustration and even burn-out. It is very important in our point of view the process of adaptation in the intervention from the perspective transference-countertransference, the time of therapeutic space, and the attention to cultural and social aspects of patient reality

Key words: immigration, social exclusion, psychosomatics, burn out, transference and countertransference

INTRODUCCIÓN

La actividad clínica y asistencial con personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, especialmente inmigrantes que padecen rupturas familiares forzadas, lucha por la supervivencia, situaciones de miedo e indefensión, etc., nos muestra que la relación que estas personas establecen con los profesionales que les ayudan (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de enfermería...) posee características especiales. Es en este marco en el que hacemos referencia a “la relación terapéutica extendida o ampliada”, término que pretende describir que en estos casos la relación asistencial va mucho más allá de los cauces de la clásica relación de tipo médico o psicoterapéutico (centradas en la atención de los aspectos biológicos o psicológicos del paciente) e incluye también demandas de

protección física y social. Y dado que las demandas médicas y psicológicas se hallan inextricablemente unidas a las demandas sociales, si no son tenidas en cuenta, la intervención corre un gran riesgo de fracasar, algo que ocurre con demasiada frecuencia

Sin embargo, el profesional sanitario ha recibido, en general, muy poca formación para trabajar en este tipo de relación terapéutica. Incluso con frecuencia la respuesta emocional del profesional (la contratransferencia) suele poseer evidentes elementos de confusión y ambivalencia ante estas demandas que percibe como “excesivas” a nivel profesional ya que considera que van más allá de su competencia técnica sanitaria. Lo cual es cierto, al menos a nivel de la formación que ha recibido, pero también es cierto que el paciente no puede escindir su realidad en cómodas áreas profesionales (médicas, psicológicas, sociales...), para facilitar el trabajo de los terapeutas y demás grupos de especialistas que le atienden. Máxime cuando la persona se halla desbordada psíquica y socialmente planteando una demanda global muchas veces no exenta de dramatismo

Existe además una relación entre el estrés crónico y la exclusión social ya que las situaciones de estrés crónico tienden a desestabilizar a las personas vulnerables, con menos recursos, a lo que hay que añadir que a mayor duración del estrés crónico hay una clara tendencia a la disminución del apoyo social (Bowlby 1980). En el caso de los inmigrantes con el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises), bien perceptible esta realidad

1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA. CONCEPTO

El planteamiento de que la relación entre la persona que pide ayuda y el profesional que le atiende constituye un elemento fundamental en la intervención terapéutica está muy presente no sólo en la historia de la medicina y la psiquiatría occidentales sino también en las medicinas de las civilizaciones china, hindú, etc. y en las medicinas tradicionales. Sin embargo, tal como señalaremos en este capítulo, en los casos en los que el paciente vive situaciones de estrés crónico y exclusión social esta relación se halla alterada, modificada y es necesario tener en cuenta estos cambios en la dinámica asistencial para intervenir adecuadamente

Denominaríamos “relación terapéutica extendida o ampliada” al conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situación de estrés crónico y exclusión social. (Al utilizar el término demandante queremos señalar que no todas las personas que consultan a los servicios de salud mental son enfermos mentales)

La relación terapéutica extendida tiene evidentemente una parte explícita, (aquello que el demandante puede expresar abiertamente), la demanda de ayuda y la actitud de queja ante unos estresores que le abruman, pero posee otra parte inconsciente, que consideramos tanto o más importante, ya que aunque no exprese abiertamente ante el clínico estas demandas (o lo haga de modo parcial) no dejan

de estar presentes y de formar parte de las expectativas de la entrevista. Es lo que hay “debajo” de la demanda: lo que nos está expresando más allá de lo explícitamente verbal y que incluye los elementos transferenciales.

Es cierto que esta demanda emocional inconsciente que va más allá de la pura atención sanitaria se da en todas las relaciones terapéuticas pero en el caso de las situaciones extremas posee características específicas, dado por un lado su intensidad, y por otro lado que, además en estos casos, estas demandas no se pueden considerar sin más una expresión meramente regresiva o patológica en relación a una alteración psicológica, sino la expresión de una demanda adaptativa. O en todo caso podríamos decir que en los casos en los que el estrés crónico se halla emparentado con patología psiquiátrica se entremezclan las demandas irreales ligadas a la patología del sujeto y las demandas reales ligadas a la búsqueda humana de ayuda en las situaciones límite. (Insistimos en que no todo demandante tiene patología psiquiátrica aunque tenga varios síntomas, como en el caso del Síndrome de Ulises)

Es obvio, en relación a lo que hemos planteado que un componente esencial de esta relación terapéutica extendida sería la transferencia y la contratransferencia. Tal como define el diccionario de psicoanálisis de Jean Laplanche (1998) la transferencia sería “el proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación terapéutica”. El paciente expresa en la relación terapéutica los patrones relacionales emocionales infantiles. (Aunque este proceso se da en su máxima expresión en el marco de la relación terapéutica, se halla presente en todas las relaciones, especialmente en las relaciones con las figuras de ayuda que nos evocan las relaciones parentales). Como es sabido Freud consideró inicialmente la transferencia como una resistencia al éxito del tratamiento, un mecanismo de oposición al conocimiento del inconsciente, para más adelante comprender que era justamente la llave que permitía la curación, al posibilitar revivir y modificar en el contexto emocionalmente adecuado del tratamiento las experiencias infantiles perturbadas. (Por eso el autoanálisis no tendría el mismo éxito, ya que no se puede experimentar ni elaborar la transferencia)

2. ELEMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA

Vamos a analizar a continuación los elementos que conforman esta relación terapéutica extendida, tanto desde el lado del paciente como desde el lado del terapeuta, centrándonos fundamentalmente en los aspectos conflictivos que son los que más dificultades presentan desde el punto de vista asistencial

2.1. DESDE EL DEMANDANTE

A. La hostilidad (la transferencia negativa)

La hostilidad se expresaría en la relación terapéutica como desconfianza, recelo, temor, rabia... Las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, como en el caso de muchos inmigrantes, llegan incluso a no ver diferente al profesional asistencial a otras personas de amplias capas de la sociedad de acogida (a las que el profesional pertenece) y que los rechaza: asocia al terapeuta al patrono, al policía, al funcionario... Aunque el profesional tiene obviamente una función de ayuda, la persona en exclusión social no puede abstraerse del contexto social en el que tiene lugar la relación asistencial y lo coloca “en el otro bando”. Conocemos bien que existe una construcción social de la identidad. Así el inmigrante tiende a agrupar a los que están dentro del sistema, por diferentes que sean, lo mismo que desde dentro se unifica a todos los inmigrantes como un solo grupo, cuando existen enormes diferencias entre los diferentes colectivos y situaciones personales.

Sin embargo, esta hostilidad se halla con frecuencia oculta bajo el manto de la sumisión amedrentada ante las repetidas vivencias de indefensión aprendida que dan lugar a que estas personas congelen los duelos que han vivido. Y es ante la figura del terapeuta o trabajador de la red asistencial ante quien se pueden expresar esos sentimientos que habitualmente deben reprimirse. Es como el caso del niño que se da un golpe en la guardería y cansado de llorar y de que nadie le haga caso congela el sufrimiento, pero cuando llega la madre se echa a llorar otra vez. Es en la relación terapéutica, un espacio privilegiado de relación, donde se expresa mejor que en ninguna parte esta queja. Pero lógicamente si el profesional no entiende la situación, el mecanismo psicológico que la provoca, habrá problemas porque lo interpretará como un ataque personal y puede reaccionar inadecuadamente

Se ha de tener en cuenta en relación a estos sentimientos de hostilidad que en las personas sometidas a situaciones de estrés crónico, hay una disminución de la autoestima (D'Ardenne and Mahtani 1989) Los inmigrantes y las minorías (porque no se debería considerar inmigrante a quien ha nacido aquí tenga la cultura que tenga) no se sienten reconocidos y aceptados por amplias capas de la sociedad de acogida No hay que olvidar que siglos de racismo han introducido tanto en los occidentales como entre los propios colonizados la idea de desigualdad. Como ha escrito Jafar Kareen (2000) el racismo forma parte del sentido común de los blancos. Podríamos decir que aunque los profesionales nos consideramos “los buenos” de esta película, que nosotros no somos como el funcionario o el policía, en la mente del paciente con frecuencia formamos parte del mismo grupo.

Esta hostilidad y transferencia negativa llega al extremo de que incluso los mediadores, intérpretes, o profesionales de origen inmigrante también son percibidos con frecuencia como que alguien que está al otro lado de la mesa, al otro lado de “la trinchera”. Han sido denominados los “Tios Tom” (haciendo referencia al esclavo

sumiso a su amo) tal como señalan D'Ardenne and Mahtani 1989). Estas autoras llegan a señalar que muchas veces el terapeuta es visto como alguien que está más del lado de los problemas que tiene el paciente inmigrante, que alguien que está del lado de las soluciones a sus problemas. Hasta el punto esto es así que Jafar Kareen (2000) se plantea: ¿se analizaría un judío alemán con un alemán no judío?

Hay un dato que corrobora claramente lo que estamos señalando: el alto índice de abandono terapéutico de los inmigrantes y los grupos en exclusión social. Son plusmarquistas en los abandonos de los tratamientos, sobre todo los subsaharianos

Una expresión de esta desconfianza, de esta transferencia negativa la tendríamos en una situación que hemos vivido alguna vez en nuestra consulta del SAPPPIR. Al mostrar varias fotografías que recogen expresiones faciales que son universales, en el marco de un test para que nos señalen cual de las expresiones emocionales de las caras que les mostramos se parecen más a lo que ellos sienten nos han dicho: “yo no conozco a nadie, yo no les he visto nunca”. Es decir nos confunden con la policía. Y esto en el marco de un hospital. Claro que con este “ambientazo” terapéutico no son sorprendentes los abandonos de los tratamientos. Ya hemos señalado que los profesionales nos colocamos en el papel de “buenos” en esta película: pero ojo, que el reparto de papeles lo decide el paciente. Percibiendo así a los profesionales no es extraño que los inmigrantes acudan poco a los servicios sanitarios: no vienen por temor a ser identificados dada su situación de ilegalidad, por desconocimiento de cómo acceder a la asistencia, y por desconfianza a que los profesionales asistenciales les comprendan y les atiendan adecuadamente.

De todos modos, como señala el psicoanálisis, la hostilidad, la transferencia negativa, no es “negativa” en sí misma para el tratamiento, Más bien al contrario, al ser explorada y analizada permite elaborar conflictos psicológicos muy importantes, tal como ha señalado por ejemplo Echevoyen (1986), etc. El problema técnico desde la perspectiva de la intervención terapéutica estriba en la gran intensidad de esta transferencia negativa, su “masividad” que dificulta enormemente la elaboración.

En relación a esta hostilidad se tendría que señalar también la existencia de problemas de tipo ético. Porque si el tratamiento se basa como es obvio en la confianza, en la lealtad, en la sinceridad, ¿se debe decir la verdad a un perseguidor? Un ejemplo de esta situación es la de inmigrantes a los que hemos conocido con varios nombres. Pero esta situación donde llega al paroxismo es en el caso de los menores inmigrantes: no hace mucho me comentaban el caso de un adolescente al que se conocía por 28 nombres diferentes: uno por centro en el que había estado internado.

¡Qué relación terapéutica podemos establecer con alguien que no confía ni en darnos algo tan básico como su nombre! No parece un inicio muy prometedor para el inicio de un tratamiento (y tampoco se debe suponer que todos los profesionales poseemos unas habilidades terapéuticas extraordinarias).

Por otra parte la otra cara de la moneda de esta hostilidad y temor sería la idealización. Pero tampoco es una cara positiva. No es lo mismo idealización que relación positiva. Al igual que ocurre en la infancia, la idealización es un mecanismo que constituye la otra cara del temor y la hostilidad: en el mundo infantil es la otra cara del ogro, el monstruo, el perseguidor... Se basa en la negación de lo malo, en la ocultación de una parte de la realidad. Como señalan D'Ardene and Mahtani (1988), los inmigrantes tienden también, por otro lado, a idealizar el poder de las técnicas occidentales y dado que tienen la autoestima más baja que los autóctonos, incluso consideran que cuando no mejoran es porque son ellos los que fallan: ellos no valen, no son lo suficientemente capaces como los occidentales. Estos sentimientos favorecen obviamente el abandono del tratamiento

B-La expresión somatizada de la demanda: fatiga, cefaleas (in-migraña) etc.

Desde la medicina y la psicología psicosomática se considera que en las situaciones de estrés muy intenso, cuando el dolor psíquico desborda las capacidades de elaboración del sujeto, hay una tendencia a la somatización. Podríamos decir que las palabras ya no sirven. Sería una forma de evitar pensar, de negación del pensamiento buscando la obtención de un beneficio secundario. Cuando los estresores y los problemas a los que se enfrenta un sujeto son muy grandes, puede resultar "más rentable" no pensar. (Como señala un viejo dicho judío: ponte una piedra en el zapato y se habrán acabado todas tus preocupaciones). También podría verse la somatización como una forma de pedir una ayuda más física, un cuidado más primitivo, más en la línea de lo maternal.

Uno de los síntomas somáticos más relevantes en estas situaciones es la cefalea. Así, en un estudio presentado en el Congreso Mundial de Psiquiatría de El Cairo (Achotegui J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D 2005) mostramos que el 76,7% de inmigrantes visitados con el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) tenían cefaleas crónicas. Y estamos haciendo referencia a población joven. Si comparamos estos datos con población autóctona en general, la cifra se reduciría al 3%. Y tal como ha señalado Benedittis 1990, la cefalea crónica se relaciona con la hostilidad reprimida (lo que nos vuelve al apartado anterior de la transferencia negativa) y también como señaló Pierre Marty (1951) a la inhibición dolorosa del acto de pensar, con lo que se obtendría un beneficio secundario. (Hasta tal punto es tan frecuente la cefalea en la práctica asistencial con inmigrantes con estrés crónico en el SAPPPIR que hemos llegado a abreviar el nombre y denominarla "in-migraña")

Además se ha de señalar que las somatizaciones también se potencian unas a otras: el insomnio favorece la cefalea, la fatiga... y que en el caso de los inmigrantes como es bien sabido las culturas no occidentales consideran que lo físico y lo mental constituyen una única realidad, frente al planteamiento dualista occidental. Ya Platón sostiene que el cuerpo es la cárcel del alma, pero las culturas no occidentales

aúnan lo físico y lo mental por lo que se favorece la combinación de los síntomas físicos y psicológicos

La expresión somatizada hace que también sea muy difícil solucionar estos síntomas que tienen tendencia a estar muy instalados, incluso podríamos decir enquistados, en el sujeto. En la somatización hay un funcionamiento obstinado, pasivo-agresivo, muy difícil de modificar en las intervenciones terapéuticas. También sabemos que las clases populares, en las que los estresores crónicos y la exclusión social son muy relevantes, somatizan más, tienen menos introspección (Paéz y Casulla 2000)

2.2. DESDE EL LADO DEL PROFESIONAL

A. Impotencia y frustración.

Es frecuente que ante la hostilidad presente en la demanda de los pacientes que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, el profesional se vea embargado por sentimientos de impotencia y frustración, dadas las dificultades que entraña la respuesta terapéutica en estos casos. (Aquí se podría aplicar el concepto kleiniano de identificación proyectiva: hacer sentir al otro el malestar propio)

Hemos hablado de hostilidad de los pacientes. Podríamos decir que con frecuencia la hostilidad es mutua. Obviamente la respuesta emocional, la reacción contratransferencial del profesional ante estas demandas percibidas como “excesivas” del paciente no es fácil y puede manifestarse como:

- actitudes de rechazo: el profesional puede considerar que la situación que el paciente le plantea no le corresponde resolverla: “estas demandas no son de mi ventanilla, de mi negociado...”. Le puede plantear que vaya con sus problemas al trabajador social, ante lo cual no es extraño que el paciente tenga la sensación de que no han comprendido que sus problemas son a la vez psicológicos y sociales;
- reacciones de tipo paternalista: compasión, lástima. Pero el paternalismo esconde elementos de tipo sadomasoquista que incrementan la baja autoestima de estas personas ya que las inferioriza e infantiliza aún más. El paternalismo se halla ligado también a defensa de tipo omnipotente ante las dificultades del paciente y puede ser también la expresión de la sobreactuación como una formación reactiva frente a sentimientos de rechazo del profesional,
- tendencia a una medicalización excesiva de la intervención, descuidando la integración de los aspectos psicosociales que forman una parte esencial de la problemática del paciente, La medicalización excesiva de problemas psicosociales puede ser una vía “rápida” por parte del profesional para hipersimplificar situaciones clínicas complejas.

Como muestra de este tipo de actitudes, en un debate, en un lenguaje muy poco correcto, un compañero con una sólida formación biomédica señalaba. “yo no he

estudiado no sé cuántos años de medicina, el MIR y un master en neuroimagen... para acabar viendo a gente llena de problemas sociales a las que no hay manera de sacar un dolor de cabeza, que son capaces de venir en chándal a la consulta, con aspecto de “pringaos”... Estas situaciones me recuerdan una escena de la novela de Tom Wolf (1988) “La hoguera de las vanidades” sobre cómo les va a los abogados formados en las grandes universidades americanas cuando tienen que moverse en los ambientes populares: “En Yale te dan una visión académica, una visión global del derecho... Yale es fantástico para cualquier especialidad, a no ser que pretendas trabajar con gente que calza zapatillas deportivas...”.

Los estresores son un factor esencial de la enfermedad, que la elicitán (dar lugar), mantienen y refuerzan y que son tanto ó más relevantes que los factores biológicos y psicológicos. Ya Brown y Harris (1978) señalaron que en las mujeres con depresión los estresores psicosociales estaban prácticamente siempre presentes y que constituían una parte esencial del conjunto de la enfermedad. Es como si los bomberos no desconectaran la corriente eléctrica en un incendio. No sólo hay que poseer grandes escaleras, poderosas mangueras y arrojó. Es fundamental intervenir sobre lo que alimenta el fuego.

Hacer referencia a la importancia del planteamiento biopsicosocial se halla siempre presente a nivel formal en el discurso oficial de la psiquiatría. Pero a la hora de la verdad, ¿cuándo se tocan los temas sociales? Por qué apenas salen en el temario? Queda bonito mencionarlos en el discurso académico y ya está.

B. El burn-out del profesional

Esta situación asistencial puede constituir un factor potenciador o facilitador de la aparición del burn out, el estar quemado, en el terapeuta. Sobre todo cuando el sistema sanitario deja al profesional... “solo ante el peligro”. Cuando el profesional se siente apoyado se lleva mejor, pero cuando el profesional se siente como un fusible del sistema ante los problemas sociales, su moral decae gravemente.

El concepto de burn-out constituye una problemática de importancia creciente en nuestra sociedad. Y en el colectivo médico es uno de los colectivos en los que más se da.

3. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA

Vamos a abordar en esta última parte de este texto cómo adaptar la intervención asistencial a nivel de encuadre y los planteamientos técnicos teniendo en cuenta los aspectos de la relación terapéutica extendida que hemos analizado en los apartados anteriores... El encuadre o setting se define como el marco o las “reglas de juego” de una relación asistencial, “las condiciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico” (M. Mitjavila 1994.)

3.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE TODAS LAS RELACIONES ASISTENCIALES

Existen innumerables escuelas y modelos de intervención terapéutica (hasta 400 diferentes). Pero en realidad todas estas escuelas poseen unos mismos planteamientos básicos. El psicólogo norteamericano Jerome Frank (1974), planteó una impactante teoría en la que sostuvo que, desde el punto de vista de la estructura conceptual básica, todas las intervenciones de ayuda psicoterapéuticas o socioterapéuticas, cualquiera que fuera su planteamiento teórico (psicoanalíticas, sociales, médicas, conductuales, sistémicas, humanistas, etc), poseían una serie de características comunes. Es más, Frank llegó a plantear que no tan sólo las intervenciones terapéuticas profesionalizadas, sino todas las intervenciones que buscan aliviar el sufrimiento psicológico, incluso las de tipo profano, no profesional e incluso la confesión religiosa, el curanderismo, el chamanismo.... participan de una serie muy relevante de aspectos comunes.

En realidad toda intervención que intenta aliviar el dolor psíquico busca lograr algún tipo de cambio en el sujeto que lo padece. Frank considera que para introducir ese cambio todas las terapias utilizan cuatro elementos que son comunes a todas ellas:

1. Una relación emocional, de confianza con una persona que tiene la función de ayudar. Este tipo de relación con el profesional es una condición necesaria y, a menudo, suficiente para el logro de la mejoría en cualquier tipo de intervención terapéutica (en relación al efecto placebo). La existencia de este tipo de relación da lugar a que los demandantes puedan permitirse ser dependientes del profesional ya que confían en su competencia, entrenamiento y buena voluntad. Esta dependencia se refuerza por el lugar en el que se produce la intervención y por la congruencia del enfoque del profesional con las expectativas del demandante... Así pues el éxito de la intervención depende en gran medida de que el terapeuta convenza al paciente de que lo cuida adecuadamente y de que es competente en la ayuda que le ofrece.

Sin un vínculo afectivo, sin una confianza en que el profesional puede ayudar a la persona que padece una situación de estrés crónico, en que la persona que ayuda es alguien que tiene la capacidad personal y "técnica" de hacerse cargo de su problema, es muy difícil ni siquiera comenzar cualquier tipo de intervención o tratamiento. Es la llave de la intervención. Este nivel de la relación emocional, en el aquí y ahora es, por ejemplo, el básico para el psicoanálisis desde la perspectiva de los conceptos de transferencia y contratransferencia, ya que se considera que el análisis de la relación paciente-terapeuta es la base para obtener los cambios terapéuticos en la personalidad del paciente.

2. La existencia de un ambiente de cura que tiene como mínimo dos

funciones terapéuticas:

- afirmar el prestigio del profesional, reforzando las expectativas del demandante ante la ayuda que recibe,
- ofrecer un lugar que proporcione seguridad ya que los pacientes saben que se pueden dejar llevar emocionalmente dentro de amplios límites, que se pueden atrever a revelar aspectos de sí mismos que han escondido a otros.

El encuadre (lugar, decoración, etc.) en el que se efectúa la intervención recoge esa imagen de autoridad en la materia de quien efectúa la intervención. Así un médico resaltará en su consultorio su estatus de profesional, o en la medicina tradicional se recalca también la autoridad sobrenatural del curandero con una “mise en scène” impactante y especial.

Este aspecto de sugestión ligado al prestigio y respeto de los profesionales es muy importante para el éxito de la intervención. Sin embargo, especialmente en el ámbito sanitario la burocratización y el desprestigio de la imagen del médico y de los profesionales sanitarios no favorecen esta imagen de alguien que tiene un poder para ayudar

3. El planteamiento de un modelo racional o “mito” que ofrece una explicación plausible para los problemas ó síntomas del demandante. Es decir el planteamiento de una teoría sobre lo que le ocurre al paciente. El ser humano busca siempre tener una explicación acerca del origen de la enfermedad y sobre cómo se producirá la curación. Como señala agudamente J. Frank, lo más relevante no es que la explicación sea objetiva o científica sino que es suficiente con que sea plausible, que cuadre con la cosmovisión de paciente. Es por ello que explicaciones de tipo mágico o esotérico pueden satisfacer también al paciente si “encajan” en su concepción del mundo y de la enfermedad. En función de este planteamiento teórico, se prescribe un “ritual” para solucionar los problemas del paciente.
4. Un ritual en el que suele participar activamente tanto el paciente como el terapeuta, creyendo ambos que a través de él es posible restablecer la salud del paciente. La fuerte tendencia a la dramatización de los seres humanos conlleva que la existencia de los rituales sea muy importante para conseguir el éxito del proceso terapéutico. Y en este aspecto las culturas tradicionales son más productivas y expresivas que la cultura occidental actual. Así ejecutar danzas, gesticular, interpretar canciones etc, ayudan a expresar con más intensidad los elementos del conflicto psíquico latente y permiten una mayor catexis. Y estos planteamientos quizás ayudarían a entender también, al menos en parte, el éxito de las terapias alternativas y tradicionales porque en ellas hay más ritualización, más expresividad, más dramatización que en la medicina oficial cada vez más tecnificada y más distante. (Claro que gran parte del problema de nuestra medicina proviene

de la gran masificación. Si el curandero tuviera que atender a 20 pacientes en una hora seguramente tendría menos posibilidades para sus puestas en escena).

3. 2. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Veamos a continuación cómo adaptar la intervención asistencial teniendo en cuenta los diferentes aspectos básicos planteados en los apartados anteriores acerca de la relación terapéutica extendida.

3.2.1. Adecuación a nivel emocional

Un primer planteamiento que consideramos básico, es que resulta obvio que la relación asistencial con las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social la relación terapéutica ha de ser más próxima. Desde esta perspectiva consideramos que se ha de huir de la idea de “neutralidad terapéutica” propia de los planteamientos psicoterapéuticos clásicos, así como que se ha de adecuar la idea de profesionalidad, que en general va ligada en la cultura occidental a una cierta actitud distante, incluso basada en una cierta severidad en el trato. Sin embargo estas actitudes de neutralidad terapéutica y profesionalidad pueden ser muy negativas en el trato con los inmigrantes y personas con exclusión social que ya sienten que existe una gran distancia de estatus con el personal asistencial. Resaltar la profesionalidad en el contexto social autóctono es justamente un intento de remarcar la figura del terapeuta, porque entre autóctonos existe una igualdad (salvo los excluidos), una cotidianidad de la relación que se intenta modificar incrementando la autoridad profesional del terapeuta para que tenga lugar con éxito la relación terapéutica. Es obvio que el profesional autóctono y el demandante autóctono están en una situación de mucha más igualdad que el profesional autóctono y el paciente inmigrante o la persona que se halla en situación de exclusión social

Esta distancia no hace sino aumentar los elementos de desconfianza, hostilidad, y vivencia negativa de la transferencia en la relación asistencial. La neutralidad terapéutica es un buen mecanismo para favorecer la relación terapéutica, la asociación libre....si se da entre iguales, pero no cuando se da en una relación marcada por la desigualdad como en los casos de inmigrantes y colectivos con estrés crónico y exclusión social. Además, si el profesional se siente inseguro, como ocurre con frecuencia ante el inmigrante, puede aún incrementar más su distancia, en un intento de reasegurarse. Y para acabarlo de arreglar, los españoles tenemos tendencia a una excesiva brusquedad en el trato. No es extraño que muchos inmigrantes piensen que cuando hablamos, en realidad les reñimos

Así, consideramos que ante estas dificultades en la relación, son importantes más bien los detalles que denoten proximidad, respeto y aceptación hacia los inmigrantes y las minorías, ya que la desconfianza de estos grupos proviene de sentirse con frecuencia rechazados por amplios sectores de la sociedad de acogida.

Por ejemplo, como muestra de respeto es importante anotar cuidadosamente los nombres y apellidos de los pacientes en el orden en el que ellos lo escriben e intentar pronunciarlo correctamente. Además, conocemos también tanto desde la perspectiva psicoanalítica, así como a través de la psicogenealogía que el nombre que se escoge para un hijo posee un fuerte significado psicológico, determinando en parte su conducta. (Así alguien que se llama Mohammed, Moisés...etc. con su nombre nos habla de las fantasías puestas en él por su familia, su grupo que son muy importantes en relación a su personalidad).

También consideramos que puede ser positivo tratar a estas personas como Sr. Sra. actitud de respeto que en la relación con un autóctono no es necesario explicitar pues todos somos señores, pero que desde la perspectiva del inmigrante con frecuencia no es percibido así, ya que tiende a sentirse excluido y a ver al profesional como alguien que forma parte de las instancias de poder de la sociedad de acogida (como el funcionario, el policía, el patrono etc.). Cuando hay más confianza en la relación terapéutica también puede ser positivo llamarles por el nombre de pila. (Como es sabido, nuestro nombre es la palabra más hermosa, la que más nos gusta oír).

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta en la intervención asistencial es todo lo que tiene que ver con el lenguaje no verbal. Muchas veces el profesional es muy correcto en sus comentarios, preguntas, etc. pero sus gestos muestran otros aspectos de su contratransferencia con los inmigrantes que expresan tensión, rechazo... Como señala Mc Neil (1999) Desde los trabajos de Ekman se sostiene que la expresión facial básica es universal, por lo que tanto el profesional como el paciente pueden captar las emociones básicas del otro. Además, se ha tener en cuenta que cuando el lenguaje hablado es limitado, el lenguaje no verbal, gestual se convierte en un elemento de gran importancia. Pero este lenguaje no verbal posee muchos aspectos inconscientes y si hay rechazo no es fácil disimularlo. Cada profesional debe analizar sus propios prejuicios y aspectos racistas y elaborarlos. Los grupos de autoayuda, los grupos tipo Balint resultan muy útiles en estos casos.

3.2.2. Adecuación del tiempo y el espacio terapéutico

Es imprescindible que la primera visita disponga de cierto tiempo:

- Para entender en profundidad la problemática de personas que proceden de contextos sociales y culturales muy diferentes al del profesional que atiende a los inmigrantes se requiere manejar mucha información, lo cual conlleva la necesidad inevitablemente de más tiempo de atención (no somos adivinos). No es lo mismo comprender el contexto en el que vive la estanquera de la esquina que el de un inmigrante que proviene de la otra punta del planeta que posee otra mentalidad, otras circunstancias sociales....
- Es muy importante no intervenir sin saber cuál son los problemas fundamentales del paciente, sus causas, etc., ya que en la situación límite en la que con frecuencia se encuentran estos demandantes, una intervención

inadecuada puede complicar aún más las cosas a personas que ya padecen muchos estresores de modo crónico y se encuentran sumidas en una la confusión y la desorientación... Hemos de evitar convertirnos en un nuevo estresor.

- También a mayor tiempo de primer contacto, más posibilidades de estructurar el vínculo, un elemento fundamental tal como ya hemos señalado en el apartado anterior, y finalmente
- A más tiempo de atención en la primera visita más posibilidades de superar los prejuicios que nos atenazan en la relación con personas de otras culturas, menos posibilidades de que nos dominen los clichés. Veremos más a la persona, y menos al arquetipo

La primera visita es muy importante porque además es posible que sea la única, la última. Muchos inmigrantes por problemas de trabajo, de desplazamientos... tienen muchas dificultades para volver. O si no perciben que han sido atendidos adecuadamente puede que no quieran volver. Estaríamos ante lo que se denomina intervención de una sola sesión.

Es por ello que proponemos dedicar la mitad del tiempo de atención a la primera visita. Una objeción frecuente a este planteamiento, y lógica, es la de que se tiene poco tiempo, incluso muy poco tiempo para atender a los pacientes, dada la gran presión asistencial. Esto es obviamente cierto, pero no invalida la regla general: hay que dedicar a las primeras visitas "la mitad del poco tiempo" del que se dispone. Podríamos denominarla "la regla de la mitad". Aunque ello suponga restar tiempo al tratamiento propiamente dicho (además, la primera visita ya es una parte y muy importante del tratamiento). Así, si tan sólo disponemos de dos horas al año para atender a una persona consideramos que es mejor dedicar 1 hora a la primera entrevista y repartir la hora restante en las visitas sucesivas que efectuar 12 visitas de 10 minutos. No es infrecuente la percepción de que cuando se lleva un buen rato de la primera entrevista se comience a ver la realidad del paciente de modo diferente. Es más, a veces, es casi cuando el paciente está de pie casi despidiéndose cuando se entiende todo... ó empiezan a cuadrar las cosas.

En relación a los temas vinculados a la puntualidad en las citas, los cambios de hora, también consideramos que ha de haber una cierta flexibilidad, ya que el contexto en el que se halla el inmigrante es cambiante y con frecuencia muy estresante. Y si no se siente comprendido se incrementa el riesgo, ya muy elevado de entrada, de ruptura del tratamiento. En esta misma línea consideramos que dado que estas personas viven situaciones muy difíciles, es de utilidad prever algún tiempo para atenderles si demandan ayuda urgente.

Otro factor muy importante es el espacio en el que tiene lugar el tratamiento (el consultorio, el servicio asistencial, el despacho, también la sala de espera), ya que posee características específicas en la relación asistencial, es decir no es lo mismo que en una relación social cualquiera. Ya hemos señalado al hacer referencia

a los planteamientos de Frank sobre los elementos comunes y básicos de toda intervención de ayuda que el lugar en el que se efectúa la intervención posee una gran importancia ya que recalca la función de la persona que atiende. Es importante preguntarse, en el caso de la atención especialmente a los inmigrantes, si el espacio posee las condiciones adecuadas y de qué medios podemos disponer para mejorar dichas condiciones. (La adecuación se hallaría ligada a las características específicas de la población a la que se atiende y a las posibilidades que posee la oferta asistencial).

Desde esta perspectiva de la adecuación del espacio asistencial, en relación a la decoración del espacio de atención tendríamos varias opciones. Una opción sería resaltar las imágenes de las culturas de origen de los inmigrantes, para expresar así nuestra receptividad hacia ellos. Otra opción sería resaltar los aspectos de la cultura de acogida como muestra de que ahora los inmigrantes son uno más en el país de acogida. Ambas opciones suelen resultar problemáticas.

Si optamos por la primera opción, la de resaltar los aspectos culturales de los inmigrantes nos vamos a encontrar con varias dificultades. En primer lugar no es fácil contentar a todo el mundo (nunca mejor dicho, ya que proceden de todo el planeta) sintiéndose inevitablemente algunos grupos discriminados, por lo que lo vivirán como un nuevo agravio. Además, los autóctonos que también acuden a la consulta pueden sentirse con motivo en “tierra extraña” si se resaltan demasiado las imágenes de otras culturas y tener casi sentimientos de desrealización ante tanta diversidad cultural. Pero es que hay que tener también en cuenta que puede haber inmigrantes que desean lo que se ha denominado “el derecho a la indiferencia” (Delgado 1998), es decir que no están interesados que se resalten los aspectos de su identidad cultural o étnica. (Si se exagera tanto la diversidad cultural, la sala de espera puede acabar pareciendo la sala de visitas la ONU).

La segunda opción de resaltar los aspectos locales (fotografías de paisajes y motivos locales, los santuarios del lugar, etc) con la idea de “asimilar” al inmigrantes, tiene la dificultad de hacer sentirse en este caso al inmigrante en tierra extraña resaltando demasiado lo que le separa, la diferencia (que es además también a nivel social muy importante). De este modo puede favorecer en el inmigrante la sensación de lejanía, de diferencia. (Y la diferencia cuando se exalta favorece la división).

En relación a las dos opciones anteriores optaríamos por una tercera opción que resaltara ante todo los elementos de tipo intercultural, una opción basada en señalar los aspectos comunes autóctono-inmigrante más que señalar tan sólo las diferencias, tanto mostrando imágenes demasiado multiculturales como demasiado asimilacionistas. En este sentido consideramos desde nuestra experiencia que son muy bien aceptados por ejemplo mapas del mundo (en ese espacio nos hallamos juntos terapeutas e inmigrantes) ó la mezcla de motivos que resalten la idea de interculturalidad y transculturalidad, motivos marino, vegetales, etc. que sean

universales.

También en relación a las diferencias culturales autóctono-inmigrante desde la perspectiva de la decoración señalaremos los postulados radicales de David Bachelor (2000), que plantea que en la cultura occidental ya desde Aristóteles el color es valorado como un elemento artístico de tipo negativo. Lo esencial es la línea, el dibujo. Bachelor titula su libro “cromofobia” y considera que en la cultura occidental el color, o bien por un lado se le relaciona con lo infantil, lo vulgar, incluso lo homosexual, lo patológico o bien por otro se lo relaciona con lo superficial, lo accesorio, cosmético, superfluo... o lo hortera. El color en Occidente es peligroso o banal... debe quedar excluido de las preocupaciones más elevadas de la mente. Incluso se ha señalado que lo masculino, el dibujo, debe dominar a lo femenino que es el color. Autores como Kant, y Rousseau tienen textos en los que defienden esta cromofobia. El color se relacionaría con el éxtasis, el descontrol, las drogas. El color se asocia al cuerpo, a la sexualidad. Estos planteamientos llegarían al paroxismo con Le Corbusier, con su racionalismo extremo. Obviamente no se trata de aplicar sin más estos criterios radicales a nuestros espacios asistenciales, pero nos pueden hacer valorar la importancia de una decoración que tuviera más en cuenta el color, teniendo en cuenta la sensibilidad de las culturas de los inmigrantes que atendemos.

3.2.3. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos culturales

Los aspectos culturales del paciente deben integrarse también obviamente en el marco de la relación terapéutica extendida ya que forman parte de la identidad del sujeto. Sabemos que la cultura es el filtro a través del cual se expresan las emociones y los síntomas. No tener en cuenta los aspectos culturales es además una nueva forma de desvalorización del mundo del inmigrante y esta desvalorización cultural refuerza el sentimiento de exclusión social que afecta a estos grupos humanos.

Pero dicho esto, se ha de añadir a renglón seguido que tampoco se trata de hacer “chamanismo de ambulatorio”, ni hacer de aprendices de brujo. Además, la identidad cultural del sujeto es un proceso de construcción y deconstrucción personal que siempre hemos de respetar, por lo que debemos evitar caer en estereotipos en relación a las culturas de los inmigrantes y las minorías.

Tampoco se ha de caer en la atención a los inmigrantes en el exotismo, en una visión snob, que añora el revival colonial de los imperios (Moro 2004). En este sentido señalaba agudamente Amina Bagach (2005) que estaba observando cómo a los marroquíes inmigrantes en España se les estaban aplicando a veces los mismos prejuicios con los que se trataba en ciertos medios asistenciales suizos en los años 60 a los inmigrantes españoles: se decía que a los españoles no se les podía aplicar la psicoterapia ni tratamientos psicológicos dada su visión del mundo basada en la magia, la brujería, la superstición... En ciertos ambientes suizos se consideraba que

los tratamientos psicológicos eran sólo para los suizos, que estos sí que pertenecían a una cultura moderna, avanzada, que comprendía los aspectos psicológicos. A los españoles lo que había que aplicarles eran aquelarres, rituales esotéricos, conjuros... Quizás podemos correr el riesgo de aplicar estos mismos criterios “sin más” a los inmigrantes magrebíes, africanos... Conocemos bien desde la psicología la psiquiatría transcultural que la comprensión de las emociones es universal, aunque hay que tener en cuenta el marco de la cultura en la intervención psicológica. Tal como hemos señalado en el primer apartado, la cultura tradicional considera que quien enferma ha incumplido alguna norma del grupo (ha dado envidia, no ha tratado bien a los padres o a los antepasados, etc.). Entonces el paciente teme que el damnificado haya recurrido a la brujería para ponerle enfermo. Pero esto no significa que todo extracomunitario pertenezca necesariamente a ese mundo, como conocemos muy bien que la mayoría de los inmigrantes españoles en Suiza tampoco basaba su salud en la magia y la hechicería.

En definitiva, en el marco de la relación terapéutica extendida, los aspectos culturales deben integrarse en el conjunto de elementos de la situación social del sujeto. Pero a veces nos cuesta entenderlo. Como nos espetó un inmigrante africano, que estaba padeciendo aquí grandes adversidades y desgracias: mire Usted a mí el mal de ojo no me lo han echado en África, me lo han echado las leyes que tienen Ustedes en este país.

3.2.4. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos sociales, los “social bound syndromes”.

Y finalmente y recalcando lo que hemos ido señalando a lo largo de todo este texto, se han de tener presentes en la sesión los aspectos sociales que estresan tan gravemente a estas personas, las situaciones sociales que no tan sólo elicitán, sino que mantienen y refuerzan las enfermedades mentales asociadas al estrés crónico y la exclusión social. En este sentido consideramos que de la misma manera que los DSM en sus diferentes versiones hacen referencia a los “cultural bound syndromes” se debería hacer referencia a los “social bound syndromes” teniendo en cuenta la influencia de los aspectos sociales vinculados al estrés crónico y a la exclusión social en la expresión de la psicopatología.

Desde esta perspectiva constituiría una falta de empatía que el profesional se empeñara en ver tan sólo el lado clínico, psicológico, a nivel de conflicto interpersonal o de error cognitivo, etc. de la conducta del sujeto cuando éste se halla afectado por graves problemas sociales. Podríamos decir que si el terapeuta, a un paciente que está sin papeles, sin trabajo, sin familia... le interpreta que sus ansiedades proceden de un conflicto con la *imago* de su madre... es muy probable que el paciente se acuerde... de la madre del terapeuta.

Y terminaríamos con una viñeta clínica que recogería una típica situación asistencial que afecta a personas que padecen estrés crónico y exclusión social:

- Paciente: estoy sin trabajo, me han echado del piso por impago...y estoy triste, angustiado, duermo mal...
- Terapeuta: su problema es de tipo social. Yo soy médico y estos temas no son de mi incumbencia. Le voy a enviar a los servicios sociales.
- Paciente: Doctor... es que me envían justamente de allá, de los servicios sociales.

3.2.5. Características específicas de la intervención en el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo referencia al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Los estresores más relevantes del Síndrome de Ulises son: en primer lugar la soledad y la separación forzada de los seres queridos, en segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante, a pesar de la enorme inversión que ha realizado en la migración (económica, emocional, etc.), no logra ni siquiera las mínimas condiciones para salir adelante. En tercer lugar a todo esto se añade una situación de lucha por la mera supervivencia: dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir y en cuarto lugar el duelo por los peligros físicos del viaje migratorio (las pateras, esconderse en los camiones, etc.), o las coacciones ligadas a llegar en viajes “excesivamente organizados” por mafias y grupos que extorsionan y amenazan. Además, en todos los casos existe el miedo a la detención y expulsión. Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

Pero además, el efecto nocivo de las adversidades y peligros que padecen estos inmigrantes se incrementa enormemente por toda una serie de características desfavorables asociadas a las situaciones de estrés: el que los estresores sean múltiples, (a más número de adversidades y peligros, mayor riesgo para la salud mental), la cronicidad. Estas situaciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años, el sentimiento de que el individuo haga lo que haga no puede modificar su situación (indefensión aprendida), el que los estresores posean gran intensidad y relevancia (no es comparable al estrés de un atasco de tráfico o de unos exámenes...), el que se asocien a un fuerte déficit de la red de apoyo social. A todo esto se han de añadir los duelos clásicos de la migración (ante la nueva lengua, cultura, paisaje...), Duelos a los que hay que añadir ahora la gravedad de los estresores actuales. Y, para mayor desgracia para estas personas, el sistema sanitario no atiende adecuadamente muchas veces a estos pacientes: bien porque hay

profesionales que banalizan esta problemática (por desconocimiento, por insensibilidad, por prejuicios hacia los inmigrantes, incluso por racismo...) o bien porque no se diagnostica adecuadamente este cuadro y se trata a estos inmigrantes como depresivos, psicóticos, añadiendo más estresores al inmigrante (aparte del gasto que supone)... Tampoco sus somatizaciones son entendidas como problemas psicológicos y son sometidos a toda una serie de pruebas (como colonoscopías, biopsias, etc.) y tratamientos inadecuados y costosos.

La expresión clínica del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y múltiple es una combinación específica de síntomas:

- 1) en el área depresiva fundamentalmente tristeza y llanto, pero faltan síntomas básicos de la depresión como apatía, baja autoestima, culpa, pensamientos de muerte, por lo que no se trata de un trastorno depresivo estándar,
- 2) hay también síntomas del área de la ansiedad como tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad),
- 3) síntomas de somatización sobre todo cefalea, fatiga, molestias osteoarticulares,
- 4) síntomas confusionales (desorientación temporoespacial, despersonalización, desrealización etc),
- 5) a esta sintomatología se le añade en bastantes casos una interpretación de su cuadro basado en la propia cultura del sujeto. Así es frecuente oír decir: no puede ser que me vayan tan mal las cosas, que tenga tan mala suerte, a mí me han tenido que echar el mal de ojo, me han hecho brujería... Además, se ha de tener en cuenta que esta sintomatología se halla en relación a la cultura del inmigrante ya que la cultura canaliza la expresión de los síntomas y encontraríamos diferencias en la clínica de la cefalea, la fatiga..., tal como señala Gailly (1991)

En relación a la denominación de Síndrome se ha de señalar que es meramente descriptiva y que proviene de su acepción más simple: conjunto de síntomas. Y es obvio que estos inmigrantes presentan un buen número de ellos (más de 10 en algunos casos), tal como ya he señalado. Postulamos que existe una relación directa, causal, entre el enorme estrés que viven estos inmigrantes sin papeles en el siglo XXI y su sintomatología y que va más allá del típico estrés aculturativo (en relación a la lengua, la cultura, la nostalgia...). De todos modos el síndrome de Ulises se daría en personas sanas que viven situaciones extremas y se hallan en el límite entre la salud mental y la enfermedad.

Soledad, miedo, desesperanza..., las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero "...y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (Odisea, Canto V) ó aquel otro texto en el que Ulises le dice a Polifemo:

“Me preguntas cuál es mi nombre. Voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos”. (Odisea. Canto IX). Es obvio que si un ser humano ha de convertirse en nadie para sobrevivir, ha de ser permanentemente invisible, no poseerá identidad, ni integración social y tampoco puede poseer salud mental. Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea.

Partiendo de la base, tal como hemos recalcado en el apartado anterior, que el Síndrome de Ulises no es una enfermedad mental sino un cuadro reactivo de estrés de gran intensidad, es obvio que la intervención asistencial ha de tener características específicas en relación a las intervenciones standards psiquiátricas y psicoterapéuticas. Desde esta perspectiva la intervención se basa fundamentalmente en elementos psicoeducativos, de contención, de autoayuda, psicosociales

La intervención psicoeducativa constituye en los últimos años un planteamiento de gran interés teórico y práctico y que goza de creciente implantación en el ámbito asistencial y ha demostrado ser de gran utilidad en relación a la familia y al entorno del enfermo mental. En relación a la intervención asistencial en el Síndrome de Ulises esta intervención psicoeducativa se ha estructurado organizando grupos de unos 10 inmigrantes dirigidos por uno o dos profesionales que han trabajado durante 8-9 sesiones de unas dos horas de duración. La primera parte de la sesión tiene una dinámica de grupo de autoayuda en la que los participantes expresan sin un guión previo cuál es su situación actual. El profesional que dirige el grupo realiza una función de contención emocional, reforzando los elementos integradores. A continuación, en la segunda parte, la dinámica cambia y se instruye al grupo en técnicas que resulten útiles para el denominado “empowerment” empoderamiento, para que la persona incremente su capacidad de resistencia ante las situaciones adversas. Este empowerment se trabaja a través de diferentes áreas como las técnicas de higiene del sueño, el aprendizaje de habilidades sociales, de técnicas de relajación, etc

Hemos señalado en este texto cómo en las situaciones de estrés crónico y exclusión social la relación terapéutica se halla modificada, ya que las demandas del paciente abarcan aspectos que van más allá de lo médico y psicológico e incluyen peticiones de protección y ayuda social, de ahí el concepto de “relación terapéutica extendida”. No tener en cuenta estos aspectos de la relación asistencial conduce con frecuencia al abandono del tratamiento, algo muy frecuente en inmigrantes, minorías y grupos excluidos socialmente. Se señala cómo esta relación terapéutica extendida se caracteriza desde el lado del paciente por la hostilidad y las somatizaciones y desde la perspectiva del profesional por los sentimientos de impotencia y frustración e incluso el burn out. Finalmente se señalan indicaciones terapéuticas para mejorar la intervención en estos casos, desde la perspectiva de la relación emocional, el manejo del tiempo y del espacio terapéutico, los aspectos culturales y los aspectos sociales.

Palabras clave: inmigración, psicoterapia, intervención psicológica, síndrome de Ulises, somatización

Referencias bibliográficas

- ACHOTEGUI J. (2004). El Síndrome de Ulises. *Revista “Norte” de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol VII, Nº 21*, pag 39-53
- ACHOTEGUI J, LAHOZ S, MARXEN E, ESPESO D. (2005). Study of 30 cases of The Ulysses Síndrome. *World Congress of Psychiatry*. Cairo
- BACHELOR, D. (2000). *Cromofobia*. Editorial Síntesis: Madrid
- BARGACH, A. (2005). Comunicación personal
- BENNEDITIS, GB. (1990). The role of the stressfull life events in the onset of chronic primary headache. *Pain; 40*, 65-75
- BOWLBY J. (1980). *La pérdida afectiva*. Paidós Barcelona
- BROWN GH, HARRIS T. (1978). *Social origins of depression: a study of Psychiatric disorder in Women*. London: Tavistock.
- D’ARDENE P & MAHTANI A, (1989). *Transcultural counseling in action*. London: Sage publications.
- DELGADO, M. (1998). *Diversitat i integració*. Barcelona: Empúries.
- ECHEGOYEN, R H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FRANK J (1974). Aspectos comunes a todas las psicoterapias, en Mahoney M. & Freeman A. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- KAREEM, J. (2000) *Intercultural Therapy*. Oxford: Blackwell Science.
- LAPLANCHE, J. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Amorrortu.
- MARTY, P. (1951) Aspects psychodynamiques de l’etude clinique de quelques cas de céphalalgies. *Rev. française de Psychanal.* 2, 216.
- MCNEIL J. (1999). *El rostro*. Barcelona: Tusquets.
- MEZZICH, M, D. (1996). *Culture and Psychiatric Dignosis. A DSM perspective*. Washington D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
- MITJAVILA, M (1996). *En técnicas de psicoterapia psicoanalítica* Poch, J. & Avila, A. (compiladores). Madrid: Siglo XXI.
- MORO, MR. DE LA NOË, Q, & MOUCHENICK, Y. (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Paris: La Pensée Sauvage Editions.
- PAEZ, D & CASULLO, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Madrid: Paidós.
- WOLF, T. (1988). *La hoguera de las vanidades*. Barcelona: Anagrama.

EL PSICOTERAPEUTA ANTE EL RETO DE UNA SOCIEDAD CON CRECIENTE PLURALISMO Y DIVERSIDAD CULTURAL

Ramón Rosal

Doctor en Psicología

Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista

E-mail: ifromm@arrakis.es

www.instfromm.org

Over the past fifty years has occurred in our country an important growth of socio-cultural diversity. One of its manifestations is also the pluralism of psychotherapeutic methods. Besides verbal way in psychotherapy are also utilized the imagery and psychocorporal techniques. In this work they are exposed ten precautions that must have presents the therapist that attend immigrated citizens. Its aim is that these patients feel truly understood, without the influence of stereotypes, prejudices or generalizations which do not consider the uniqueness of each person. Also, the techniques used are adapted to their psycho-cultural differentials characteristics. It is also proposed –with a preventive porpose– a method of group encounters in which, apart from the empathic listening with rogerian style, techniques with imagery and fantasy are applied.

Key words: Cultural pluralism, Pluralism in psychotherapy, Psychotherapy of immigrants, Cultural-Differential Psychology, Mental imagery in psychotherapy

A. La perspectiva de una creciente diversidad socio-cultural y el pluralismo en psicoterapia

Si comparamos los colectivos humanos que nos rodean en nuestro país en este comienzo del siglo XXI, con los que nos rodeaban a los que vivíamos entonces nuestra juventud en los años cincuenta del siglo pasado, una de las diferencias que me salta más a la vista es el espectacular incremento de pluralismo y diferencias entre las personas, con la consiguiente disminución de aspectos uniformes, de denominador común. Aparece un gran pluralismo, por señalar algunas de sus manifestaciones:

- a) en las ideas y preferencias políticas.
- b) en las creencias sobre los valores estéticos y éticos.

- c) en la diversidad de cosmovisiones religiosas o agnósticas o ateas o de indiferentismo respecto a todas ellas.
- d) en la presencia de ciudadanos de raíces culturales muy diversas, conviviendo en las mismas poblaciones, a causa de los crecientes procesos migratorios, con muy variadas costumbres y creencias.
- e) y centrándome en el ámbito de los profesionales de la salud mental, en el pluralismo de corrientes y modelos de psicoterapias.

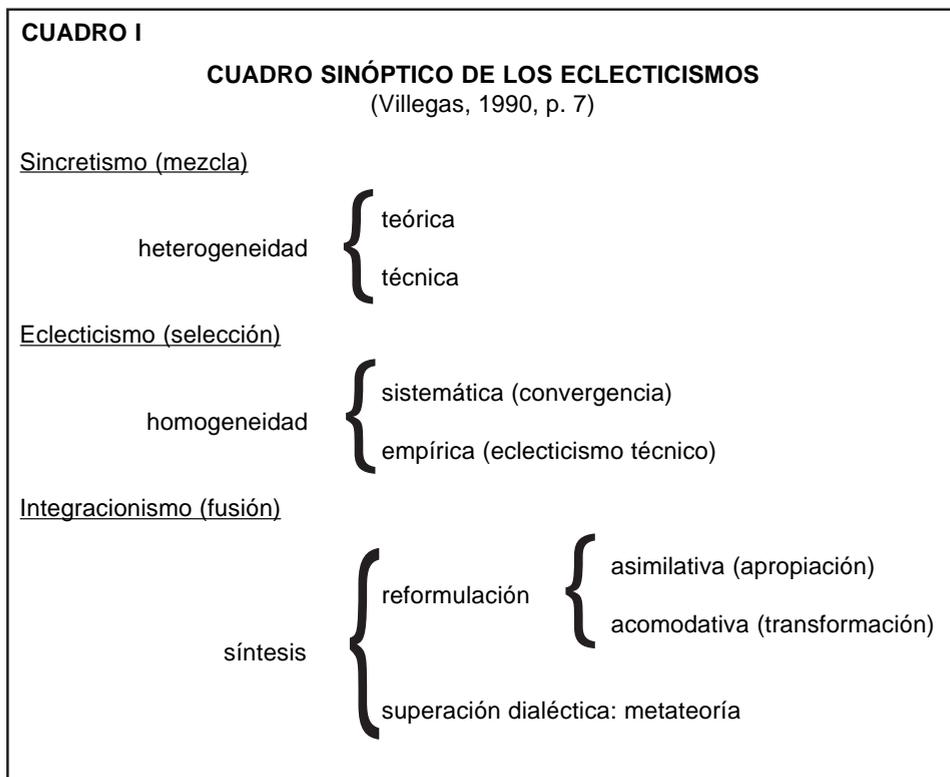
En medio de esta sociedad cada vez más plural y multicultural, los profesionales de la salud tendrán que saber realizar algunos cambios, en su forma de tratar de comprender y de atender a quienes soliciten sus servicios. Por muchos impedimentos que pongan los médicos convencionales, con el apoyo de sus Colegios Profesionales, las medicinas alternativas se propagarán cada día más y el porcentaje de ciudadanos que pondrá su confianza en ellas seguirá creciendo. Por muchos obstáculos que las Facultades de Psicología catalanas y españolas en general (no así muchas europeas) pongan para acoger con respeto la gran variedad de modelos de la psicoterapia, éstos se seguirán multiplicando.

Los que en los años 50 constituían los dos paradigmas más potentes de psicólogos y psiquiatras, implicados en una lucha de poder entre ellos, para tratar de imponer su paradigma en todas las Universidades del Planeta, tuvieron ya hace tiempo que capitular de su pretensión, especialmente cuando aparecieron, entre otras nuevas corrientes y escuelas de psicoterapia, las integradas en el Movimiento de la Psicología Humanista (al que también se adhirieron algunos representantes de aquellos dos colectivos en pugna). Este Movimiento tuvo como una de sus características promover una actitud de reconocimiento y respeto hacia la creatividad respecto a las vías psicológicas posibles para el logro de la salud mental y del crecimiento personal. Con ello se contrarrestó el efecto de quienes pretendían bloquear el imparable pluralismo de vías de las psicoterapias –y métodos para el crecimiento psicológico personal– surgidas en América, Europa y Asia.

Ya en 1981 Corsini, en su obra *Handbook of Innovative Psychotherapies*, presentó una lista de 250 sistemas de psicoterapia, de los que seleccionó 64 de ellos, para ofrecer un resumen informativo, en una media de 15 páginas holandesas. En otra obra anterior, cuya cuarta edición fue en 1989, se había ocupado con más extensión de describir las características de 16 modelos de psicoterapia. La mayoría de éstos, y la totalidad de los otros 64, los consideraba como “los principales enfoques innovadores de psicoterapia en uso corriente” (1981, p. IX).

En nuestro modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal 2001 y 2003) partimos de la base de una metodología terapéutica ecléctica-integradora, dentro del marco de la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy (1968), o de lo que también ha sido denominado “integracionismo metateórico” (Villegas 1990). Véanse los CUADROS I y II sobre sinopsis de los eclecticismos y sobre los modelos de psicoterapias de los que integramos teorías

y/o estrategias y técnicas en la Psicoterapia Integradora Humanista.



Además, sin dejar de reconocer la importancia que tiene, en una sesión de psicoterapia, el arte de saber escuchar –la comunicación verbal y no verbal del paciente– y el de saber dirigirle las palabras adecuadas, para que avance en el proceso de su autoconocimiento y en el logro de los cambios terapéuticos, esta vía verbal dejó de ser considerada la única. Además de ella, hace ya más de medio siglo que las psicoterapias que conceden un lugar relevante o preferente a *la vía de la actividad imaginaria*, y las que lo conceden a *la vía psicocorporal*, disfrutan ya de un creciente poder de convocatoria, tanto respecto a los profesionales como respecto a los pacientes. Hay pluralismo, por lo tanto, no sólo respecto a los paradigmas psicológicos, y a los modelos de psicoterapia, sino también, respecto a las vías para la concienciación y comunicación terapéutica, a saber: las vías verbal, con actividad imaginaria y psicocorporal.

CUADRO II MODELOS DE PSICOTERAPIA DE LOS QUE INTEGRAMOS TEORÍAS Y/O ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA		
A. MODELOS DE LOS QUE INTEGRAMOS UNA PROPORCIÓN RELEVANTE, TANTO DE CONTENIDOS TEÓRICOS COMO DE ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS		
- Análisis Transaccional (E. Berne) - Psicoterapia de la Gestalt (F. Perls)	- Psicosisíntesis (R. Assagioli) - Psicoterapia centrada en la Persona (C. Rogers)	- <i>Focusing</i> (E. Gendlin) - Psicoterapia de los Constructos Personales (G. Kelly)
B. MODELOS DE LOS QUE INTEGRAMOS SÓLO O CASI SÓLO TEORÍAS		
- Psicoterapia adleriana (A. Adler) - Psicoterapia Analítica (C.G. Jung)	- Psicoanálisis humanista (E. Fromm) - Neopsicoanálisis (K. Horney)	- Psicoterapias existenciales (R. May y V. Frankl) - Psicoterapia Familiar Sistémica
C. MODELOS DE LOS QUE INTEGRAMOS PRIORITARIAMENTE TÉCNICAS Y SECUNDARIAMENTE ALGUNAS TEORÍAS		
- Psicodrama (J.L. Moreno) - Psicoterapia postrogeriana (G. Egan)	- Biosíntesis (D. Boadella) - Bioenergética (A. Lowen)	- Análisis corporal de la relación (A. Lapierre)
D. MODELOS DE LOS QUE CASI SÓLO INTEGRAMOS TÉCNICAS		
- Ensueño Dirigido (R. Desoille) - Psicoterapia de la imaginación (J.E. Shorr) - Imaginería Afectiva Guiada (H. Leuner)	- Arteterapia (M. Naumburg) - Sistema de Centros de Energía (S. Milderman) - Psicodanza (M. Chace)	- Psicoterapia Eidética (A. Ashen) - Psicoterapia Cognitiva (A. Beck) - Terapia de Modificación del Comportamiento
E. APORTACIONES TÉCNICAS QUE NO IMPLICAN UN MODELO DE PSICOTERAPIA, YA QUE NO CONLLEVAN TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD, DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS, DE LA PSICOPATOLOGÍA O DE LA PSICOTERAPIA		
- Relajación Progresiva (E. Jacobson) - Técnicas de Meditación - <i>Hatha Yoga</i>	- Programación Neurolingüística (R. Bandler y J. Grinder) - Musicoterapia - Expresión corporal (P. Stokoe)	- Conciencia Sensorial (Ch. Selver) - Masaje Sensitivo Gestáltico (M. Elke) - <i>Bonding</i> (D. Casriel)

Respecto a modelos que integran en su trabajo terapéutico técnicas con actividad imaginaria, en el CUADRO III seleccionamos ocho de ellos que se caracterizan por el hecho de que la utilización de este recurso constituye el principal

o, en algunos casos, casi exclusivo, de los empleados en sus sesiones de psicoterapia. Además, su forma de aplicarlo respeta la espontaneidad imaginativa del paciente. Esta utilización es muy diferente de la habitual en la Terapia Conductual-Cognitiva que se acostumbra a desinteresarse del dinamismo autónomo de las imágenes en el paciente que realiza una práctica de este tipo. Lo que le importa es que el sujeto ejecute correctamente las instrucciones, para superar patologías derivadas de aprendizajes conductuales que dependen principalmente del condicionamiento clásico u operante.

CUADRO III		
MODELOS QUE TRABAJAN PRINCIPAL O EXCLUSIVAMENTE CON FANTASÍAS GUIADAS QUE ESTIMULAN LA ESPONTANEIDAD DE LAS IMÁGENES		
Modelo	Fundador	1ª publicación
ENSUEÑO DIRIGIDO	Robert Desoille	1938
IMAGINERÍA AFECTIVA GUIADA	Hans Leuner	1955
PSICOTERAPIA EIDÉTICA	Akhter Ahsen	1965
PSICOSÍNTESIS	Roberto Assagioli	1965
PSICOTERAPIA DE LA IMAGINACIÓN	Joseph E. Shorr	1972
TERAPIA EMOTIVO RECONSTRUCTIVA	James K. Morrison	1979
IMAGINERÍA VISUALESPONTÁNEA	Joseph Reyher	1977
ANÁLISIS IMAGINATIVO	Gianmario Balzarini y Clorinda Salardi	1987

En el CUADRO IV seleccionamos once modelos de psicoterapia cuya utilización de este recurso –también respetando y estimulando la espontaneidad de la fantasía del sujeto– siendo relevante, no constituye normalmente el procedimiento principal de intervención.

CUADRO IV		
MODELOS QUE UTILIZAN PROCEDIMIENTOS CON IMÁGENES COMO UN RECURSO RELEVANTE		
Modelo	Fundador	1ª publicación
PSICODRAMA	Jacob Leví Moreno	1946
PSICOTERAPIA DE LA GESTALT	Fritz Perls, Hefferline y Goodman	1951
MUSICOTERAPIA MULTIMODAL	E.T. Gastón	1958
ANÁLISIS TRANSACCIONAL	Eric Berne	1961
FOCUSING	Eugène Gendlin	1969
PSICOTERAPIA MULTIMODAL	Arnold A. Lazarus	1973
DIARIO INTENSIVO	Ira Progoff	1975
DRAMATERAPIA	Eleanor C. Irwin	1979
	G. Schattner y R. Courtney	1981
PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA	John Grinder y Richard Bandler	1980
ARTETERAPIA	Judith A. Rubin	1985a,1985b
IMAGINERÍA GUIADA Y MÚSICA	Lisa Summer	1985

En los CUADROS V y VI, señalamos los objetivos terapéuticos específicos de ocho variantes de intervenciones con imágenes en la Psicoterapia de la Gestalt y en el Análisis Transaccional, respectivamente.

CUADRO V OBJETIVOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS EN OCHO VARIANTES DE INTERVENCIONES CON IMÁGENES EN PSICOTERAPIA DE LA GESTALT	
Tipo de intervención	Objetivos específicos
Trabajo con sueños	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer como propios los aspectos de su Yo proyectados en los distintos elementos del sueño.
Dramatización de asuntos pendientes	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre de situaciones anteriores que restan energía al contacto con el presente. - Eliminar las proyecciones distorsionantes de la relación.
Diálogo con el síntoma corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar al paciente a una mayor conciencia de su responsabilidad sobre el mismo. - Reconocer la función positiva del síntoma y buscar alternativas de solución menos dañinas.
Arteterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de autoconocimiento de aspectos no conscientes en un tiempo relativamente corto. - Observar las dificultades y autointerrupciones en la ejecución de un proceso.
Identificación con un objeto	<ul style="list-style-type: none"> - Reapropiación de aspectos propios alienados.
Fantasia guiada	<ul style="list-style-type: none"> - Afloramiento de material no consciente. - Cierre simbólico de situaciones imposibles de cerrar en la realidad. - Exploración de lo desconocido.
Teatralización	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje de roles sociales. - Hacer evidentes niveles mentales ocultos. - Explorar contenidos presentes en la relación.

CUADRO VI OBJETIVOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS EN OCHO VARIANTES DE INTERVENCIONES CON IMÁGENES EN ANÁLISIS TRANSACCIONAL	
Tipo de intervención	Objetivos específicos
Técnica de las tres sillas	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer evidente el diálogo interno para la comprensión, diagnóstico y autocomprensión del paciente. - Practicar la descontaminación. - Llevar a la redescisión. - Conducir el parentamiento. - Analizar las relaciones.
Análisis de regresión	<ul style="list-style-type: none"> - Observación en directo de uno de los estados del Yo, para revivirlo y modificarlo.
Entrevista al Padre	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de elementos afectivos en los procesos cognitivos que se están dando. - Clarificación del estado Niño del Padre.

	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono de síntomas destinados a cuidar los sentimientos parentales.
Fantasías relacionadas con el parentamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Aportación de nuevas opciones para el estado Padre y disminución de la potencia de sus aspectos insanos. - Transformación del diálogo intrapsíquico.
Fantasías guiadas estructuradas	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración de los obstáculos que impiden la resolución del conflicto. - Cambio de las pautas de comportamiento habitual.
Fantasia de la obra de teatro	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar profecías destinadas al autocumplimiento (saldo y tipo de guión de la vida y elementos relevantes del mismo). - Captar momentos de la vida en que se tomaron decisiones de guión. - Psicodiagnóstico. - Descubrir aspectos existenciales ocultos.
Evocaciones fantaseadas	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar decisiones limitadoras especialmente de épocas preverbales.
Trabajo con sueños	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de conciencia de lo que está pasando y utilización de la misma para suscitar el cambio terapéutico.

Respecto a la vía psicocorporal en terapia, Gimeno-Bayón (2003), en su obra *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*, (tomos I y II), ha llegado a identificar 110 tipos de psicoterapias corporales, deteniéndose principalmente en describir las características de siete de ellas como distintos modos de enfocar el cuerpo en el proceso psicoterapéutico, con sus correspondientes ventajas e inconvenientes. Con mayor extensión describe su aplicación en el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón, 2003, tomo I y Gimeno-Bayón y Rosal, 2001).

En los CUADROS VII, VIII y IX presentamos tres clasificaciones de modelos de psicoterapias corporales según Meyer (1992b), Lienard (1993) y Gimeno-Bayón (2003).

CUADRO VII CLASIFICACIÓN DE LAS SOMATOTERAPIAS, SEGÚN MEYER (1988, p. 66)		
forma de terapia	analítica estructurada	
función corporal prioritaria		
movimiento y postura	Expresión Corporal, Danzaterapia, Antigimnasia, Psicomotricidad, yoga, Método Alexander	Psicomotricidad Relacional
tocar	Masajes, <i>Leibtherapie</i> , Haptoterapia	Haptoanálisis

sentidos	Musicoterapia, Psicofonía, Audiopsicofonología, Conciencia Sensorial, Instintoterapia, Olfatoterapia	
voz	Expresión Vocal, Ortofonía, <i>Mantraterapia</i>	
respiración	<i>Rebirth</i>	<i>Pneumanalyse</i>
estado de conciencia	Relajación, Sofrología, <i>Transe Terpsicore Therapy</i> , Meditación, <i>Tanking</i> , Hipnosis	Sofroanálisis, Relajación Analítica
global	Bioenergética, <i>Gestalt</i> , Terapia por el Grito, Grito Primal	Análisis Bioenergético, Vegetoterapia Carácter-analítica, Análisis Primal, <i>Somatanalyse</i>

CUADRO VIII

**CLASIFICACIÓN DE LAS SOMATOTERAPIAS
SEGÚN LIÈNARD (1993, pp. 44-46)**

Clasificación científica	Somatoterapias especializadas	Somatoterapias analíticas		Somato-analyses
		neo-reichiana	neo-ferencziana	
Forma de terapia Función Corporal	estructurada en cuanto a la técnica	interaccional		estructurada en cuanto al marco
Movimiento	<i>Sport-terapia</i> Expresión Corporal Danza Primitiva Mimo-terapia Ergoterapia Antigimnasia <i>Qi Gong</i> Hipnoterapia Método Feldenkrais <i>Konzentrativ-Bewegunsterapie</i>	Expresión Primitiva	Análisis Corporal de la Relación Integrativa del Cuerpo y del Movimiento	
Postura	Método Alexander Cadenas Musculares Yoga <i>Présence Juste</i> Relajación Schultz, Jacobson, Ajuriaguerra Método Vittoz	Biosíntesis	Morfoanálisis Análisis de la Presencia	
Tensión-distensión		Bioenergética		

Respiración	Thalassoterapia Eutonía Método de Paul Garburg Psicomotricidad Tónico-emocional	Orgoterapia Vegetoterapia	Palingénesis	
Tacto	Myosofro-integración Sexofrología <i>Rebirth</i> Terapia <i>Pránica</i> Masaje Sensitivo Método Trager <i>Leibthérapie</i> Movilización Pasiva Integración Postural Haptoterapia <i>Rolfing</i> Sexoterapia <i>Ferme Maintien</i> <i>Pack</i>	Análisis Psico- Orgánico Biodinámica	Psicoterapias centradas en el cuerpo Análisis Transcorporal Psicoanálisis Dinámico Haptoanálisis	<i>Psycho- Somatanalyse</i>
Escucha, Voz	Musicoterapia Psicofonía Terapia por la Risa			<i>Psycho- Somatanalyse</i>
Visión	Arte-terapia Cromoterapia Visualización Creativa Ensueño Dirigido			
Estado de Conciencia	Método Simonton Hipnosis médica y ericksoniana PNL Sofrología <i>Tanking</i> <i>Trans- Therpsicore Therapy</i>	<i>Lying</i>	Análisis Transpersonal	
Emoción	Meditación Mantra-terapia Psicosíntesis Grito Primal Terapia Biosistémica	Psicoterapia Funcional Corporal Terapia Bioenergética	Análisis Primal Psicoterapia de la Gestalt Psicodrama analítico	<i>Socio- Somatanalyse</i>

CUADRO IX

**CLASIFICACIÓN DE LAS SOMATOTERAPIAS
SEGÚN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN PREFERENCIAL EN
LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA,
SEGÚN GIMENO-BAYÓN (2003)**

ámbito de aplicación preferente	modelo o método
proceso global	Análisis Corporal de la Relación, Arica, Bioenergética, Biopsicoenergética, Biosíntesis, <i>Core Energetics</i> , <i>Leibtherapie</i> , <i>New Identity Process</i> , Morfoanálisis, Psicoanálisis Dinámico, Psicodanza, Psicodrama, Psicosisíntesis, Psicoterapia Analítica con Mediación Corporal, Psicoterapia de la <i>Gestalt</i> , Sofrología, <i>Somatanalyse</i> , Terapia Integrativa del Cuerpo y del Movimiento, Vegetoterapia Caracteroanalítica
psicodiagnóstico	Análisis Bioenergético, Arte-terapia, Biosíntesis, Grafología, Kinesiología, Psicofonía, Sistema de Centros de Energía, Terapia Psicomotriz de Pesso
fase de receptividad sensorial	Análisis Transcorporal, <i>Biofeedback</i> , Consciencia Sensorial, <i>Cos Art</i> , Grito Primal, Masaje Sensitivo Gestáltico, Meditación Dinámica, Movilización Pasiva, <i>Presence Juste</i> , Psicosisíntesis, Relajación energética, <i>Sport therapy</i> , Método Trager, Método Vittoz
fase de filtración de sensaciones	<i>Actualizing Therapy</i> , Psicoterapia de la <i>Gestalt</i> , <i>Focusing</i> , <i>Konzentrierte Bewegunsterapie</i> , Movimiento Original, Terapia Integrativa del Cuerpo y del Movimiento
fase de identificación afectiva	Análisis Corporal de la Relación, Análisis Reichiano, <i>Actualizing Therapy</i> , Bañoterapia, <i>Emotional Therapy</i> , Psicoterapia de la <i>Gestalt</i> , <i>Leibtherapie</i> , Mascoterapia, Morfoanálisis, Musicoterapia, Myosofrointegración, Psicodrama, Risoterapia, <i>Somatanalyse</i> , <i>Tanking</i>
fase de identificación cognitiva	Arica, Danzaterapia, <i>Focusing</i> , Psicoterapia de la <i>Gestalt</i> , <i>Konzentrierte Bewegunsterapie</i> , <i>Leibtherapie</i> , <i>Lying</i> , <i>Mantra-terapia</i> , Morfoanálisis, Psicoterapia Analítica con Mediación Corporal, Psicoterapia Breve Caracteroanalítica, Sofrología, <i>Trans-Terpsicore-Therapy</i>
fase de valoración	Análisis Psico-orgánico, Grafoterapia, Meditación <i>zen</i> , <i>Lying</i> , Psicosisíntesis, Sofrología, Somatointegración, <i>T'aiChi-Ch'uan</i>
fase de decisión implicadora	Método Alexander, Método Feldenkrais, Psicodrama
fase de movilización de recursos	Audiopsicofonología, <i>Aqua-Energetics</i> , Bioenergética, Biopsicoenergética, Biosíntesis, Haptoterapia, Integración Postural, <i>Kundalini</i> , Masaje Reichiano, Terapia de Polaridad, Terapia <i>Pránica</i> , Psicofonía, Respiración Consciente, <i>Rolfing</i> , <i>Seitai</i> , Sistema de Centros de Energía, <i>T'ai-Chi-Ch'uan</i> , Vegetoterapia Caracteroanalítica
fase de planificación	<i>Biofeedback</i> , Biosíntesis, Eutonía, Método Alexander, Psicodrama, <i>Radix-Neo-Reichian Education</i> , <i>Qi Gong</i> , <i>Structurec Learning</i> , Terapia Psicomotriz de Pesso

fase de ejecución de la acción	Método Aguado, <i>Aikido</i> , Antigimnasia, Método Aston, Biosistémica, Cadenas Musculares, Expresión Corporal, Kinesiología, Mimo-terapia, Musicoterapia, Psicodrama, Psicomotricidad Relacional, <i>Qi-gong</i> , <i>Structured Learning</i> , <i>Yoga</i> , <i>Z Process Attachment Therapy</i>
fase de encuentro	Arte-terapia, <i>Bonding</i> , <i>Core-Energetics</i> , Expresión Primitiva, <i>Festhalten</i> , Masaje Sensitivo Gestáltico, Musicoterapia, <i>New Identity Process</i> , <i>Pack</i> , Palingénesis, Psicoanálisis Dinámico, Psicomotricidad Tónico-Sensorial, Psicosisíntesis, Psicoterapia Funcional, Sexofrología, Sexoterapia, Sexoterapia Analítica, <i>Somatanalyse</i> , Somatopsicoterapia,
fase de consumación	<i>Bonding</i> , <i>Core-Energetics</i> , Masaje Sensitivo Gestáltico
fase de relajamiento	Audiopsicofonología, <i>Aqua-Energetics</i> , Bioenergética, Biosíntesis, <i>Focusing</i> , Integración Postural, Masaje Reichiano, Psicofonía, Psicoterapia de la <i>Gestalt</i> , <i>Psico-Structural Balancing</i> , <i>Rolfing</i> , <i>Somatanalyse</i> , Vegetoterapia Carácteranalítica
fase de relajación	Biodinámica, <i>Biofeedback</i> , <i>Comprehensive Relaxation Training</i> , <i>Katsugen-ki</i> , Masaje Sensitivo, Masaje Sensitivo Gestáltico, Método Ajuriaguerra, Relajación Analítica, Relajación Energética, Relajación Progresiva, Thalassoterapia, <i>Training</i> Autógeno

También hay pluralismo de posiciones de los psicoterapeutas, entre la opción de vincularse y trabajar en el marco de un sólo modelo o escuela psicoterapéutica, o la otra opción de integrar varios modelos terapéuticos, con integración sea teórica, o sea técnica, o de ambas. Las dos opciones son respetables, y las dos se dan en la actualidad, y la segunda ha pasado de ser desprestigiada a ser claramente reconocida.

Otro aspecto del pluralismo actual se manifiesta en las personas que sin padecer ningún trastorno psicológico propiamente dicho, ni si quiera en grado leve, solicitan la ayuda psicoterapéutica para potenciar su crecimiento personal. El ciudadano que ha descubierto que, aún no padeciendo ningún trastorno psicológico, puede recibir un interesante beneficio para su desarrollo personal, a través de un periodo de psicoterapia. El ciudadano que un día cae en la cuenta de que merecería la pena ocuparse de, por ejemplo, desarrollar más su *sensibilidad*, para saber mirar, escuchar y tocar de forma más humanizadora, o bien desarrollar su *fluir emocional*, para poderse beneficiar en su vida de una forma de experimentar las emociones y sentimientos, sin bloqueos, ni dispersiones, ni distorsiones de la energía. Asimismo, el que quiere evitar que éstos (los bloqueos, distorsiones y dispersiones de la energía) se produzcan en el *ejercicio del pensar*, sea el pensamiento lógico-discursivo, o el pensamiento intuitivo y creador; o las personas que quieren potenciar su capacidad valorativa, energizadora, planificadora, o su *capacidad volitiva* genuina, es decir su *capacidad de tomar decisiones sabias, libres y nutritivas*, y así otros muchos contenidos del potencial humano, incluyendo, claro está, todos los que entran en juego –además de los ya nombrados–, en las *relaciones*

interpersonales y grupales, en las experiencias de amor de pareja y paterno-filiales, y la identificación más clara de un *proyecto vital* que dé sentido al conjunto de la vida y de la muerte.

Algunas de las cuestiones que estará bien que se planteen los psicoterapeutas del siglo XXI, inmersos en una sociedad crecientemente plural y con diversidades culturales, son las siguientes:

- 1) ¿Cómo puede contribuir el psicoterapeuta del siglo XXI en evitar las consecuencias perjudiciales que podrían derivarse de las nuevas circunstancias multiculturales?
- 2) ¿Cómo puede contribuir, en cambio, en que se produzcan con profundidad las consecuencias humanizadoras, que pueden derivarse de un acentuado pluralismo cultural y subcultural?
- 3) ¿Qué actitudes personales y precauciones se requerirá que cultive más el profesional de la salud mental y del crecimiento personal que atienda a personas inmigradas?
- 4) ¿Qué modalidad de ayuda psicológica preventiva proponemos para este tipo de sujetos?

Voy a centrarme aquí en las dos últimas cuestiones, teniendo presente que el aumento de porcentaje de ciudadanos procedentes de la inmigración, con características psicológico-culturales muy diversas de las nuestras, irá en crecimiento.

Una vez que estos conciudadanos hayan logrado tener suficientemente atendidas sus necesidades básicas –de alimentación, vivienda, permisos de residencia, trabajo, etc.– una parte de ellos solicitarán nuestros servicios. Aunque muchas veces habría sido preferible que les hubiere llegado una ayuda psicológica preventiva.

Hay razones de peso para prever que la llegada masiva que se ha producido, en apenas cinco años, de ciudadanos extranjeros inmigrados por necesidades económicas, además de los refugiados políticos, reclamará en los profesionales de la salud mental la adquisición de nuevos conocimientos, de nuevas destrezas, y las adaptaciones de las destrezas terapéuticas habituales a las sensibilidades de estos nuevos grupos humanos.

B. Actitudes y precauciones de los terapeutas que atiendan a ciudadanos inmigrantes.

1. Reconocer los factores no psicológicos en el origen del malestar

No perder de vista que las causas de sus sufrimientos, o de sus estados de ansiedad, o depresivos, etcétera, en la mayoría de los casos no tienen por qué atribuirse a factores psicopatológicos, sino a factores extramentales de carácter económico, profesional o laboral, político, familiar, de conflictos entre culturas, etcétera. Por consiguiente la ayuda profesional principal para la solución de sus problemas no será, en mayoría de casos, una ayuda psicológica, sino las ayudas que

puedan ofrecer los asistentes sociales, o los abogados, a través de organismos públicos o de organizaciones no gubernamentales. Pretender ofrecer ayudas psicológicas a un inmigrante con trastorno de adaptación sin comprobar si está buscando apoyo para resolver sus problemas de integración social, de seguridad económica, etcétera, sería muchas veces perder el tiempo.

2. Ser consciente de experiencias emocionales y cognitivas que pueden provocar un estrés psicosocial peligroso.

2.1. Antes de separarse de su país

- a) Estrés psicosocial –acompañado o no de distimia o crisis depresiva– ante situaciones peligrosas graves principalmente por causas económicas, políticas, de crisis respecto a la cosmovisión impuesta y sus normativas, etc.
- b) Acentuación de la vivencia dolorosa de la experiencia si va unida a un estilo o trastorno de la personalidad narcisista, dependiente, obsesivo-compulsivo y paranoide, entre otros.

2.2. Durante el proceso de separarse

- a) Vivencia de expectativas idealizadas y, en mayoría de los casos, con un notable desconocimiento de los requisitos que tendrán que llegar a cumplir para poder socializarse e integrarse satisfactoriamente. Requisitos relacionados con factores jurídicos, laborales, de normativas socio-culturales, culturales y políticos.
- b) Desconocimiento de diferencias, a veces importantes, respecto a los valores éticos (familiares, sexuales, económicos, etc.), estéticos, políticos, religiosos. Valoración diferente sobre la importancia de la familia, los ancianos, la hospitalidad, la cordialidad, la amistad (claramente superior en la cultura de mayoría de los colectivos de inmigrados).
- c) Valoración diferente respecto al aprovechamiento del tiempo, cumplimiento de normativas diferentes, igualdad de derechos de la mujer, respeto a la libertad de pensamiento (claramente inferior a la de los autóctonos en muchos casos).
- d) Si atendemos a la experiencia de la inmigración a Cataluña, es sorprendente la falta de información sobre la importancia de la lengua catalana y de las experiencias históricas del pasado en las que se padeció la falta de libertad para su cultivo y desarrollo. Asimismo, desconocimiento del significado de los peculiares estilos autóctonos de comunicación verbal y no verbal que dan lugar a malas interpretaciones.
- e) En muchos casos, desconocimiento del estilo de vida de las grandes ciudades y sus diferencias respecto a la vida rural.

2.3. *Tras la llegada al nuevo país se experimentan frustraciones importantes frecuentes en muchos inmigrados debidas a:*

- a) Contraste entre sus expectativas idealizadas y los logros posibles reales a corto plazo.
- b) Contraste entre sus aspiraciones originales y las necesidades artificiales que se les van creando en una sociedad consumista.
Para ellos en algunos casos podía ser mucho disponer de agua corriente y electricidad y aquí observan quejas por deficiencias urbanas que a ellos les parecerán menudencias.
- c) Contraste entre su ritmo de vida y de trabajo original, y el que se les reclama aquí.
- d) Comprobación de normas sociales rígidas que a ellos les resultan difíciles de aprender y cumplir, p.e.: puntualidad, normas de circulación, superioridad de los compromisos laborales a los de la hospitalidad con amigos, libertad de la mujer en el vestido, etc.
- e) Tristeza, o rabia, o miedo (lo último especialmente respecto a sus hijos) al comprobar diferencias importantes de valores.

3. Prever la probabilidad de trastornos de adaptación, síndrome de Ulises, trastornos antisociales de personalidad, y otros

Darse cuenta de que las consecuencias psicológicas derivadas del exceso de frustraciones –por algunos de los factores citados- conducirán frecuentemente a los llamados trastornos de adaptación, y principalmente al trastorno que Achotegui (2002), ha denominado “Síndrome de Ulises”. En algunos casos se podrá producir el estrés postraumático. Su situación de excesivo estrés (el llamado “estrés de aculturación”) resulta peligrosa, ya que puede conducir a un trastorno de personalidad de las características del estilo de personalidad del inmigrante.

Tenemos aquí presente la clasificación de tipos de personalidad sana según Millon y Everly, cada uno de los cuales puede dar lugar, si degenera en su manifestación patológica, en su correspondiente trastorno de personalidad.

Por nuestra parte somos partidarios de la noción de continuidad sindrómica. En otras palabras, como tema de discusión, los trastornos de personalidad pueden ser considerados como representaciones de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas emanadas de una distribución de rasgos normales y saludables y no como intromisión de alguna fuerza externa extraña sobre la personalidad del individuo. Este concepto puede ser representado a través de un continuum (Millon y Everly, 1985/1994, p. 39).

En el CUADRO X presentamos los tres niveles en los que cabe esquematizar este proceso, desde ocho estilos sanos de personalidad, hasta su correspondiente y posible trastorno de personalidad, y finalmente su agravamiento en alguno de los tres trastornos paranoide, límite o esquizotípico de la personalidad.

CUADRO X

ESTILOS DE PERSONALIDAD

T. MILLON y G.S. EVERLY (1985/1994), p. 39.

FUENTE DE REFUERZO

PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL

	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>Ambivalente</i>	<i>Desvinculado</i>
ACTIVA (PROACTIVA)	Personalidad enérgica* Trastorno antisocial Trastorno paranoide	Personalidad sociable Trastorno histriónico Trastorno límite	Personalidad sensitiva Trastorno pasivo-agresivo Trastorno límite	Personalidad inhibida Trastorno evitativo Trastorno esquizotípico
PASIVA (REACTIVA)	Personalidad segura Trastorno narcisista Trastorno paranoide	Personalidad cooperadora Trastorno dependiente Trastorno límite	Personalidad respetuosa Trastorno compulsivo Trastorno paranoide	Personalidad introvertida Trastorno esquizoide Trastorno esquizotípico

* Se ha sustituido la expresión original de la fuente, que aquí dice «violenta», por considerar que tiene connotaciones peyorativas para un comportamiento sano

Por otra parte compartiendo con Millon su distanciamiento respecto a la postura que entiende la patología o anormalidad como un hecho que en gran parte constituya un constructo social y cultural, advierte, sin embargo, del peligro de depender de criterios “demasiado occidentales”.

Entre los diversos criterios ajenos a la cultura utilizados por definir la normalidad, están la capacidad para funcionar de forma autónoma y competente, la tendencia a adaptarse de forma eficaz y eficiente al propio entorno social, la sensación subjetiva de satisfacción, y la capacidad para poner en marcha o mejorar las propias potencialidades. La psicopatología debe entenderse como la presencia de un déficit en alguna de las cualidades antes mencionadas o de características que limitan activamente el desarrollo de estas capacidades. Una vez más, es posible que estos criterios sean demasiado “occidentales” para que sean considerados universales. Mientras que la diferenciación de las potencialidades en cada organismo puede verse como algo genérico en el desarrollo, su expresión última depende de las fuerzas sociales y culturales. Por ejemplo, en algunas culturas asiáticas en las que se espera que las ambiciones individuales se subordinen al grupo, la capacidad para funcionar autónomamente puede ser una cualidad nada deseable (Millon, 1996/1998, pp. 13s.).

El psicoterapeuta occidental que no tuviese en cuenta estas consideraciones podrá cometer errores importantes en sus diagnósticos sobre el nivel de salud mental o de posible psicopatología de los inmigrados.

Nos parece digna de consideración la propuesta siguiente: Dado que la experiencia de la emigración implica tener que vivir situaciones muy difíciles y una fuerza personal relevante para decidirse a abordarlas, parece razonable proponer la hipótesis de que el porcentaje, entre los inmigrantes, de personalidades de estilo independiente –sean de las enérgicas o de las seguras- sea mayor que dicho porcentaje tanto en la población de origen como en la del país receptor.

Ello significa que si caen finalmente en un trastorno de personalidad, podrá ser con frecuencia un trastorno antisocial, o un trastorno narcisista.

4. Ser consciente de la conveniencia de ayudas psicológicas preventivas

En aquellos casos, que previsiblemente serán la mayoría, en los que el inmigrado no esté padeciendo propiamente un trastorno psicopatológico, sigue siendo recomendable la ayuda psicológica con finalidad preventiva. Para ello la fórmula grupal parece ofrecer unas ventajas especiales. En C ofrecemos una propuesta de grupos preventivos.

5. El terapeuta debe vigilar, con mayor razón que un ciudadano cualquiera, en no dejarse influir por estereotipos o generalizaciones

Es importante que, siendo fiel al estilo psicológico humanista y existencial, tenga presente el carácter singular e irrepetible de toda existencia humana. Los individuos ecuatorianos, o colombianos, o marroquíes, o rumanos, etc. no son iguales a los restantes de su cultura, del mismo modo que los catalanes, o los andaluces, etc. no somos iguales. Para los que tenemos presente la advertencia de la Psicología Existencial sobre la necesidad de reconocer el carácter singular e irrepetible de toda persona, es importante no olvidar que tanto entre los inmigrados como entre nosotros, cada uno es cada uno. Habrá una minoría de ecuatorianos muy típicos, como hay catalanes muy típicos, pero aún así no serán iguales. El buen psicoterapeuta no contemplará a sus pacientes como ejemplares típicos de un colectivo social y cultural, sino como seres únicos e irrepetibles. También es singular e irrepetible la forma de experimentar un estado de ánimo depresivo, o de ansiedad, un trastorno de personalidad narcisista, o histriónica, o evitativa, o límite.

Asimismo conviene que el psicoterapeuta autóctono evite caer en el peligro de tender a percibir a un determinado colectivo de inmigrantes como un conjunto uniforme de individuos en cuanto a su calidad humana. Ésta, tanto en el aspecto profesional como en el psicológico y en el ético, varía de un individuo a otro, al igual que ocurre entre los autóctonos. El que pertenezca a una u otra cultura específica es algo secundario. Es también secundario el que participe más o menos en algunos rasgos característicos de mayoría de la población de su país. Un inmigrante –al igual que un autóctono- puede ser un héroe de la sensibilidad social, la solidaridad y el altruismo o, por el contrario, un ególatra a quien lo único que le importa sea sus ganancias económicas personales, su éxito aparente, aunque sean logrados a costa de perjudicar los derechos de otros.

Un inmigrante –al igual que un autóctono- puede ser un pozo de sabiduría – sabiduría que no requiere erudición ni títulos académicos y que la puede tener también un analfabeto- o por el contrario puede ser un pozo de insensatez; insensatez que también puede ser atributo de un sujeto que haya conseguido –a veces con procedimientos éticamente dudosos- varios cargos destacados académicos o políticos.

Un inmigrante –al igual que un autóctono- puede ser una persona con un elevado sentido de responsabilidad y aplicar esta responsabilidad en sus decisiones y actuaciones personales familiares, profesionales, ciudadanas, etc., o por el contrario, puede ser un irresponsable, un sujeto que atribuye siempre a otros y nunca a sus actuaciones la culpa de sus problemas, o un veleta, cuyas actuaciones son puro reflejo de los vaivenes de las modas o de la opinión pública.

En la mayoría de los casos un inmigrante –al igual que un autóctono- no se encontrará en ninguna de estas polaridades extremas, sino en posiciones intermedias, unas veces más cercanas a las cualidades positivas y otras a las negativas. Pero

éstas no serán cualidades o defectos atribuibles a todo un colectivo cultural, sino a personas concretas.

6. Tener presentes las diferencias psicológicas, antropológico-culturales, de criterios éticos y de cosmovisiones

Una vez ejercitada esta actitud idiosincrática, y siendo consciente de que el inmigrado al que se esté atendiendo no tiene por qué ser un representante típico de su colectivo sociocultural, esto no impide que pueda serle útil conocer algunos de los rasgos que –en un porcentaje relevante de la población– diferencian psicológicamente a los inmigrados de tal o cual país, respecto a lo más característico en la población autóctona, a saber:

- a) Diferencias psicológicas en *la vivencia y expresión de las emociones y sentimientos*. Diferencias en los factores causantes de alegría, tristeza, miedo, rabia. Incomprensión frecuente en el autóctono de las consecuencias emocionales del estrés psicosocial del inmigrante.
- b) Diferencias psicológicas en la *comunicación no verbal y verbal*, que se prestan a malos entendidos: expresión facial, forma de mirar o no mirar al interlocutor, movimientos del cuerpo, distancia espacial al dialogar, volumen y velocidad del habla, frecuencia o ausencia de la sonrisa, expresividad emocional. Además, palabras que el inmigrante las percibe como malsonantes o propias de personas maleducadas, utilización del usted o del tuteo, práctica o abstención de dar y recibir consejos, ritmo de los preliminares y de las despedidas, indumentaria –y a veces peinado–, del profesional que obstaculizará una relación terapéutica satisfactoria.
- c) Diferencias en lo que es acogido con gusto o con extrañeza o rechazo en las *costumbres*, por ejemplo: horario de vida, indumentaria, actividades de fin de semana, régimen de comidas, reglas de cortesía, etc.
- d) Diferencias en las *creencias* que pueden ocasionar frustraciones o conflictos, o por el contrario ser acogidas con agrado: a) creencias sobre el trabajo; b) sobre la participación ciudadana y política; c) sobre lo masculino y lo femenino; d) sobre las formas de relacionarse el hombre y la mujer en el matrimonio y fuera del matrimonio; e) sobre las relaciones paterno-filiales y el trato a los niños; f) sobre criterios morales; g) sobre las cuestiones religiosas; h) sobre otras cuestiones.
- e) Diferencias psicológicas respecto a los *tipos de personalidad* y de trastornos de personalidad más frecuentes en cada sociedad cultural.
- f) Diferencias en la *situación política, económica y cultural* de los respectivos países y en la importancia emocional de acontecimientos de la historia, cuyo desconocimiento puede obstaculizar la comprensión y respeto mutuo.
- g) Diferencias psicológicas entre ciudadanos de Estados con *diferente grado*

de ética o de corrupción ética en representantes de la vida política, económica y cultural y de los medios de comunicación. Diferencias en cuanto a celos, grado de desconfianza, práctica del soborno a directores de periódicos, policía, etcétera.

7. Tener en cuenta requisitos para una relación terapéutica empática

Para una escucha empática y comprensión profunda del inmigrante, la persona que le atiende debe relativizar, al menos en cierto grado, sus criterios y valoraciones sobre, por ejemplo: a) las relaciones entre el hombre y la mujer dentro y fuera del matrimonio; b) las relaciones paterno-filiales; c) los sistemas democráticos occidentales; d) las creencias o increencias religiosas; e) los criterios morales, etc.

Es recomendable, asimismo, que obtenga cierta información sobre los principales problemas que se han producido en su país de origen, sean políticos, económicos, jurídicos, geológicos, etcétera. Puede ser también aconsejable que conozca los nombres de los presidentes de la República, o reyes, o jefes de gobierno del país del inmigrante. O también de algún personaje muy relevante en la historia del país.

Siempre que sea posible habrá que procurar obtener traducciones en la lengua del inmigrante de los papeles que se le entreguen para la ayuda psicológica. Por ello hemos de ir estudiando la forma de conseguir traducciones de los documentos que les podamos entregar para informarles de nuestros servicios, o para obtener una información inicial sobre su trayectoria vital y su actual estado psicológico. Asimismo, al realizar por ejemplo, una fantasía guiada en grupo, convendrá disponer de un intérprete que vaya traduciendo frase por frase las instrucciones del ejercicio. Esto también vale en los casos en los que el inmigrante ya entiende las lenguas autóctonas.

8. Evitar actitudes que obstaculizarían la relación terapéutica y la integración social del inmigrado

Respecto a actitudes a evitar, tanto por parte del inmigrado como del autóctono, en vistas a facilitar una buena relación terapéutica, señalamos lo siguiente, expresándonos con términos del Análisis Transaccional, cuando se refiere a los inconvenientes de actitudes de sobrevaloración o infravaloración, por parte de cualquiera de los dos interlocutores.

El profesional de la ayuda al inmigrante es conveniente que ayude pronto a que éste no se sitúe, en su relación con la población autóctona, en ninguna de las tres posiciones existenciales insanas, es decir: a) *yo estoy bien – tú estás mal*; b) *yo estoy mal – tú estás mal*; c) *yo estoy mal – tú estás bien*.

Es aconsejable ayudarle a experimentar el “*tú estás bien*”, respecto a la población autóctona. Es decir, que no se concentre en percibir los defectos o conductas xenófobas que a veces pueda observar –o a veces interpretar por error–, y que sea

capaz de percibir las cualidades y méritos de los ciudadanos del país receptor.

Si el autóctono percibe en el inmigrante una actitud de “*yo estoy bien - tú estás mal*”, tenderá a tratarle de forma crecientemente negativa y con rechazo. Claro está, que también el psicoterapeuta deberá actuar evitando la influencia de alguna de estas actitudes.

Además, el psicoterapeuta actuará de forma más eficiente en su tarea si ha evitado caer en ninguna de las actitudes de: a) *Salvador*; b) *Perseguidor*, o c) *Víctima*, respecto a su vivencia del hecho migratorio en nuestro país. Asimismo, si evita la frialdad de la actitud del *Espectador*.

9. Identificar procedimientos de intervención eficaces para distintos colectivos de inmigrados

Tendrá que descubrir qué procedimientos de intervención –verbales, con actividad imaginaria o psicocorporales– sean más eficaces para personas de diferentes raíces culturales y qué aspectos de la comunicación verbal y no verbal – de los citados en 6– pueden constituir un obstáculo para una relación terapéutica satisfactoria. Tendrá asimismo que respetar que consulten también, o previamente, determinadas personas importantes de su familia, clan, tribu, o comunidad religiosa.

Refiriéndonos a las precauciones a tener en cuenta en grupos multiculturales, y limitándonos aquí a la aplicación de enfoques terapéuticos existenciales y humanistas, compartimos –a partir de nuestra experiencia clínica– las conclusiones de Corey (1981/1995), de las que resumimos algunas a continuación.

9.1. Aplicación del enfoque adleriano

Este enfoque se interesa mucho por potenciar la capacidad de ayudar a otros, el sentimiento social, lograr encontrarle sentido a la vida y el espíritu colectivo.

En Estados Unidos se ha comprobado que las “culturas de americanos nativos, hispanos, afroamericanos y americanos de origen asiático anteponen asimismo el colectivo al bienestar individual y conceden mucha importancia a la familia” (Corey, 1981/1995, p. 253).

En algunas culturas, como en mayoría de los asiáticos “se mostrarán reacios a revelar material que consideran puede conllevar el deshonor de los miembros de su familia” (*Ibidem*).

Hay una vivencia más profunda de las jerarquías con gran respeto hacia la autoridad. En un grupo de terapia esperan que quede resaltada la autoridad del terapeuta.

El enfoque adleriano, que fomenta un espíritu igualitario en las relaciones, deberá hacer aquí unos reajustes.

9.2. Aplicación del enfoque existencial

“Según van Deurzen-Smith (1990a), como el enfoque existencial no dicta una forma particular de percibir o relacionarse con la realidad, es muy apropiado para ser aplicado a personas que viven en una cultura diferente o para individuos diversos con respecto a la clase, etnia o raza. Una cualidad de este enfoque es su flexibilidad en el estilo terapéutico. Los terapeutas existenciales están dispuestos a modificar su estilo cuando la situación lo requiera. Además, tratan de liberarse de sus preconcepciones y prejuicios tanto como les sea posible. Respetan la naturaleza única de la situación particular de cada cliente” (Corey, 1981/1995, p. 316).

El enfoque existencial concede mucha importancia a que el terapeuta trate de comprender la perspectiva que los clientes tienen de la realidad y el marco de referencia desde el cual atribuyen sus significados a las experiencias de la vida.

Según Ibrahim (1985, 1991) es muy conveniente que los terapeutas de grupos multiculturales logren identificar bien y diferenciar su propia visión del mundo y la de sus clientes. Propone plantearse preguntas sobre cinco categorías existenciales, a saber:

1. ¿Cómo se caracteriza y define la naturaleza humana? (¿Se percibe la naturaleza humana como mala?, ¿buena y mala?, ¿buena?).
2. ¿Cómo se definen las relaciones humanas? (¿Son las relaciones lineales / jerárquicas?, ¿colaterales/mutuas?, ¿individualistas?).
3. ¿Cuál es la relación de las personas con la naturaleza? (¿El interés reside en la armonía, en la sumisión, en el control?, ¿Cuál es el poder de la naturaleza?).
4. ¿Cuál es el foco temporal de la vida humana? (¿Existe un foco en el pasado, presente o futuro?).
5. ¿Cuál es la modalidad de la actividad humana? (¿El énfasis se halla en el ser, en el llegar a ser o en el hacer?) (Corey, 1981/1995, p. 317).

Sin tener conciencia de las peculiares respuestas de los otros es poco probable que se sepa respetarles.

Un problema del enfoque existencial con participantes de algunas culturas se produce cuando éstos piensan que carecen de la posibilidad de libre elección. En otros casos, aunque dispongan de esta posibilidad, se encuentran excesivamente condicionados por situaciones de racismo, discriminación y falta de oportunidades. Estas limitaciones deben tenerse presentes cuando se invita a la elección de metas personales y del proyecto vital.

9.3. Aplicación del psicodrama

Este enfoque es el primero que introdujo la actividad experiencial en la sesión terapéutica, y la combinación de lo verbal, lo imaginario y lo psicocorporal, característico de muchos modelos humanistas posteriores.

Lo imaginario y lo psicocorporal abre nuevas posibilidades en los grupos multiculturales.

En ejercicios de *role play* conviene indicarles que se expresen en su lengua cuando se trata de comunicaciones emocionales.

En algunas culturas se resistirán a realizar un ejercicio de *role play* en el que tengan que expresarse a su madre o padre.

9.4. *Aplicación del enfoque centrado en la persona*

Rogers es el psicólogo humanista que llevó a cabo más experiencias grupales con poblaciones multiculturales. Dirigió encuentros de este tipo en Italia, Polonia, Brasil, Japón, México, Francia, Filipinas, Sudáfrica, la antigua Unión Soviética y los Estados Unidos.

A partir de los encuentros multiculturales rogerianos se comprobó que:

- a) Las actitudes rogerianas, entre ellas la empatía y el respeto a los valores de los clientes son especialmente importantes en este tipo de grupos. Por ejemplo, el respeto a las normas culturales que se refieren a la expresión de los sentimientos.
- b) Hay culturas a las que es más difícil expresar sentimientos cuando son diferentes a los de otros del grupo, p.e. los japoneses.
- c) Hay tipos de clientes que necesitan grupos más estructurados que los rogerianos. Necesitan un terapeuta directivo. Por ejemplo los clientes con estatus socioeconómico bajo –frecuente entre grupos de inmigrantes– están más preocupados por las necesidades de supervivencia y seguridad que por las de autorrealización. Esperan un terapeuta directivo que funcione como experto y como una autoridad.
- d) Según Leong (1992) los asiáticos esperan un proceso terapéutico directivo, paternalista y autoritario. No les encaja un tipo de relaciones igualitarias entre terapeuta y participantes.
- e) Un 52% de los clientes de culturas minoritarias, según una investigación, abandonaron la terapia no directiva después de la primera sesión.
- f) Se prefiere que al principio el terapeuta ofrezca explicaciones sobre las metas y procedimientos del trabajo grupal.
- g) Hay culturas en las que resulta muy difícil el tipo de comunicación directa que se fomenta en las terapias humanistas. El llegar a practicarla necesitará más tiempo.

9.5. *Aplicación de la terapia gestáltica*

Cuando en un grupo hay mezcla de raíces culturales se presta más atención a las expresiones no verbales, lo cual tiene mucho en cuenta la terapia Gestalt.

Los ejercicios gestálticos pueden adaptarse a la forma única en que un individuo percibe e interpreta su cultura.

El poder que tienen las técnicas gestálticas para movilizar las emociones deben utilizarse con muchas precauciones cuando se aplican a clientes de culturas en las que las emociones acostumbran a inhibirse, o aquéllas en las que su expresión se interpreta como señal de debilidad.

“Cuando se confía en el terapeuta, sus invitaciones y sugerencias serán mejor aceptadas por los clientes” (Corey, 1981/1995, p. 385).

9.6. *Aplicación del Análisis Transaccional*

Los contratos les protegen de la imposición de los valores culturales del terapeuta.

El A.T. permite comprender la influencia de lo que aprendieron a partir de los mensajes parentales respecto a sus actitudes actuales hacia los otros. Mensajes que pueden haber recibido de su cultura familiar son entre otros: “No muestres tu debilidad”, “No llores o no muestres tus lágrimas en público”, “Respeto siempre a los mayores”, “Piensa en lo mejor para tu familia (o tu comunidad) y no en tus propios intereses”, “No hables de tu familia o de los problemas familiares con desconocidos”.

El terapeuta debe compaginar:

- a) El respeto a los mandatos culturales de los clientes.
- b) Crear un clima que facilite que los miembros del grupo puedan cuestionarse el grado en que han aceptado esos mensajes.

10. *Partiendo de la experiencia personal* de la atención de inmigrantes en Cataluña, será aconsejable que el psicoterapeuta catalán sepa que para la sensibilidad de muchos latinoamericanos y asiáticos con frecuencia los autóctonos les resultamos personas “maleducadas”, con poca cortesía, excesivo descuido de las formas por el prurito de la naturalidad, poco delicados. Es diferente en mayoría de países europeos donde las formas de la cortesía que aquí han ido suprimiéndose allí han perdurado. Por ejemplo, en Inglaterra o en Francia, si se pide una cerveza en un bar, se pide siempre por favor, y así en mayoría de países europeos. Y se dan siempre las gracias al camarero que nos la trae. En Francia todavía es frecuente dirigirse a una camarera llamándola *madame* o *mademoiselle* (señora o señorita). En Londres, si vamos a utilizar un taxi antes de entrar le preguntamos por la ventanilla al conductor, con un “por favor” por delante, si podría llevarnos a tal lugar, y si el conductor responde que no le va bien el ciudadano inglés lo acepta flemáticamente y se despide con un “*Sorry*”, es decir, “perdone por la molestia” y dando las gracias por haber sido escuchado.

Hay países asiáticos en los que las formas de cortesía son todavía mucho más acentuadas. Con una costumbres muy diferentes a las europeas, en muchos países latinoamericanos y asiáticos tienen sus peculiares formas de comunicación, en comparación con las cuales nosotros les resultaremos bruscos y maleducados. Va

bien saberlo. Algunas de las manifestaciones chocantes para mayoría de ellos podrán ser también el tuteo casi obligado desde el primer momento, la entonación poco suave y delicada, la gradual desaparición de la cortesía de ceder el paso o el asiento, la escasez de peticiones precedidas de “Por favor”, etc., etc. Los ejemplos citados en los últimos párrafos afectan en mucho menor grado a los magrebíes que en muchos de estos puntos se parecen más a nosotros.

C. Propuesta de grupos de inmigrantes con finalidad preventiva, con utilización de técnicas con imágenes y fantasía

El objetivo de este apartado se puede resumir en dos puntos:

- 1°. Mostrar la utilidad psicoterapéutica –y sobre todo preventiva– que pueden tener los que denominamos *grupos de comunicación y crecimiento personal* con determinadas características –aunque sólo se trate de seis a ocho encuentros– integrados por no más de quince participantes, de los que tres o cuatro sean autóctonos, y once o doce sean extranjeros inmigrados con una misma raíz cultural.
- 2°. Mostrar la ayuda psicológica que les puede proporcionar, en algunos de los encuentros grupales, la aplicación de ejercicios con actividad imaginaria, es decir, técnicas con imágenes y fantasía procedentes de diversos modelos psicoterapéuticos experienciales-humanistas.

1. Encuentros de comunicación y crecimiento personal.

Los encuentros para la comunicación y el crecimiento personal, que hemos planificado desde la Asociación Oasis de ayuda psicológica al inmigrante de Barcelona, los ofrecemos a cualquier entidad de ayuda al inmigrante –pública o privada– que confíe en la utilidad de esta ayuda psicológica como actividad preventiva ante los peligros de trastornos en que se encuentra un porcentaje importante de extranjeros inmigrados, ante el elevado estrés psicosocial que acompaña a su experiencia.

Las finalidades de estos encuentros grupales se pueden resumir en tres:

- a. Facilitar que los inmigrantes puedan comunicarse en grupo sobre sus experiencias, vivencias emocionales, frustraciones y logros.
- b. Ofrecerles informaciones que les permitan aclarar malos entendidos entre ellos y los ciudadanos autóctonos, dadas las diferencias de costumbres, formas verbales y no verbales de expresarse, jerarquía de valores, etc. Es decir, facilitarles una integración social y cultural más satisfactoria.
- c. Practicar ejercicios –procedentes de modelos psicoterapéuticos de orientación experiencial-humanista– para el crecimiento personal, que les permitan fortalecer algunos potenciales psicológicos que necesitarán especialmente, dada la situación estresante en que se encuentran.

2. Planificación del contenido de los encuentros

Para un proyecto de seis a ocho encuentros de comunicación y crecimiento personal (que es la que ofrecemos en régimen de voluntariado en nuestra Asociación, no así la de psicoterapia individual o grupal, en condiciones económicas especiales) vemos en la actualidad apropiada la siguiente distribución de contenidos:

2.1 Los dos primeros encuentros –es decir, las cuatro primeras horas– se comienza proponiéndoles que de forma circular comuniquen con total libertad qué cosas les han chocado más de las costumbres y creencias de los autóctonos y cuáles les han resultado desagradables o evalúan como defectos. A continuación se les invita a comunicar qué aspectos, en cambio, les han resultado más positivos. En ambos casos se les pregunta en cuántas personas han percibido tales conductas que perciben como extrañas, negativas o positivas. Con ello se les ayuda a tomar conciencia –tanto a los inmigrados como a los autóctonos– del peligro de generalizar, a veces por influencia de prejuicios o estereotipos.

Se facilita que esta comunicación pueda ir acompañada de expresiones emocionales de tristeza, miedo, rabia, alegría o afecto, según el contenido de lo comunicado, tanto por parte de los inmigrantes como de los participantes autóctonos en el grupo.

A continuación se les expone una especie de clase informativa sobre las principales diferencias psicológicas que hemos investigado, entre colectivos culturales, en comparación con los estilos psicológicos más frecuentes en Catalunya.

Diferencias que conviene conocer, para el logro de una comprensión recíproca entre inmigrados y autóctonos, y a las que ya nos hemos referido en B.6.

2.2 A partir, normalmente, del tercer encuentro, las reuniones pueden estructurarse en dos partes, cambiando de sala para la segunda, cuando es posible.

Primera parte:

La primera hora consiste en las sucesivas aportaciones de cada uno de los participantes a partir de las preguntas del cuestionario que se les entrega. Los inmigrantes van comunicando sus experiencias, vivencias emocionales, descubrimientos, reflexiones y decisiones, en relación con los puntos del cuestionario. De forma circular todos van comunicando y expresando vivencias emocionales relacionadas con su decisión de emigrar, las dificultades encontradas, sus esperanzas, las pérdidas vividas por la separación de seres queridos, lugares, paisajes, lengua, cultura, etc.

Los autóctonos participantes deben ser personas formadas en la capacidad de la escucha empática y que puedan acompañar a los otros en

sus explosiones emocionales.

Segunda parte:

En la segunda hora, que en algunos casos implica un cambio de sala, se llevan a cabo trabajos vivenciales, es decir, ejercicios de los utilizados en los grupos de psicoterapia y crecimiento personal de la corriente psicológico-humanista.

Preferentemente consisten en ejercicios con actividad imaginaria, con el objetivo de incrementar diversos potenciales psicológicos, para que el inmigrante pueda sobrellevar satisfactoriamente la etapa de estrés psicosocial en que se encuentra.

Se evitan, normalmente, ejercicios que remuevan muchos las emociones.

3. Razones para la aplicación de técnicas con imágenes

Las razones principales por las que vemos eficaz experimentar con grupos de inmigrantes –y en especial si son africanos o del Oriente Medio– ejercicios característicos de las oniroterapias (modelos terapéuticos que trabajan principalmente con actividad imaginaria), son los siguientes:

- 3.1 Durante más de veinte años hemos comprobado, el equipo de psicoterapeutas del Instituto Erich Fromm, que la utilización de estas técnicas con actividad imaginaria, combinada a veces con técnicas psicocorporales, aumenta notablemente la eficacia terapéutica respecto al las sesiones exclusivamente verbales.
- 3.2 “Las teorías sobre diferenciación de funciones de los hemisferios cerebrales –presentadas, entre otros, por Roger W. Sperry (premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1981)– implican, para nosotros, un apoyo relevante para la revalorización de los potenciales del hemisferio derecho, y con ello para la justificación de la utilización de las técnicas imaginarias en terapia, ya que al relacionarse prioritariamente con el hemisferio derecho, facilitan una conexión más potente tanto con los procesos creadores como en los procesos emocionales, los cuales constituyen experiencias potenciadoras de la eficacia terapéutica” (R. Rosal, 2002, p. 439).
- 3.3 Teniendo en cuenta que entre los colectivos de inmigrantes se da una proporción mayor que en los autóctonos (refiriéndome a los catalanes) de tipos con mayor desarrollo de los potenciales psicológicos preferentemente relacionados con el hemisferio cerebral derecho, en general la aplicación para ellos de estas prácticas resulta de especial interés.
- 3.4 En el caso de los africanos, especialmente los subsaharianos, la costumbre de un lenguaje con carga abundante de imágenes y metáforas, en contraste con la escasez de éstas en el lenguaje de los autóctonos, es una razón más para confiar en la eficacia de estas técnicas.

- 3.5 Ahora bien, dado que estos encuentros no los consideramos de psicoterapia propiamente dicha, los ejercicios que proponemos no son aquéllos que pueden dar lugar a reacciones emocionales profundas, sino los que desarrollan potenciales como: el pensamiento intuitivo, la capacidad creadora, las habilidades sociales, la toma de decisiones lúcidas y realistas, y la energía para llevarlas a cabo a pesar de los obstáculos.

4. Relación de una selección de técnicas con actividad imaginaria apropiadas para inmigrantes

Me limitaré a nombrar, señalando su referencia bibliográfica, unos diez ejercicios que hemos seleccionado con finalidad terapéutica preventiva, y con distintos objetivos prioritarios que como hipótesis proponemos:

- 4.1 Fantasía del *Proyecto*, procedente del Modelo de la Psicósíntesis, y propuesto por Ferrucci (1981). Uno de sus efectos, según nuestra experiencia, es la energetización positiva para la superación de las dificultades que impiden la ejecución de las decisiones.
- 4.2. Fantasía del *Modelo Ideal*, propuesto por Roberto Assagioli (1973), creador de la Psicósíntesis, siendo una de sus finalidades la superación de las ansiedades ante situaciones que debe afrontar el inmigrante, tales como entrevistas, etc.
- 4.3. Fantasía de la *Visita al Sabio*, al estilo del Ensueño Dirigido de R. Dessoille (1938/1961), que puede servir para despertar el potencial intuitivo para orientarse en situaciones nuevas.
- 4.4. Fantasía del *Encuentro y paseo con el Padre Nutricio ideal*, propuesta por Ana Gimeno-Bayón (A. Gimeno-Bayon y R. Rosal, 2001, p. 424), para facilitar el aumento de seguridad, confianza en la vida y autoestima.
- 4.5. Fantasía de la *Síntesis de Opuestos*, propuesta por Piero Ferrucci (1982), destinada a estimular la capacidad de integración armoniosa de los aspectos positivos de las culturas.
- 4.6. *Intercambio de roles, inmigración invertida*, en la línea del Psicodrama, para facilitar la comprensión de las ansiedades de los ciudadanos del país de acogida.
- 4.7. *Despejar un espacio*, fase primera del Focusing de Eugene Gendlin (1981) técnica cognitiva (imaginaria)-corporal, para facilitar la relajación mental y disminuir la tensión generada por la acumulación de múltiples problemas sin resolver.
- 4.8. *Abriendo puertas de soluciones*, inspirada también en Ferrucci, para sortear bloqueos y aumentar la creatividad en la solución de problemas.
- 4.9. *Enlazando el proceso personal en el colectivo*, que puede servir para vivir la propia trayectoria desde una dimensión histórica y comunitaria.
- 4.10. *Autoparentamiento*, según el procedimiento de Muriel James (1974) del

modelo del Análisis Transaccional, que permite ser un buen padre o madre de sí mismo, facilitando el aumento de autoestima y confianza en los propios potenciales.

5. Cuestionario de preguntas utilizables en la primera parte de las sesiones grupales

- 5.1. ¿Qué circunstancias o experiencias contribuyeron a que tomaras la decisión de abandonar tu país y emigrar a otro?
- 5.2. ¿A qué se debe que eligieses venir a la ciudad de Barcelona? ¿Qué ventajas te imaginabas que encontrarías viniendo a vivir a esta ciudad?
- 5.3. ¿Qué información obtuviste, antes de venir, sobre las características y costumbres de la cultura catalana y otras culturas españolas implicadas en los ciudadanos de Barcelona?
- 5.4. ¿Cuáles han sido las principales dificultades con que te has encontrado en la primera etapa de tu experiencia de emigrante, sea en Barcelona o en otra ciudad anterior?
- 5.5. ¿Estás informado sobre el porcentaje de parados que hay en España en general, y en Cataluña, entre las personas con edad de trabajar, entre las que no son inmigrantes sino autóctonos? ¿Conoces los canales para buscar trabajo?
- 5.6. ¿Puedes hablarme algo sobre tu familia? ¿Se ha quedado toda tu familia en tu país?
- 5.7. ¿Puedes hablarme algo sobre otras personas queridas que has tenido que dejar en tu país?
- 5.8. ¿Puedes decirme varias de las cosas que te gustan más de tu país y de sus gentes?
- 5.9. ¿Puedes decirme varias de las cosas que te gustan menos, que no te gustan de tu país?
- 5.10. ¿Cuáles son algunas de las características o costumbres de las personas que has conocido en Cataluña que no te gustan, que consideras defectos?
- 5.11. ¿Cuántas personas has conocido aquí con estos defectos?
- 5.12. ¿Cuáles son algunas de las características o costumbres de las personas que has conocido aquí que te gustan, que consideras que son cualidades positivas?
- 5.13. ¿Cuántas personas concretas has podido conocer con estas cualidades?
- 5.14. En general, las personas de tu país, ¿qué piensan sobre los defectos y cualidades de los españoles en general, y de los catalanes en particular?

En los últimos cincuenta años se ha producido en nuestro país un importante crecimiento de diversidad socio-cultural. Una de sus manifestaciones es el pluralismo en métodos psicoterapéuticos. Además de la vía verbal se utilizan las vías de la actividad imaginaria y la psicocorporal.

En este trabajo se exponen diez precauciones que conviene que tengan presentes los terapeutas que atiendan a ciudadanos inmigrantes. Su objetivo es que estos pacientes se sientan auténticamente comprendidos, sin la influencia de estereotipos, prejuicios o generalizaciones que no consideran la singularidad de cada persona. Asimismo, que las técnicas utilizadas se adapten a sus características psico-culturales diferenciales.

Se propone también—con finalidad preventiva—una fórmula de encuentros grupales en los que, aparte de la escucha empática de estilo rogeriano se apliquen técnicas con imágenes y fantasía.

Palabras clave: *Pluralismo cultural, pluralismo psicoterapéutico, psicoterapia de inmigrados, psicología cultura diferencial, técnicas con actividad imaginaria*

Referencias bibliográficas

- ACHOTEGUI, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- AHSEN, A. (1965). *Eidetic psychotherapy: A short introduction*. Lahore: Nai Matboat.
- ASSAGIOLI, R. (1973). *Principi e metodi della Psicossintesi terapeutica*. Roma: Astrolabio (Traducción del original en inglés *Psychosynthesis. A manual of principles and techniques*. New York: Hobbs, Dormann & Company, 1965).
- BALZARINI, G. y SALARDI, C. (1987). *L'analisi immaginativa*. Roma: Astrolabio.
- BERNE, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- 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, California: Wadsworth, 1981).
- CORSINI, R.J. (Ed.) (1981). *Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York: John Wiley & Sons.
- CORSINI, R.J. y WEDDING, D. (Eds.) (1989). *Current Psychotherapies* (40ª Ed.). Itasca, ILL: F.E. Peacock.
- DESOILLE, R. (1938) *Exploration de l'affectivité subinconsciente par la méthode du Rêve-Eveillé. Sublimation et acquisitions psychologiques*. Paris: J.L. d'Artrey.
- DESOILLE, R. (1961). *Theorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Geneve: Montblanc.
- DEURZEN-SMITH, E. van. (1990). *Existential therapy*. London: Society for Existential Analysis Publications.
- FERRUCCI, P. (1982). *Creocere. Teoria e pratica della Psicossintesi*. Roma: Astrolabio.
- GASTON, E.T. (Ed.) (1958). *Music in therapy*. The Mac Millan Company, s/f).
- GENDLIN, E. (1969). *Focusing. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 4-15.
- GENDLIN, E.T. (1981/1988). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Mensajero.
- GIMENO-BAYÓN, A. (2003). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- GIMENO-BAYÓN, A. y ROSAL, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista*. Volumen I. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GIMENO-BAYÓN, A. y ROSAL, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista*. Volumen II. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- GRINDER, J. y BANDLER, R. (1980). *Frogs into princess*. Moab, UT: Real People Press.
- IBRAHIM, F.A. (1985). Effective cross-cultural counselling and psychotherapy: A framework. *The Counseling Psychologist*, 13 (4), 625-638.
- IBRAHIM, F.A. (1991). Contribution of cultural worldview to generic counselling and development. *Journal of Counseling and Development*, 70 (1), 13-19.

- IRWIN, E. (1979). Drama therapy with the handicapped. En A. Shaw y C. Stevens (Eds.), *Drama, theatre, and the handicapped*. Washington, D.C.: American Theatre Association.
- JAMES, M. (1974). Self Reparenting: Theorie and Process. *Transactional Analysis Journal*, IV, 3, 32-39.
- LAZARUS, A.A. (1973). Multimodal behaviortherapy. Treating the BASIC I.D. *Journal of Nervous and mental Disease*, 156, 404-411.
- LEONG, F.T.L. (1992). Guidelines for minimizing premature termination among Asian American clients. *Journal for Specialists in Group Work*, 17 (4), 218-228.
- LEUNER, H. (1955). Experimentelles katathymes bilderleben als ein Klinisches verfahren der psychotherapie: Grundlegungen und methode. *Zeitschrift fuer Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 5, 185-203.
- LEUNER, H. (1955). Experimentelles katathymes bilderleben als ein Klinisches verfahren der psychotherapie: Grundlegungen und methode. *Zeitschrift fuer Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 5, 185-203.
- LIÉNARD, G. (1993). Classification des somatothérapies. En R. Meyer y G. Liénard, *Les somatothérapies* (pp. 23-51). Paris: SIMEP.
- MEYER, R. (1988). Editorial. *La lettre de la Somatothérapie* 15, 1-2.
- MILLON, T. y EVERLY, G.S. Jr. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca (Traducción del original en inglés *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: John Wiley, 1985).
- MORENO, J.L. (1946-1969). *Psychodrama*. (Vols. 1-3) Beacon, New York: Beacon House.
- MORRISON, J.K. (1979). Emotive-reconstructive psychotherapy: Changing constructs by means of mental imagery. En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer (Eds.), *The potential of fantasy and imagination* (pp. 133-148). New York: Brandon House.
- PERLS, F., HEFFERLINE, R.E. y GOODMAN, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- PROGROFF, I. (1975). *At a Journal Workshop*. New York: Dialogue House.
- REYHER, J. (1977). Spontaneous visual imagery: Implications for psychoanalysis, psychopathology and psychotherapy. *Journal of Mental Imagery*, 2, 253-274.
- ROSAL, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- RUBIN, J.A. (1985a). Art and imagery in adult psychoanalysis. En J.E. Shorr, G. Sobel, P. Robin y J.A. Connella (Eds.), *Imagery: Vol. 3. Theoretical and clinical applications* (pp. 409-432). New York: Plenum.
- RUBIN, J.A. (1985b). Imagery in art therapy: The source, the setting and the significance. *Journal of Mental Imagery*, 9 (4), 71-82.
- SCHATTNER, G. y COURTNEY, R. (Eds.) (1981). *Drama in therapy (Vols. 1 y 2)*. New York: Drama Book Specialists.
- SHORR, J.E. (1972). *Psycho-Imagination Therapy: The integration of phenomenology and imagination*. New York: Intercontinental Medical Book.
- SUMMER, L. (1985). Imagery and music. *Journal of Mental Imagery*, 4, 83-90.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1, 1, 5-25.
- VON BERTALANFFY, L. (1976). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en inglés *General system theory. Foundations, development, applications*. New York: George Braziller, 1968).

TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE: UN ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO

A. Gailly

Center for Mental Health -Brussels, Vaartstraat 65, B-1000 Brussel, Belgium

This paper offers a model for culturally sensitive therapy for responding to cultural diversity in (mental) health care¹. Culturally sensitive therapy cannot be based on pure comparative ethnographic data and on the development of technical skills. This would lead to too many ethnic based theories and the salience of multiculturalism would become trivialized. The idea of a culturally sensitive therapy thus affects the potential for a 'crisis of relativism'. In our approach culture is no longer considered as a static, reified concept but as a process, a contextual creation, and the social construction of meaning. This implies an intersubjective perspective in which the clinician's and the patient's behaviour, thoughts, and feelings become a field of interaction that operates on multiple levels, within which the patient and clinician work to construct (cultural) meaning. In this perspective the cultural elements in the processes of transference and countertransference are very important. It also should be clear that mental health, in models for diagnosis and treatment, should no longer only look for the physical, social, and psychological dimensions but also for the cultural.

Key words: mental health, culturally sensitive therapy, culture elements in countertransference, ethnic/culturally divers patients, enlightenment, endogenous knowledge, bifocality.

INTRODUCCIÓN: TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE

En estos días las naciones y sociedades son pluriétnicas y pluriculturales, y también los clínicos se encuentran cada vez más con pacientes étnicamente/culturalmente diversos, los cuales traen a la terapia su etnicidad y/o cultura, y su conocimiento y prácticas para entender y tratar enfermedades. Al hacer esto, no sólo desafían los conceptos tradicionales de la biomedicina occidental (psiquiatría, psicoterapia incluida) y la identidad profesional de los clínicos, sino que también concientiza a los occidentales de su propio origen cultural, obligándolos a ponerlo en perspectiva.

En esta contribución discutimos las posibilidades de una terapia culturalmente sensible para poder desarrollar una terapia adecuada a pacientes étnicamente/culturalmente diversos³. Nuestro punto de partida es que un paciente étnicamente/

culturalmente diverso formula su demanda de cura desde su propio origen (sub)cultural. El clínico reacciona a su demanda con su sistema profesional de cuidado. Esto refleja el credo occidental del clínico que es una copia de la manera occidental de ver el mundo. En este sentido, los clínicos también participan en subculturas etnoculturales y profesionales específicas. Ya que la salud, el sanar y el ser curado son relacionales, las normas, los valores, la cultura y la manera de ver la vida del clínico y del paciente son una y otra vez reinventadas, creadas, fusionadas y reproducidas en sus interacciones. Enfatizamos que en la administración de cuidados de salud mental el impacto de la cultura es de lo más importante, y es crucial para la práctica de la salud mental en una sociedad plural el entender cómo las diferentes perspectivas culturales del clínico y del paciente interactúan. Así las preguntas fundamentales son: ¿Hay posibilidad de permitir un análisis cultural, y están los clínicos occidentales preparados para aceptar diferencias culturales (para dotar de significado cultural la demanda y proceso terapéutico del paciente) en su práctica diaria?

En el estado actual de antropología, la etnografía es un estudio empírico de un grupo bien definido y limitado, cuyos miembros tienen su propia cultura o estilo de vida, para poder reconstruir el sistema socio-cultural de este grupo en particular. Así cultura es una estructura simbólica (inconsciente), empíricamente deducida y teóricamente construida, intersubjetiva, colectiva (en el sentido que la cultura dota de significado a un grupo específico, en un contexto social), por la cual un grupo crea un significado como grupo comparándolo con el cuerpo, el material alrededor, y el espacio social, trascendente, metafísico y religioso. Este sistema de símbolos también es legado y transformado de generación en generación, y tiene una dimensión tanto cognitiva como evaluativa. Así, las todas las actividades culturales en su diversidad de formas implican procesos que producen significados que permiten al grupo sobrevivir como grupo⁴.

Un estudio de la literatura existente sugiere que el modelo mayoritario para mejorar una terapia sensible culturalmente incluye tres competencias básicas: (1) conocimiento etnográfico de clientes culturalmente y racialmente diversos, tomando en consideración el estatus aculturativo y las preferencias de estilo de vida del cliente, (2) desarrollo de habilidades multiculturales, y (3) conciencia de las suposiciones, actitudes, valores y creencias sobre la raza y cultura de uno mismo y de los demás. Estas competencias parecen reducir la ansiedad, inseguridad, incertidumbre y duda que los pacientes étnicamente/culturamente diversos provocan al amenazar al clínico en su identidad profesional.

Sin embargo, un análisis histórico-cultural muestra que estas competencias son resultado del modo en que se interpreta la crisis de la competencia terapéutica multicultural. Son el producto de un contexto político, socio-cultural específicos y del modo en que la cultura se ha definido históricamente (lo que implica dotar de significado a la realidad, y así a la enfermedad mental, a diferentes niveles de

significado). Estas competencias están también basadas en la metáfora del conocimiento occidental y son consistentes con la creencia de que el conocimiento aporta control y trabajo efectivo. Esta contribución se focaliza en la definición de cultura que subyace a estas competencias y en el hecho de que enfatizando una de estas competencias (incluyendo su definición subyacente de cultura) resultan en un tipo concreto de terapia culturalmente sensible.

CONOCIMIENTO ETNOGRÁFICO (CULTURAL) DE PACIENTES ÉTNICAMENTE/CULTURALMENTE DIVERSOS

Siempre que un clínico está preparado para aceptar y reconocer la diversidad cultural, uno se encuentra con la inseguridad y el concepto vago de cultura. La terapia culturalmente sensible, según algunos, necesita de información etnográfica sobre la cultura del paciente y, por lo que respecta a los pacientes etnoculturalmente diversos, de información sobre el país de origen, incluyendo aspectos de aculturación, y de conocimiento médico-antropológico del sistema etnomédico y etnopsiquiátrico dentro de toda la matriz social. Todo esto se considera necesario para poder prevenir la ruptura de la relación terapéutica en su dimensión cultural. Entonces empieza la búsqueda de normas, valores y rasgos básicos que sean definibles y reconocibles y que puedan ser convertidos en operacionales para poder reducir las diferencias culturales. Además, utilizando estas dimensiones básicas, se cree que las variables psicológicas pueden ser enlazadas a la dimensión de la cultura. En este sentido, el conocimiento etnográfico se convierte entonces en el camino a la eficiencia terapéutica, mientras una falta de este conocimiento es una coartada o excusa para el fracaso terapéutico.

El “conocimiento cultural” utilizado para desarrollar una terapia culturalmente sensible es a menudo reducido al comportamiento social. El clínico busca prescripciones culturales y reglas que el paciente tiene que cumplir. Las preguntas que se suelen hacer son: “¿Cómo se celebran las bodas, qué prácticas hay respecto a los familiares difuntos (prácticas de duelo), cómo se practica la religión?, etc.”. Este tipo de información normalmente no es muy útil, cosa que dejan clara los pacientes (clínicos) diciendo: “los otros son así, pero yo soy (mi paciente es) diferente”. Esta información es también una reducción de la cultura a estructuras y comportamientos sociales. Como escribió Geertz (1973, 33-34)

“La cultura es la estructura del significado en términos por los cuales los seres humanos interpretan su experiencia y guían su acción; la estructura social es la forma que toma esa acción, la... red de relaciones sociales. Cultura y estructura social son... abstracciones diferentes del mismo fenómeno».

Diríamos que las estructuras del inconsciente colectivo cultural organizan normas y valores en sistemas según: género, matrimonio, familia y parentesco, puro e impuro, orientación individual versus la de grupo (familiar), tradición e innova-

ción, ciencia y religión, causalidad, responsabilidad, trabajo, jerarquía, autoridad, poder, honor, vergüenza, bienestar, orientación temporal (lineal, cíclica), espacio y el ser en el mundo, entre otras. Además, la información cultural es a menudo requerida por intérpretes, mediadores culturales, clínicos étnicos, e incluso pacientes (provocando éste un intercambio de rol terapéutico). Ya que la mayoría de estos informadores no hicieron investigación antropológica sobre la cultura del paciente, suelen hablar desde la perspectiva de la vida personal con lo que la experiencia personal de cultura “vívida” y del “estudio científico” de la cultura, son reducidos al otro.

Algunos clínicos derivan a pacientes étnicamente/culturalmente diversos a un clínico étnico con la idea (¿o es mecanismo de defensa contra el ser confrontados con la diversidad étnica/cultural?) de que la terapia será más eficaz cuando el clínico y el paciente no sólo tienen un lenguaje y culturas comunes sino también una historia de emigración y experiencias de discriminación comunes. Esta es una suposición prematura y a veces errónea⁵. Debido a su educación occidental, los clínicos étnicos adoptan mecanismos de pensamiento, normas y valores occidentales, y se incorporan a la cultura profesional occidental de clínicos, con lo que el clínico étnico se percibe como “occidental”. El ser equivocadamente tomado como un antropólogo (“cultura vivida” versus “cultura estudiada”) atribuye a los clínicos étnicos también un rol que a menudo no quieren y el cual demasiado a menudo los convierte en un instrumento para guiar al paciente como un “buen padre” o “buena madre”. Los conflictos aparecen entonces cuando los clínicos étnicos no se permiten ser utilizados como herramienta y esto resulta en la marginalización del clínico étnico con el paciente. Aunque la diversidad es un recurso humano esencial que también presenta muchos retos clínicos, esto puede complicar la identificación con pacientes culturalmente distintos, con lo que clínicos étnicos educados en occidente rechazan considerar la diversidad cultural, desarrollan no sólo fatiga a la compasión sino también, en casos extremos, rechazan a pacientes étnicamente/culturalmente diversos.

La demanda de un paciente por un clínico de la misma pertenencia étnica puede indicar que él o ella desean embarcarse en un auto-descubrimiento con la intención específica de evaluar, dentro de un contexto protector, su diferencia étnica. Este contexto protector, una especie de “sentimiento de nosotros” o de “ser compañeros”, está formado tanto por datos pre-verbales corporales (el hecho de hablar un “lenguaje” común lo cual se pierde a través del idioma o la traducción) como por dimensiones compartidas relacionales (compartiendo las mismas preocupaciones y experiencias de sentirse diferente, de ser inmigrante, etc.). Este mundo compartido crea una realidad subyacente aún más profunda que se expresa en un “lenguaje” común. Rechazar a un clínico étnico puede ser el resultado de un rechazo de o un deseo de tomar distancia de la propia cultura de origen. También puede querer decir que el paciente siente que el clínico étnico no tiene las mismas

capacidades que un clínico occidental. Esto puede apuntar a problemas relacionados con el ego como la asunción de que ser culturalmente distinto es, por definición, malo.

Terapia étnicamente común o no, tiene por tanto un punto de partida absolutamente distinto. Las que son parejas, desde un principio, muestran una especie de cohesión, un “sentimiento de nosotros”, en contraste con las que no lo son. En ambos casos es difícil empezar la terapia porque ninguno de estos casos ofrece un espacio de transición para integrar la cohesión y la diferenciación. La cohesión dentro del caso de misma étnia puede resultar agobiante y debe ser introducida la diferenciación. Por otro lado, en el caso en que no se dé la misma étnia, la diferenciación inicial deber ser reducida introduciendo cohesión. Lo que la cultura de uno puede significar cuando se está en contacto con otra cultura está bellamente descrito por Lévi-Strauss (1955).

El clínico étnico representa el prototipo de alguien que, siendo étnicamente/culturalmente distinto, y a pesar del racismo y la discriminación, ha alcanzado un estatus profesional considerado socialmente alto. Profesionalidad se equipara con ser occidental, con todas las ventajas relacionadas, económicas y sociales, que son normalmente negadas a los que pertenecen a una étnia o cultura distinta (pertenecer a una clase socio-económica más baja, por ejemplo). El paciente idealiza y envidia a este clínico étnico quien ha superado con éxito todos los obstáculos y opresión relacionada con el hecho de ser étnicamente/culturalmente distinto. El paciente negará esta envidia y celos, no sólo por vergüenza sino también porque los sentimientos de envidia se asocian al hecho de ser étnica y culturalmente diferente, a experiencias de discriminación, falta de oportunidades, y fracaso. Además, vergüenza y otros sentimientos relacionados (honor, culpa) están a menudo muy cargados culturalmente especialmente en culturas musulmanas. Si tales sentimientos o experiencias no surgen nunca en terapia, la auto-imagen escasa y negativa del paciente será contraproducida tanto en terapia como en la vida diaria.

Un clínico étnico es revestido de todo lo que es moderno y racional por un paciente con el mismo origen étnico. En otras palabras, él o ella categorizará al clínico con antinomios (como moderno, racional, etc) de la misma forma que un clínico occidental los utiliza para significar a los pacientes étnicamente/culturalmente diversos (tradicional, religioso, etc.). El clínico entonces es un objeto para la proyección de todo tipo de ilusiones en las cuales él o ella se asocian con el universo cultural occidental. Así el clínico se convierte en la transformación del practicante que todo lo sabe y ofrece cura inmediata, o la persona que puede ofrecer bienestar a través de, por ejemplo, un matrimonio concertado (ver: pacientes diciendo: “si no estás casado aún, te encontraré pronto una mujer (turca)). Ya que los clínicos étnicos son vistos como representantes de las tendencias mayoritarias dentro de la sociedad occidental, es importante prestar atención a las ilusiones de un paciente acerca de la sociedad occidental y qué tipo de imágenes presenta occidental.

Trabajar junto a mediadores culturales, intérpretes y otros proveedores de cuidados étnicos puede presentar retos como: ¿quién significa, qué contenido, en qué momento y quién hace terapia con quién? Los proveedores étnicos de cuidados suelen estar a menudo también cargados por las proyecciones de las expectativas de la sociedad (receptora) (concernientes a la integración de su su comunidad, por ejemplo). Su presencia puede ser también de gran ayuda: ellos no sólo consiguen reducir la ansiedad cultural del paciente sino también la ansiedad del clínico debido al reto a su identidad profesional. La presencia de proveedores étnicos de cuidados también invita a los pacientes étnica/culturalmente diversos a un discurso auténtico así que ya no sienten la necesidad de presentarse como occidentales en el espacio “blanco” del clínico. Esto facilita un acercamiento al paciente como individuo cultural y da la oportunidad para la creación de un espacio tradicional y un espacio terapéutico híbrido.

HABILIDADES MULTICULTURALES (COMUNICACIÓN INTERCULTURAL)

Esta competencia está basada en la idea de que la cultura puede ser reducida a “punto de controversia” allí donde las diferencias culturales se negocian. En nuestra definición de cultura como creación de significado (significante y siendo significada) el criterio fundamental es: Quién crea significado, para qué, en qué momento, y ¿es el significado creado válido para aquellos para quién es creado?

El proceso de creación de significado en la comunicación entre clínico y paciente étnicamente/culturalmente diverso puede estar influido por muchas razones culturales como: relaciones de poder recíprocas (como edad, sexo, género, estatus socio-económico, casta, etc.) entre el clínico y el paciente, los pacientes étnicamente/culturalmente diversos puede que sólo cuenten lo que crean que el clínico pueda entender (por ejemplo pidiendo al intérprete que no traduzca cierta información), y/o contar sólo lo que encaje en la imagen que el paciente quiere que perciba el clínico.

Un paciente étnica/culturalmente diverso iniciará a menudo la terapia desplegando todo tipo de mecanismos de defensa por lo que se refiere a su origen cultural y pertenencia étnica. Ser no-occidental puede resultar en ansiedad, culpa, agresión y hostilidad hacia uno mismo, el clínico, y el sistema de salud como representación del mundo occidental, y puede llevar a sentimientos de vergüenza y envidia así que el paciente muestra una defensa contra el hecho de ser étnica/culturalmente diferente. Estos sentimientos pueden estar enraizados en paranoias culturalmente condicionadas con respecto a ser étnica/culturalmente diferente. Estos miedos contaminan la ansiedad que acompaña la entrada en cualquier relación, y da lugar a un compromiso limitado en el proceso terapéutico y en una actitud negativa hacia el clínico.

Los pacientes étnica/culturalmente diversos, especialmente los jóvenes, a

menudo muestran una afiliación paradójica con su cultura de origen (ideología de autenticidad) y con la modernidad, con lo que se acercan al clínico de una forma caracterizada por seducción y resentimiento a la vez. Estos pacientes ven espontáneamente al clínico étnico como moderno y racional, como a alguien incapaz de entender su cultura de origen y aún menos que la sepa apreciar. Preguntas como “¿Crees que un sanador tradicional puede ayudar?” pueden ser un esfuerzo por situar al clínico en un contexto en el cual el paciente se sienta como en casa. Tal transferencia puede también reactivar traumas tempranos y promover su proceso terapéutico. La experiencia de una figura paterna no comprensiva, por ejemplo, puede ser más fácilmente proyectada en la diferencia étnica/cultural del clínico.

El clínico siempre es visto como el mediador ideal para el paciente étnica/culturalmente diverso cuando nos referimos a las aspiraciones de modernidad de éste último (por ejemplo: “tus preguntas tienen que ver con las tradiciones de nuestros padres; nosotros somos modernos”). Es como si el clínico ofreciera una imagen reflejada del éxito, progreso, e integración del paciente en un espacio culturalmente diferente. Sin embargo, la integración en un espacio cultural adverso y hostil, y la aceptación de un estilo de vida diferente, es difícil. Implica una traición de las leyes, valores y normas ancestrales, y un “matar” a la figura del “padre” para ser aceptado por un padre nuevo prometedor pero demandante, adaptándose a los valores, normas y estilo de vida de éste último. Al final, sin embargo, el nuevo padre condena y repudia y a pesar de los esfuerzos para pertenecer del paciente, éste suele sentirse traicionado (por ejemplo: aprende nuestra lengua, ten una educación buena y formal, compórtate como nosotros, y encontrarás un buen trabajo y serás aceptado por la sociedad occidental; lo que acaba no siendo verdad. (Fanon, 1952). Ser atraído y repelido por el (imagen soñada del) nuevo padre que es a la vez acogedor, atractivo y repulsivo, marginante, se traduce en que uno se sienta desamparado.

Esta actitud paradójica es también evidente hacia la violencia endógena. Culturas emigrantes se caracterizan a menudo por lo que podría llamarse la “ausencia simbólica de la figura paterna”. La autoridad paterna (también símbolo de la cultura de origen) es borrada por los jóvenes emigrantes y por la sociedad occidental (que a menudo acusa a los padres de ser incompetentes) y convierte a los padres en impotentes. La sociedad occidental es acusada de no ser un buen padre; la policía, los profesores, y otras autoridades son a menudo vistas como no severas, ni suficientemente autoritarias y son acusadas de los errores de los jóvenes. Al mismo tiempo, hay una demanda por una política de tolerancia.

Pacientes étnica/culturalmente diversos pueden reaccionar a las dudas de los clínicos por una perspectiva cultural de mantenerse “tranquilos”, siendo menos verbales y menos tendientes a abrirse, por una ansiedad de ser rechazados por diferencias culturales, y por percibir al clínico como alguien distante e incapaz de entender las diferencias culturales.

El saber es siempre “saber contextual” dependiendo de la posición social y

cultural del clínico y del paciente. Al aplicar habilidades multiculturales, los clínicos tienen la expectativa de que la comunicación será más fluida. A menudo, la idea subyacente es que estas habilidades serán útiles para imponer “la agenda del clínico”. Esto resulta en una traducción de comportamiento (cultural) y síntomas endógenos en un idioma occidental de síntomas, y una asimilación, incorporación del paciente étnica/culturalmente diverso en el discurso occidental de “salud mental”.

Además, las habilidades multiculturales, como la comunicación intercultural, presuponen que la cultura puede ser construida de un modo cognitivo, algo impulsivo, una exhortación, que necesita ser construida. Tal constructivismo no sólo acarrea asimilación e incorporación. La cultura se convierte en un espacio narcisista y *voyeur* y reduce a la sociedad a un campo de conflictos, algo autodestructivo (una sociedad depresiva). Esto apunta a la necesidad de explorar las condiciones de transgredir la diversidad étnica/cultural para desarrollar una terapia culturalmente sensible. (Gailly, 2005,b).

UN CONCEPTO ESTÁTICO, MATERIALIZADO Y ESENCIALISTA DE CULTURA

La palabra “cultura” se utiliza a menudo de una manera muy heterogénea. Cultura se ha convertido en algo como un “el todo más complejo” y las definiciones de cultura que lo incluyen todo deben ser abandonadas. Por ejemplo, Tylor (1871) define cultura como un todo complejo en el que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, ley, costumbres, y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por el hombre como miembro de la sociedad). Esto oscurece más que aclara y lleva a una vaguedad teórica. Además, tal eclecticismo es autorechazante no porque haya una sola dirección, sino porque hay tantas que hace falta elegir. Demasiado a menudo se olvida que cultura en sí misma no existe sino que es un concepto empírico construido por el antropólogo. Dependiendo de la definición y del paradigma del investigador, los datos etnográficos pueden ser interpretados en distintos niveles de significado⁶. Esto explica por qué cada antropólogo y/o participante cultural a menudo interpretan el mismo comportamiento (p. ej. por qué los musulmanes no comen cerdo) de distinto modo. Por tanto, el concepto, la definición de cultura, y el paradigma por el cual se estudia la cultura, deberían hacerse explícitos.

Como dicho anteriormente, las competencias formuladas para una terapia culturalmente sensible son el producto del modo en que se define cultura. Las dos competencias discutidas anteriormente ponen el énfasis en conocimiento y habilidades. Las escuelas históricas antropológicas que producen significados culturales en términos de conocimiento cultural y habilidades culturales son: el evolucionismo y el posterior neo-evolucionismo multilinear, el difusionismo, el funcionalismo americano (Malinowski) y el posterior neo-funcionalismo, el estructuralismo-funcionalismo británico (Radcliffe-Brown), la antropología marxista, y el materia-

lismo cultural (ver: Crapo, 2002; Eriksen & Nielsen, 2000; y Gailly, 2006,c).

Así, el comportamiento puede ser explicado a nivel del tipo de experiencia con la cual se asocia (lo hemos hecho siempre así, o así es como siempre ha sido, es nuestra religión, etc.). La cultura también puede ser concebida como un modelo utilitario (subjetivo), como un instrumento a disposición de un individuo manipulador, como el sedimento del interés en uno mismo (el materialismo cultural y la cultura como “razón práctica”) con un “*homo economicus*” universal, un agente racional que se comporta de un modo en que los objetivos máximos se obtienen. Las prácticas culturales son así explicadas a nivel práctico o funcional y el significado (cultural) depende del resultado del comportamiento, la aplicación o la racionalización práctica ya que legitiman (el funcionalismo americano y el posterior neofuncionalismo: algo se hace para obtener o evitar otra cosa). La concepción de los seres humanos como seres con capacidad de tomar decisiones independientes, quienes sobre la base de ventajas o desventajas pueden maximizar el provecho (p. ej. salud), sin embargo, parece más bien un mito. Otro nivel de significado es dado por las diferentes escuelas de difusionismo explicando que el comportamiento o los bienes materiales son, a través del contacto cultural, adoptados por un grupo culturalmente distinto. Esto puede parecer verdad ya que hoy en día la mayoría de bienes occidentales, a través de la globalización, comunicación y emigración, se encuentran en todo el mundo. El significado cultural de estos bienes, sin embargo, puede ser diferente en distintas partes del mundo. Otro nivel de significación cultural es que el comportamiento se basa en una estructura social (en base a los roles atribuidos a posiciones sociales o estatus, p. ej. el estructuralismo-funcionalismo británico). El evolucionismo da otro nivel de significado y afirma que todas las culturas evolucionan desde etapas de evolución inferiores hacia superiores, la etapa superior siendo por supuesto la cultura occidental (p. ej. evolucionismo, neo-evolucionismo y evolucionismo multilinear, también: Freud, 1913, reduciendo la cultura por este medio a una construcción de impulsos intrapsíquicos) ⁷. Una variante evolucionista es la perspectiva relativa que considera todas las culturas como iguales. Esta perspectiva parece tolerante pero implica el riesgo de perder lazos culturales (comportamiento no tolerado en la cultura de uno tiene que ser aceptado en otra cultura). Esto lleva a evitar y/o repudiar al otro cultural. Una ideología intercultural da lugar de este modo a una intolerancia por la diversidad cultural, en etnocentrismo, y en el derecho a reclamar su propia cultura (la visión de que el relativismo cultural necesariamente lleva a la intolerancia, es criticado en Gailly, 2005,b).

Tales definiciones de cultura, al igual que ambas competencias mencionadas anteriormente para desarrollar una terapia culturalmente sensible, fuerzan al clínico a materializar el concepto de cultura y la cultura es vista como estática, monolítica, estereotipante, y esencialista (Kleinman, 2005; Kirmayer, 2003). Como consecuencia, la cultura es reducida a una especie de mosaico que puede estar o no

limitado geográficamente. Dentro de tal paradigma el comportamiento individual es significado como una expresión de las reglas y normas (culturales) de un grupo dado, y el comportamiento por ello es reducido a una mera actualización de la cultura (como si la música, por ejemplo, fuera una mera ejecución mecánica de la partitura). Todo tipo de metáforas utilizadas para hablar sobre la cultura recuerdan esta materialización: cultura como objeto (p. ej. culturas que chocan, culturas en conflicto, bagaje cultural, encuentro Inter.- y multi- cultural, etc.), cultura como metáfora geográfica (p. ej. distancia cultural, vivir entre dos culturas, gente de cierta cultura, etc.), y cultura como “*totum pro parte*” (p. ej. identificar a alguien con su cultura; los clínicos siempre tienen dificultades con tal concepto de cultura: el paciente pertenece a una subcultura específica o es “diferente” a los otros participantes culturales olvidando de ese modo que el comportamiento de alguien no es sólo “cultural”, tampoco sólo “social”, o no sólo “personal” sino siempre una mezcla de todo esto). En tal perspectiva entonces la cultura se convierte en una primera ayuda para una terapia ineficaz que ofrece “herramientas”, “haz” y “no hagas”. La impotencia del clínico parece ser reducida, (la cultura de) el paciente se convierte en el problema, con lo que la reflexión del clínico acerca de sí mismo y de la praxis clínica se vuelve innecesaria.

Si la cultura y el comportamiento están enlazados de esta manera, es difícil tomar en consideración procesos de cambio cultural siguiendo la emigración. Tal materialización del concepto de cultura, además, niega todo tipo de diferencias subculturales en términos de clase social, estratificación social, y modo de vida individual. Esto, sin embargo, es importante considerando los procesos actuales de flujos mundiales hacia la globalización (económica) versus la identidad étnica, con sus flujos dialécticos hacia culturas fusionadas y auto-encerradas. Por tanto no es sorprendente que a la que las fronteras internacionales se abren, un mayor número de grupos étnicos pidan la independencia o que aparezcan comunidades auto-contenidas y lazos etnoculturales inflexibilizantes. Los emigrantes son a menudo confrontados con problemas relacionados con una redefinición étnica. El esfuerzo para construir una cierta continuidad entre el “aquí y ahora” en el país de migración y el “aquí y ahora” en el país de origen, el empeño en entretejerlas, hace que un concepto materializado de cultura sea inapropiado.

Debido a la materialización de la cultura, mucha de la literatura acerca de la terapia culturalmente sensible es directiva, ofreciendo reflexiones y sugerencias. La tradición americana, en contraste con la francesa que parece estar más orientada clínicamente, analiza y describe culturas en términos de valores y normas que pacientes étnica/culturalmente diversos traen a terapia. Dejando a un lado el criticismo que la cultura sea vista como sólo un factor dentro de un contexto eco-socio-cultural, tal acercamiento implica un reduccionismo. Esto resulta en una forma materializada de terapia étnico-categorica. Los manuales americanos ofrecen una tabla de contenidos muy dividida étnicamente. En consecuencia, los

capítulos tratan de terapias con “blancos”, “indios americanos” (“americanos nativos o indígenas”), “nativos de Alaska”, “americanos asiáticos”, “afroamericanos”, “americanos hispanos”, “americanos mexicanos”, “americanos filipinos”, “latinos”, etc. El vínculo implícito entre territorio, origen e identidad encuentra una expresión incluso mayor en la atribución de una identidad híbrida a individuos de orígenes “mezclados” como por ejemplo “americanos nativos asiáticos”. Por cada grupo entonces, se presentan sugerencias terapéuticas (de comportamiento) sobre la base de normas y valores con el fin de desarrollar una terapia culturalmente sensible más “efectiva”.

El supuesto (implícito) de que la formación podría ser fácil en términos de un modelo basado en patrones de normas y valores étnico/culturales ha resultado en una multiplicidad de modelos de terapia culturalmente sensible. Sin embargo, no hay prueba de que la formación en conocimiento etnográfico convierta a los clínicos en más eficientes. Al contrario, el riesgo inherente por materializar la cultura puede desembocar en estereotipos y generalizaciones. Otra crítica a este modelo es que la diversidad cultural es tan diversa que los clínicos no pueden “conocer” la cultura de todos sus pacientes. El conocimiento etnográfico sólo ayuda al clínico a ver su propio origen cultural en una perspectiva contextual más relativa. Todo esto nos lleva a la conclusión de que la cultura interpretada como material, estática, y esencialista, no es de mucha ayuda para responder a la diversidad cultural.

CONCIENCIA DE LA CULTURA DEL CLÍNICO Y LA DEL PACIENTE: PROCESOS DE CONTRATRANSFERENCIA

Un clínico que no puede tratar con la diversidad cultural muestra una variedad de respuestas que son contrarias al proceso terapéutico como: ansiedad, culpa, superioridad, desconfianza, fascinación, agresión, obediencia, etc. Tal clínico compensará en procesos de contratransferencia para dirigir la atención lejos del doloroso material inconsciente culturalmente relacionado. El clínico debe ser consciente de los elementos culturales en sus procesos de contratransferencia porque no es capaz de superar aquello que es aceptado por su propia consciencia cultural. La consciencia de la propia cultura permite al clínico entender cómo sus reacciones son activadas por la cultura del paciente. Esto permite al clínico observar y entender sus reacciones de rechazo o fascinación, etc. En este sentido, la cultura del paciente activa la cultura del clínico y viceversa, de un modo recíproco. Así, la cultura no se puede ver como material y estática, sino como creada y dinámica, como el continuo resultado, siempre en desarrollo, de interacciones entre el clínico y sus pacientes.

La falta de conciencia de los elementos culturales en los procesos de contratransferencia pueden también ser la razón por la cual los cuidados que son sensibles a la cultura no son evidentes ni siquiera cuando clínico y paciente son de la misma etnia. Un clínico normalmente utiliza su cultura profesional y su cultura

vivida como individuo (y no cultura estudiada), a menudo revive elementos culturales inconscientes y no asimilados y (para los clínicos étnicos) experiencias de migración. Esta recurrencia es algo para lo que los clínicos no suelen estar preparados. Otro aspecto capital es la actitud del clínico étnico hacia su propia cultura de origen, la cultura de migración, los pacientes étnicos/culturales con menos educación, y la cultura del “aquí y ahora”. Si juntamos esto a la carga de trabajo debida a los procesos de transferencia de los pacientes étnicos/culturales, el clínico étnico puede sufrir fatiga de compasión y algunos pueden incluso negarse a visitar pacientes étnicos/culturales.

Además clínicos y antropólogos tienen culturas y status profesionales distintos. Los clínicos trabajan dentro de una cultura profesional como miembros de una organización occidental (poder). Como profesionales tienen un discurso acerca de la cultura (hablan de cultura desde dentro de cierta cultura profesional), acerca de la individuación y objetivación del “otro”, y acerca de la protección de intereses y conflictos sociales (derechos sociales, realidad normativa, etc.). Tal postura implica poder y conocimiento (“*pouvoir et savoir*”) que les permite definir normalidad y anormalidad desde una perspectiva estática. Por lo que se refiere a enfermedad mental, la cultura es entonces definida psicológicamente como “*hystéresis*” (Bourdieu, 1980), como un funcionamiento inadecuado, como un conflicto paroxismal, y la patología es definida como peligrosa.

El antropólogo tiene un discurso “émico” (desde dentro de la cultura) basado en la axiología del paciente. El antropólogo se define a sí mismo como un hermeneuta en busca de “*connaissance*”⁸ en virtud de lo emocional; de ahí una complicación (Merleau-Ponty) de los individuos en una acción comunal, como un aprendizaje, un discurso, un matrimonio o terapia, el compartir el saber se convierte en “*con-naissance*”. Como observador participativo (en búsqueda de “*con-naître*”), el antropólogo no puede hablar desde una postura de poder o desde normas y/o valores establecidos (no tiene aparición normativa).

La falta de marcos antropológicos de referencia (y de las tradiciones que inspiran una identidad antropológica) en la formación y entrenamiento de la identidad profesional de los clínicos hace que el desarrollo de una atención culturalmente sensible sea muy difícil, a pesar de que haya muy buenas intenciones⁹. Gente étnica/cultural diversa no tienen voz en la estructura, la organización, y el contenido del sistema de salud occidental. Parece que casi no haya ninguna intención, formación, entrenamiento y conocimiento, para guiar los procesos hacia una sociedad multicultural.

El estudio de la cultura no es una ciencia experimental en búsqueda de leyes sino que es interpretativa en búsqueda de significado. Contrariamente al concepto materializado de cultura como pasiva, estática, objetiva y como entidad limitada que puede ser conocida y que es funcional de un modo explicativo, la cultura como creación es una entidad activa, dinámica, en desarrollo constante y abierta que

significa y ofrece significado. Las diferentes escuelas que conciben la cultura como dinámica y creada son: el estructuralismo y la antropología postestructuralista o postmodernista (Geertz, C., Marcus, M., Fisher et al., siendo influidas por Lacan, Foucault, Derrida, Deleuze, Bourdieu), la antropología interpretativa, la antropología hermenéutica (Ricoeur), (Gailly, 2006, Parte 2; Crapo, 2002).

CONTRATRASFERENCIA CON PACIENTES ÉTNICOS/CULTURALES **Negación de las diferencias étnicas/culturales**

Un tipo de contratransferencia es la negación a través de la cual el clínico no permite la diferencia étnica/cultural del paciente y actúa como si no hubiera diferencias culturales o étnicas, asumiendo, bastante equivocadamente, una equidad cultural (diciendo: “todos los seres humanos son iguales”). Esta negación refleja un daltonismo; una “orientación mono-cultural” y crea “una isla de terapia” (la realidad socio-política no impregna la terapia que sostiene ser independiente del mundo real).

El hecho de no permitir las diferencias étnicas/culturales es un modo sutil de ocultar el etnocentrismo, discriminación y racismo. Es una defensa contra la ansiedad provocada por la diferencia étnica/cultural (o porque esta ansiedad es impensable e insoportable) de tal manera que el paciente no puede traer su diferencia étnica/cultural a la terapia. De este modo, el clínico se previene de ser confrontado con las diferencias étnicas/culturales para no sentirse amenazado en su propia identidad cultural. Este tipo de clínicos presentan una actitud paternalista y proteccionista, y son más propensos a ejercer poder en la relación terapéutica. Otras reacciones antiterapéuticas son: inhibir la agresividad y la asertividad para evitar sentirse o actuar de forma autoritaria, disculparse por ser occidental negando competencias occidentales, privilegios y poder, evitando temas que puedan ser dolorosos para el paciente, y así dificultar la espontaneidad por el miedo de exponer prejuicios, y mostrando más esfuerzos para obtener información (preguntando más con preguntas abiertas y cerradas, parafraseando) en lugar de desarrollar una relación terapéutica.

Los pacientes étnica/culturalmente distintos son muy sensibles a los esfuerzos (a menudo inconscientes) del clínico por evitar temas étnicos/culturales, y a sus actitudes hacia las diferencias étnicas/culturales. Los pacientes reaccionan en consecuencia: se sienten minimizados por negación, y la actitud paternalista y protectora del clínico es vista como condescendiente, lo que irrita a los pacientes. Por otro lado, los pacientes que son sensibles a la ansiedad del clínico relacionada con la cultura, pueden reaccionar de un modo defensivo, concluir la auto-exploración e introspección evitando temas de racismo y discriminación.

En resumen, la negación de asuntos étnicos/culturales es una defensa para evitar la posibilidad de la pérdida del control emocional. Esto sin embargo es contratrapéutico, pero ya que el paciente no puede introducir su diferencia étnica/

cultural, la terapia suele desarrollarse sin problemas. Los problemas psicológicos y/o psicosociales, sin embargo, no deberían ser atribuidos a la etnicidad y/o cultura del paciente, sino al hecho de que a menudo se les carga con los problemas de la sociedad occidental.

Formación de la reacción (identificación)

El mecanismo de defensa opuesto a la negación es la sobre-identificación. El clínico ve al paciente como emocional y cognitivamente dañado por la migración y el racismo (mientras que el cliente no siempre comparte la misma opinión) y puede sentirse culpable. Un clínico conducido por la culpa desarrolla distintas reacciones como: sobre-consentir al paciente (para poder asumir los sentimientos propios de discriminación y prejuicio), no percibir adecuadamente el enfado y agresión del paciente, mostrar paternalismo (tomando el rol de “caballero de la brillante armadura”), y volverse a la defensiva. Al mismo tiempo tal clínico afirma que no es racista como la gente de la calle. Tanto el clínico como el paciente entonces pueden experimentar enfado y hostilidad por la posición menospreciada del paciente en la sociedad.

Proyección de fantasmas colectivos culturales en el otro por medio de construcciones imaginarias de “diferencia” y “superioridad”¹⁰

Los fantasmas culturales de diferencia y superioridad están basados en el desdén de las dimensiones del inconsciente colectivo cultural dentro de nosotros mismos que son reprimidas y proyectadas en el que es diferente culturalmente¹¹. La relación de paciente-clínico es entonces significada en antinomías como: moderno, tradicional, racional, religioso, etc. Cuanto más se acerca un paciente étnico/cultural a la tipología occidental de estas antinomías, más se estima como positivo el resultado de una terapia sensible a la cultura.

El contexto socio-cultural histórico de estos fantasmas culturales: la Ilustración.

La idea de que el pensamiento moderno se inicia con Descartes era la reivindicación de los escritores de la Ilustración. Descartes se embarcó en una “reforma” general o “revolución” como se le llamó a principios del s. XVIII, del conocimiento. Esto es de extrema importancia para cualquier comprensión adecuada de la modernidad occidental, y de su historia social, política y económica.

El proyecto cultural, social y filosófico de la modernidad se originó en el pensamiento crítico de la Ilustración. Los pensadores clásicos de este periodo intenso y dinámico (Rousseau, Voltaire, Diderot y Kant) estuvieron, a pesar de sus diferencias, unidos por el deseo de reemplazar la cultura medieval por una más nueva y abierta. Como filósofos de la emergente clase burguesa, se oponían a los privilegios políticos, sociales y económicos de la antigua nobleza. Abogaban (1) derechos, libertades de elección, de expresión, de criticismo político, y de prensa, y libertad en la esfera pública, (2) igualdad de la humanidad, racial y sexual: libertad

personal de estilo de vida y de conductas sexuales entre dos adultos que consintieran, salvaguardando la dignidad y libertad de los solteros y los homosexuales, (3) “universalismo” secular en éticas ancladas en igualdad y sobre todo haciendo hincapié en la equidad, la justicia, y la caridad, y la supresión de restricciones en el comercio y las actividades comerciales, (4) la adopción de la razón filosófica (matemática histórica) como el único y exclusivo criterio de lo que es verdad, (5) el republicanismo democrático como la forma más legítima de política en lugar de la nobleza opresora, y (6) el desplazamiento de la insostenible autoridad de la Iglesia en materias espirituales e intelectuales, en lugar de la tradición religiosa medieval, adoptaron una fe en extensa tolerancia y libertad de pensamiento basada en el pensamiento crítico independiente y la investigación científica y rechazaron todos los agentes supernaturales, magia, espíritus incorpóreos, y divina providencia (Israel, 2006).

La esencia de la “modernidad filosófica” era una creencia en el dominio de la vida, el tiempo y el espacio, y una continua mejora de las tecnologías sociales y materiales, para que la humanidad pudiera esperar que su condición mejorara progresivamente. La creencia en el progreso, y la fe en que el progreso es inevitable e infinito, se convirtieron en sinónimos y vinieron a representar el nuevo mundo más que cualquier otra característica del proyecto de la Ilustración. En lugar de una cultura estática y unida a la tradición, la Ilustración esperaba un progreso infinito. Todo esto lleva a la construcción de una perspectiva optimista y occidentalmente centrada de un progreso inevitable, infinito, que no podía ser negado.

La creencia incuestionable en la razón y que sólo el pensamiento racional –y no la experiencia- pueden producir entendimiento de la realidad llevó a una división entre: psique y cuerpo (éste último tiene que ser domesticado por el primero), sujeto y objeto, creencia y razón, espiritual y material, mundo interior y exterior, e individuo y grupo. Un problema se resuelve reduciendo el problema en infinitos sub problemas separados. De esta forma un objeto antomo-fisio-patológico se reduce a un número múltiple e ilimitado de sub disciplinas. Los individuos que presentan los llamados multiproblemas (o familias multiproblemáticas) son referidos a diversos especialistas u organizaciones y se espera de cada uno de ellos que resuelva una parte de los sub problemas a los que se ha reducido un problema complejo. Estos especialistas y organizaciones necesitan entonces mucho tiempo para consultar para poder reconstruir un todo de las partes que han creado. Esto también implica que el modelo biomédico ofrece un significado limitado en contraste con un pluralismo médico caracterizado por la consultación híbrida en búsqueda de significado (p. ej. pacientes que, al mismo tiempo, consultan biomedicina occidental por su competencia técnica y a los llamados sanadores “tradicionales” por el hecho de que dan significado)¹².

Las ciencias positivas eran las cabezas de puente de un proyecto de modernización global. Estas ciencias, y su deber de traer la civilización, otorgaron una

especie de legitimación y hegemonía universales (neo-colonialismo) a los valores de la Ilustración y la racionalidad occidental. Generaciones de filántropos visitaron a las llamadas “gentes primitivas” para luchar contra la irracionalidad, la magia y la brujería, la superstición, y para aportar “progreso”¹³. El progreso y el desarrollo tenían que ver con la transferencia de dinero, con la tecnología, y otros medios de cambio e implicaban la propagación del conocimiento occidental. El desarrollo significaba secularización, un incremento en los medios de supervivencia, y la llegada de la prosperidad y de la mayor calidad de vida. Todo esto fue de la mano de una negación total de otras culturas y de sistemas de conocimiento local endógenos como la etnomedicina¹⁴. Occidente, sin embargo, también exportó su propio compromiso esquizofrénico con los reformistas o la alta modernidad; condenaba la inactividad y aún así estaba atrapada en su construcción fantasiosa venida del deseo masculino de una vida de juguetona extravagancia e inocencia y ocio sexual en “las selvas y bosques tropicales, desconocidos para la civilización” (Geeraerts, 1968).

Las consecuencias de la ilustración en la racionalidad psiquiátrica se pueden resumir de la siguiente manera: el ser humano occidental moderno es un individuo hecho a sí mismo, responsable de su salud y su enfermedad, de actuar moralmente, del raciocinio, el progreso y la autoridad. Los humanos ya no son incluidos en el yo o el ego. Los seres humanos son definidos por logros cuantificables. El sentido por el orden práctico que inspira objetividad, dominio y manipulación, afectaba a los seres humanos es su dimensión trascendental y en su subjetividad interna. Otras consecuencias fueron el desarrollo de una percepción mecánica de la vida, la división entre mente y cuerpo, un concepto materialista de la mente, la interpretación de la enfermedad en términos de causas naturales y cambios biomédicos.

El modo céntrico occidental de pensar es un ethos psicologizante: una satisfacción cultural con el ser individual; la psicologización de estilos de vida, condiciones de vida, y todo tipo de eventos; una preocupación por el rol de las emociones para satisfacer el mundo social; programas terapéuticos para guiar a los pacientes a través de procesos de modernización; la significación del comportamiento a través de un modelo de “enfermedad” (con definiciones patológicas de todo tipo de alteraciones); y un énfasis cultural en un discurso “victimizante”. Tal modo de pensar centrado en lo occidental no tiene en cuenta otros discursos culturales como: una personalidad socio-céntrica (para la cual las obligaciones tienen que ver con el manejo de la ética y el honor por la familia y la comunidad); las apasionadas éticas del honor matriarcales del Mediterráneo; la conexión específicamente cultural entre enfermedad, mala suerte, no sentirse bien, y el mal; la dependencia en el buen o mal destino; las lógicas humorales respecto a estar sano o enfermo, de la cura, de una nutrición sana, del comportamiento, y de los lugares; epistemologías adivinatorias y oníricas, etc.

Las previsiones respecto a la desaparición de la medicina tradicional, sin

embargo, han resultado imprecisas. El pensamiento occidental modernista acerca del desarrollo puso demasiado énfasis en la discontinuidad socio-económica con el pasado y en un declive de la tradición y sus presuntas magias y búsquedas irracionales. Cada vez más se reconoce que el arte tradicional de sanar, al tener que ver con significado y fuerzas, constituye el corazón regenerativo de la cultura de una gente y eso es una creciente emancipación cultural¹⁵.

BIFOCALIDAD

Al designar a un paciente étnico/cultural con unos fantasmas culturales colectivos (in)conscientes a través de construcciones imaginarias de “diferencia” y “superioridad”, descontamos su subjetividad y el clínico ya ha confundido a sus ojos: no le puede devolver la mirada a aquello que el clínico piensa que ve como una ilusión., (Gailly, 2006, Part 1)¹⁶.

Lo que esto significa en realidad, lo describe muy bien Paula Gunn Allen (2003), una mujer india Laguna/Metis:

“Los problemas de salud mental no serían tan intensos si no fuéramos engullidos por la cultura blanca: su sistema de educación, medios de comunicación, política, cultura, popularidad, economía, estética, arquitectura, legalidad, cría de los niños, patrones de población, estructuras y lazos familiares, y normas religiosas, nos rodean. Se nos obliga a encontrarnos a nosotros mismos –como comunidades y como individuos- en este aluvión incesante que destruye la mente. Siendo superado por redefiniciones de nosotros mismos y nuestro sentido de la realidad, uno intenta ser funcional, estar sobrio, estar conectado con la propia identidad, la propia tradición. Muy a menudo uno se da por vencido... Uno espera contra toda esperanza que se le dé la vuelta al horror del pensamiento blanco, de que la locura blanca pueda ser curada.

La cultura blanca emplea el mecanismo de la proyección para evitar enfrentarse a sí misma. Fragmentos esparcidos de la psique anglo-europea toman vida por sí mismos, apareciéndose a los no indios como gente real, sistemas y valores que la mente colectiva occidental apoda como “indios”. Poco hay que dé más miedo que ser percibido como un fragmento en la mente de otro; la interacción con alguien que está fijado en los fragmentos que ni le pertenecen ni le nombran es devastadora porque supone una pérdida del yo al nivel más profundo de la psique. El modo de pensar blanco es casi enteramente inconsciente... existe como poderosa barrera a la comunicación auténtica... trabaja para la supervivencia y expansión de la cultura blanca, también da lugar al asesinato espiritual y psíquico de aquellos que existen fuera de su proyección. ”

El modo de representación de la “diferencia” (ya sea por exótico o demoníaco) debería ser sustituido por un modo de cruce de fronteras (entre el clínico y el

paciente cultural/étnicamente diverso, entre el “nosotros” y “el otro”). Para establecer una comunicación auténtica, en base a una reciprocidad que permita un intercambio real, no hay suficiente con que el clínico mire directamente a los ojos del paciente culturalmente diverso. Necesita que el clínico pueda mirar con los ojos del otro al otro, (conocimiento adquirido dentro del propio lugar epistemológico al trascender el yo en el otro (Geertz, 1973) y reflejarse a sí mismo con estos ojos). Esta “manera de mirar”, la bifocalidad, está en el centro de la perspectiva antropológica y aún así es una paradoja: aboga ver las realidades desde la perspectiva de los sujetos afectados, a la vez que observa de manera auto-reflexiva las actividades del yo incluso cuando se mete en él. Esta bifocalidad, sin embargo, permite al clínico descubrir al propio desconocido (cultural), para darse cuenta de sus propias estructuras culturales colectivas inconscientes y acercarse a los pacientes culturalmente distintos con una mente más abierta. Así, la reciprocidad es sólo posible cuando la interculturalidad obliga al clínico (étnico educado) occidental a un diálogo introspectivo, intracultural, y cuando el contacto con el paciente culturalmente diverso inicia un recuerdo (re-internalizando) y una interiorización de las propias fuentes y fuerzas culturales del clínico. Los estilos de vida y sistemas de conocimiento de la gente culturalmente diversa ofrecen un espejo para que podamos descubrir y explorar lo desconocido dentro de nosotros mismos. Esto lleva a una conciencia de nuestra propia identidad cultural en un contexto diario, es decir en el mosaico fragmentado de un mundo urbanizado postcolonial caracterizado por una ideología monocultural de modernidad. Al mismo tiempo el clínico ofrece en su propia persona a sus pacientes culturalmente diversos un espacio de encuentro y una fuente de fantasmas fecunda, aunque incontrolable, (por ejemplo el clínico visto como “el blanco que todo lo sabe”) que paso a paso asocia al clínico con universos que son desconocidos para él.

La bifocalidad crea un “espacio plural” basado en la reciprocidad permitiendo la mediación y el intercambio real. La creación de un encuentro real y lúcido entre distintas culturas y maneras de ver el mundo, visto como sistemas de significado y valores, implica un pensamiento multifocal y un asombro que permiten la diversidad y la alienación. Entender la “diferencia cultural” dentro de sus propios términos endógenos es la esencia del “encuentro cultural”. En este sentido la cultura no se puede ya concebir como materializada, estática y esencialista. La cultura debe verse como una construcción dinámica, ya que siempre se crea proceso, creación y significado cultural entre el clínico y sus pacientes cultural/étnicamente diversos¹⁷.

CONCLUSIÓN

Las competencias para una terapia sensible a la cultura se basan en la metáfora del saber hacer occidental y son consistentes con la creencia de que el conocimiento trae el control y el trabajo efectivo. El modernismo occidental se funda en el ‘*Aufklärung*’, el Renacimiento y la revolución industrial con normas y valores

como: el individualismo, la racionalidad, el relativismo, el crecimiento y el dominio de la vida, el tiempo y el espacio, la realidad objetiva, la libertad de elección, y la creencia en el progreso infinito. Estos valores occidentales y forma de ver el mundo no son universales. La idea del punto de vista occidentalmente centrado basado en el progreso infinito contrasta con sistemas de conocimiento locales endógenos. El progreso no tiene un objetivo, una dirección definitiva y no es un proceso lineal o un proceso de desarrollo en etapas. El progreso está ligado inextricablemente a la cultura y a la autodeterminación. La diversidad de sistemas culturales implica una diversidad de objetivos y procesos que cada cultura debe elaborar de acuerdo con sus propios valores básicos, conceptos y opciones. Las normas y valores de un punto de vista occidentalmente centrado son narrativas e ideales acerca de la civilización de la ilustración que pretende ser universal y eso, sin ninguna reflexión crítica, se transformó en un proyecto de civilización globalizante.

Si realmente queremos entender el rol de la cultura en la enfermedad mental, en la terapia y en la búsqueda de cuidado por parte de clínicos occidentales y/o cuidadores, tenemos que examinar las fuentes culturalmente específicas de las ciencias y las prácticas de conocimiento local endógeno. Las relaciones entre las ciencias occidentales y los sistemas de conocimiento local endógeno son, sin embargo, raramente examinadas y aún pobremente entendidas (Devisch, 2005, 2006). Siempre que los clínicos occidentales, en su contacto con pacientes étnica/culturalmente diversos, se oculten detrás de la superioridad utilitaria de lo que producen y ofrecen, o siempre que se escondan detrás de la inevitable e histórica necesidad de la modernidad tecnológica, médica y económica, siempre atraerán dobles clones occidentalizados. El cuidado de la salud mental en occidente impuesto desde fuera sobre los étnica/culturalmente distintos, sin ser entretejidos dentro del sistema de conocimiento local, es una forma de imperialismo neo-colonial occidental.

En resumen, para ilustrar nuestro punto de vista analizamos la “política de integración” como es a menudo impuesta sobre los recién llegados por los países que los reciben. Una política de integración significa que el que es diferente étnica/culturalmente es visto como no integrado y el país que los recibe se comporta de esta forma hacia ellos. Esto también supone que los recién llegados deben percibirse a sí mismos como no integrados y que deben repudiar esta “no integración” para poderse convertir en acólitos de la cultura occidental (matando al padre, la cultura de autenticidad es adoptada por otro padre incluso más demandante y repudiante). Ante la integración entonces los emigrantes intentan renunciar al contacto reafirmando límites. Esto frustra más y más a la sociedad receptora y se acumula en una construcción progresiva de una representación colectiva de “no querese integrar y/o no integración” que legitima el desdén por la identidad cultural del otro. Tal política de integración es un discurso moralizante, no deja espacio para la reciprocidad, y lleva a comunidades cerradas. La bifocalidad por tanto ayuda a entender las

temidas dinámicas que encierran, con límites etnoculturales que inflexibilizan, las comunidades minoritarias y las complejas estructuras culturales (in)conscientes de la sociedad mayoritaria y las minorías étnicas/culturales que llevan a un cortocircuito intercultural (Gailly, 2006,a).

Como hemos dicho antes, el paciente no puede ser acusado de las dificultades en el cuidado (sensible a la cultura). Tampoco debería ser un problema el origen étnico/cultural del paciente. Al contrario, estas dificultades revelan los defectos de los modelos de diagnóstico y tratamiento y del sistema de cuidado de la salud mental occidental en general. La bifocalidad ayuda a mirar a estos modelos y al sistema desde una perspectiva diferente. En este sentido la diversidad étnica/cultural, a todos los niveles del sistema de salud mental occidental, ofrece una oportunidad para mejorar el sistema y la entrega del cuidado en general sea cual sea el origen étnico/cultural de los pacientes.

Este trabajo ofrece un modelo a la terapia culturalmente sensible para responder a una diversidad cultural en el cuidado de la salud (mental)². La terapia culturalmente sensible no puede basarse en datos etnográficos puramente comparativos o en el desarrollo de habilidades técnicas. Esto llevaría a demasiadas teorías étnicamente basadas y la importancia del multiculturalismo sería trivializada. La idea de una terapia sensible a la cultura, por tanto, afecta al potencial para una «crisis de relativismo». En nuestro acercamiento, la cultura ya no es considerada como un concepto estático y materializado, sino como un proceso, una creación contextual y la construcción social de significado. Esto implica una perspectiva inter-subjetiva en la cual los comportamientos, pensamientos y sentimientos del clínico y del paciente se convierten en campo de interacción que opera en niveles múltiples, dentro del cual el paciente y el clínico trabajan para construir un significado (cultural). En esta perspectiva los elementos culturales en los procesos de transferencia y contra-transferencia son muy importantes. También deberíamos aclarar que la salud mental, en modelos para diagnóstico y tratamiento, no deberían sólo buscar las dimensiones físicas, sociales y psicológicas, sino también las culturales.

Palabras clave: salud mental, terapia culturalmente sensible, elementos culturales en la contra-transferencia, pacientes étnicamente/culturalmente diversos, aclaración, conocimiento endógeno, bifocalidad.

Traducción: Nerea Rubio

Notas del autor

A. Gailly (1951) estudió psicología y antropología cultural (semántica) en la Universidad de Leuven, Bélgica. Es director del Centro de Salud Mental de la Región de Bruselas Capital, Bélgica,

donde colabora en la organización de formación, intervisión y supervisión en cuidado culturalmente sensible. A. Gailly ha realizado investigación en Turquía, el norte de África, Indonesia, y entre aborígenes australianos, los Inuit (Isla Baffin, Canadá), los Bororo (Mato Grosso, Brasil), y minorías étnicas en China, en los campos de antropología médica, etnopsiquiatría, etnicidad, personalidad multicultural(ismo), la antropología de la migración, y terapia sensible a la cultura. Desde 1998 también trabaja con refugiados y trastornos por estrés postraumático (PTSD) en colaboración con la Universidad McGill de Montreal y la Universidad del Ulster en Belfast, Irlanda del Norte. Es miembro de comités consultivos para el gobierno belga, de diversas asociaciones nacionales e internacionales. Escribió contribuciones para numerosos libros publicados en periódicos nacionales e internacionales y es autor y editor de varios libros. Ha publicado en holandés, francés, inglés, español y turco.

- 1 In literature therapy between a clinician and an ethnoculturally different patient is usually called: ‘transcultural psychiatry’, ‘multicultural therapy’, ‘therapy across cultures’, etc. Nowadays, more and more ‘culturally sensitive therapy’ is used. In the latter culture refers to the whole social matrix in which action and experience are embedded and includes the ethnocultural background as well as specific subcultural differences within a specific ethnic group.
- 2 En la literatura, la terapia entre un clínico y un paciente etnoculturalmente diferente normalmente es llamada “psiquiatría transcultural”, “terapia multicultural”, “terapia a través de culturas”, etc. Hoy en día, se utiliza cada vez más “terapia culturalmente sensible”. En este último cultura se refiere a toda la matriz social en la que la acción y experiencia están incrustadas e incluye el origen etnocultural así como las diferencias subculturales específicas dentro de un grupo étnico específico.
- 3 Por pacientes “étnica/culturalmente” diversos entendemos pacientes diferentes “etnoculturalmente”, que difieren del clínico en su pertenencia étnica y su cultura. Generalmente, estos son emigrantes, refugiados, gente en busca de asilo, sin documentos, pero también trabajadores de todo tipo de organizaciones y compañías internacionales, estudiantes extranjeros, y todos los pacientes de países extranjeros. Esto también concierne a la situación de clínicos occidentales que trabajan en el extranjero. Pacientes étnica/culturalmente diversos también significa pacientes “culturalmente” diversos. Estos pacientes tienen el mismo origen étnico pero no la misma cultura que el clínico (la cultura del clínico y su cultura profesional versus la cultura laica del paciente, diferencias en el estatus socio-económico, la cultura de los sin techo, los adolescentes, la gente mayor, etc.). Por “clínico étnico” entendemos un clínico que no tenga pertenencia étnica occidental pero que tiene una educación profesional y una formación occidentales (en contraste con los “curanderos”). Estos son a menudo consultados por pacientes culturalmente diversos con la misma pertenencia étnica. Los clínicos occidentales también suelen referir a los pacientes etno/culturales a un clínico étnico. Sería interesante estudiar los procesos terapéuticos cuando los clínicos étnicos son consultados por pacientes occidentales.
- 4 Kroeber & Kluckhohn (1952) trataron 162 definiciones de cultura y concluyeron que el concepto de cultura siempre se centraba en la idea de que hay un sistema de creencias y sentimientos que unifican a un grupo humano y le dan una identidad de cara a la sociedad (las cursivas son nuestras; en nuestro acercamiento deberíamos añadir que el sistema resulta de estructuras inconscientes colectivas culturales).
- 5 Sin embargo, hasta ahora, apenas se ha investigado acerca de la efectividad de la “misma pertenencia étnica”. Una revisión de la literatura muestra que, siendo todas las otras circunstancias las mismas, los pacientes culturalmente diversos muestran una preferencia por los clínicos étnicos. Pero la etnicidad no es el único criterio. La mayoría de clientes prefieren un cuidador que comparta los mismos valores y normas, alguien que tenga una educación superior, alguien que sea mayor y que tenga una personalidad similar, más que un origen étnico común. En otras palabras, hay muchas diferencias individuales por la preferencia de las características del clínico. Más específicamente, aculturación, implicación cultural y el desarrollo de una identidad étnica, pueden mostrar una fuerte

correlación con la preferencia por un clínico étnico. También parece que para los clínicos étnicos es más fácil ganarse la confianza y que son considerados más de fiar. Ciertos estudios, sin embargo, muestran que los clínicos étnicos son más exitosos con ciertos tipos de clientes pero no con otros. Estos resultados, sin embargo, pueden estar influidos por el nivel de aculturación y de generación de emigración de los pacientes. Además, parece que la escasez de clínicos étnicos como la razón por no buscar ayuda es correlativa al grado de identificación con la propia cultura de origen (Cuéllar & Paniagua, 2000).

- 6 En la terapia culturalmente sensible belga, por ejemplo, la definición de cultura cambia más o menos cada década. Esto tiene implicaciones por la manera en que se concibe la terapia culturalmente sensible con pacientes etnoculturalmente diversos (Gailly, 2004,a & Gailly, 2005).
- 7 El evolucionismo es a menudo combinado con el difusionismo; ver por ejemplo las suposiciones (inconscientes) de muchos clínicos occidentales acerca de la primera, segunda, y tercera generación (ésta última siendo a menudo equivocadamente concebida como “más modernizada, occidentalizada”). Ver también algunas definiciones de “culturas emigrantes”, multicultural, pluricultural, identidades híbridas, etc.
- 8 La noción francesa de “con-naissance” (literalmente co-nacimiento, pero coloquialmente referida a saber e introspección experiencial) ofrece una interpretación lingüística introspectiva de la intercorporealidad sensual y el encuentro dialógico y el modo de comprensión en el que el antropólogo está involucrado.
- 9 La mejor manera de desarrollar una formación en terapia culturalmente sensible es una colaboración intensa, inter- y super-visión entre antropólogos (médicos) y clínicos en casos de estudio.
- 10 El uso del término imaginario es similar al de J. Lacan (1949), no hasta las connotaciones primarias de ficción. En el enfoque de Lacan, el registro imaginario es un modo inconsciente de sentimiento y comprensión de otros, con la forma que le da la proyección parcial de los propios afectos del sujeto del cuerpo y de las fuerzas psíquicas en la forma de imágenes inconscientes o clichés, es decir, imágenes (evocativo de los “*Sachsvorstellung*” de Freud). Las imágenes son transformadas en el orden simbólico en tanto cuanto interpenetran, en una sombría zona media, con el registro del lenguaje (ver el “*Wortvorstellung*” de Freud), el espacio y tiempo social, el intercambio social, y la intersubjetividad dialógica.
- 11 Por ejemplo: para Oriente Medio: Said (1978), Mernissi (2001); para el Sur del Pacífico: Bullard (2000), Dussart (2000), Poirier (2005), Trudgen (2000); para los Inuit: Meshner (1995), Gailly (2005a); para los indios de Brasil: Crocker (1985); para el África negra: Koninklijk Museum voor Midden-Afrika (2005), Corbin, (1989), Mudimbe (1988); Nederveen-Pieterse (1990), Devisch (1997), Conrad (1910); para la relación colonizador-colonizado: Fanon (1952); para los nativos americanos: Bucher (1977), Lemaire (1986), Moore (2003); para “los seres humanos primitivos versus los civilizados”: Lévi-Strauss (1955); concerniente al uso del mito de Edipo en psiquiatría (transcultural): Obeyesekere (1990), Gailly (2006).
- 12 Muchas de las habilidades, métodos y significados expuestos en la sanación tradicional se escapan de la comprensión biomédica de bienestar. La colaboración de un curador con un doctor médico es desde el principio unilateral; los curadores nunca pueden adquirir un estatus independiente y completo; y el marco (occidental) enajena los métodos de cura, los cuales se apoyan mucho en la cosmología y las dinámicas de grupo. La biomedicina es a menudo no sólo un juez crítico sino que también vacía de significado a la identidad del curador. Los pacientes piensan que los curadores ya no tienen control sobre el proceso terapéutico y por tanto parecen carecer de la apropiada legitimación ancestral (la desprofesionalización de los curadores y la degeneración de su práctica). Se cree que la biomedicina es capaz de proveer un relato universal y científico del cuerpo y la enfermedad humanas. Desde este punto de vista, los sistemas de cura no occidentales son vistos como sistemas de creencias y son así sutilmente descartados. Esta es una perspectiva empobrecida para la comprensión de la enfermedad y cura a través de las culturas, y aunque cada vez se reconoce

- más que los médicos y curadores entran y habitan distintos mundos de significado y experiencia (*'verstehen'* versus *'erklären'*), el problema sigue siendo por qué la medicina occidental se considera siempre superior a los sistemas “tradicionales” de curación (Good, 1994).
- 13 Esto aún sucede hoy en día de la mano de políticos, filósofos y clero, que sostienen que el Islam y el mundo musulmán necesitan una ilustración para que pueda haber un diálogo con el mundo occidental (ver por ejemplo Liagre & Daneels, ‘De Islam heeft dringend nood aan Verlichting (El Islam necesita urgentemente una Ilustración), De Morgen (periódico diario holandés), 12-05-2005.
- 14 Por prácticas de conocimiento locales, endógenas, específicas de cultura y de lugar, entendemos el don único de cualquier red profesional, congregación o comunidad y la creatividad posiblemente hibridizante que compone y caracteriza lo que sus miembros desarrollan significativamente dentro y por el contexto singular y relevante como conocimiento, epistemología, metafísica y manera de ver el mundo. En este sentido, todo conocimiento, también el conseguido a través de las ciencias occidentales, es primero de todo conocimiento local (Kulchyski, at al. , 1999; Okere et al. , 2005).
- 15 Ver: por ejemplo WHO (1978 y posterior): Ya que la medicina tradicional ha mostrado tener una utilidad intrínseca, debería ser promovida y su potencial desarrollado para el mayor uso y beneficio de la humanidad. Necesita ser evaluada, dotada de reconocimiento y desarrollada para mejorar su eficacia, seguridad, disponibilidad y mayor aplicación a un bajo coste, ya que es el propio sistema de salud de la gente y es bien aceptado por ellos. Tiene ciertas ventajas frente a los sistemas de medicina importados en cualquier lugar, ya que como parte integral de la cultura de la gente, es efectiva resolviendo problemas de salud culturales. Puede, y lo hace, contribuir a la medicina científica y universal. Su reconocimiento, promoción y desarrollo asegurarían el debido respeto por la cultura y herencias de la gente.
- 16 ‘*L' ignorance*’, una novela de M. Kundera (2002), da un buen ejemplo de un clínico que proyecta todo tipo de fantasmas culturales del inconsciente colectivo (profesional) en un refugiado político hasta que el paciente le dice: “mírame a los ojos y ve quién realmente soy”.
- 17 En este sentido los derechos humanos nos recuerdan (re-internalizamos) un “llegar a casa” de la cultura occidental. Como producto de la ansiedad causada por el sentimiento de pérdida, los derechos humanos occidentales crean una necesidad de ordenar, de crear normas, etc. A través de una figura de “buen padre” basada en la ilustración occidental y la creencia en un progreso humano infinito (Gailly, 2005,b). Maysam Al-Faruqi (Universidad de Georgetown) sostiene que los derechos humanos son formulados de una forma demasiado individualista, mientras que el Islam está más basado en las relaciones interindividuales (En: ‘Western feminists can learn from Muslim women’, *Periodical 'Knack'*, May 16, 2007).

Nota:

Publicado originalmente en: Gailly, 2007. Cuidado culturalmente sensible: ‘Revue de Psychothérapie’. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

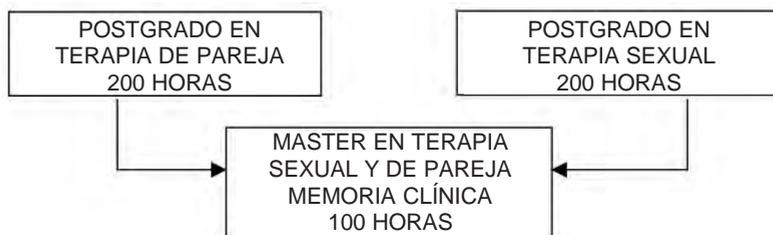
- ALLEN, PAULA GUNN (2003). ‘Indians.’ Solipisms, and archetypal holocausts. In: Moore, MariJo. (ed.). *Genocide of the mind. New native American writing*. New York: Thunder’s Mouth Press/Nation Books.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- BUCHER, B. (1977). *La femme aux seins pendants*. Paris: Hermann.
- BULLARD, ALICE (2000). *Exil to paradise. Savagery and civilization in Paris and the South Pacific 1790-1900*. Stanford: Stanford University Press.
- CONRAD, J. (1910). *Heart of Darkness*. New York: Harper and Brothers.
- CORBIN, R. (1989). *Wildheid en beschaving: de Europese verbeelding in Afrika*. Baarn: Ambo.
- CRAPO, R. H. (2002). *Cultural anthropology. Understanding ourselves and others*. Boston: McGraw Hill.

- CROCKER, J. (1985). *Vital Souls. Bororo cosmology, natural symbolism, and shamanism*. Tucson: The University of Arizona Press.
- CUÉLLAR, I. & F. A. PANIAGUA (eds) (2000). *Handbook of multicultural mental health*. San Diego: Academic Press.
- DEVISCH, R. (1997). Culturele ontwikkeling en economische mondialisering. *Monografieën over interculturaliteit 1*. Mechelen: CIMIC.
- DEVISCH, R. (2005). Sciences and knowledge practices: their culture-specific wellsprings. In: Diederik, Aerts, B. D'Hooge & N. Note (eds). *Worldviews, science and us*. New Jersey: World Scientific Publishing Co.
- DEVISCH, R. (2006). The University of Kinshasa: from Lovanium to Unikin. In: Afolayan, M. (ed). *Higher education in Postcolonial Africa: paradigms of development, decline and dilemmas*. Trenton: Africa World Press/The Red Sea Press.
- DUSSART, F. (2000). *The politics of ritual in an aboriginal settlement: kinship, knowledge, and the currency of knowledge*. Washington, D. C.: Smithsonian Institution Press.
- ERIKSEN, T. H. & NIELSEN, F. S. (2001). *A history of anthropology*. London: Pluto Press.
- FANON, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris: Editions du Seuil.
- FREUD, S. (1913). *Totem und Tabu*. Gesammelte Werke IX, 1-205.
- GAILLY, A. (2004). *Cultuurgevoelige hulpverlening: 'het vreemde ont-moeten'*. Brussel: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg-Brussel, Intern rapport.
- GAILLY, A. (2004,a). Culturally sensitive care in an historical perspective. Paper presented at the International IACCP Congress, Xiang, China.
- GAILLY, A. (2005). Een zoektocht naar cultuur. In: Michèle Hernaert & Colette Verslyppe (red.). *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen: praktijkhandboek*. Gent: Federatie van Diensten voor Geestelijke gezondheidszorg.
- GAILLY, A. (2005a). 'Geef ons dokters met grijze haren': 'Isumannaanirmut' (geestelijke gezondheid?) bij de Inuit van Nunavik, Noord-Québec, Canada. *Implicaties voor een cultuurgevoelige zorg in het Westen*. Brussel: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg-Brussel, Intern rapport.
- GAILLY, A. (2005b). Verlichting, een vaderfiguur en thuiskomen. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 2, 2, 38-42.
- GAILLY, A. (2006). *Oedipous en Ibrahiem*. Manuscript ter perse.
- GAILLY, A. (2006,a). Refugees and Forced Migration. *Paper presented at the 'Advanced Study Institute'*. McGill University, Montréal, Québec, June 1-2.
- GAILLY, A. (2006,b). Culturally sensitive care. Paper presented at the '28th Nordic Congress of Psychiatry', Tampere – Tammersfors, Finland, 16-19. 8.
- GAILLY, A. (2006,c). Culturally sensitive care. Part 1: the projection of unconscious cultural phantasms on the other by means of imaginary constructions of 'alterity' and 'otherness'. Part 2: the concept of culture. *Papers presented at the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 'Creating Futures'*, Cairns, Australia September 4-7.
- GEERAERTS, J. (1968). *Gangreen 1. Black Venus*. Brussel/Den Haag: Manteau.
- GEERTZ, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- GOOD, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ISRAEL, J. I. (2006). *Enlightenment contested. Philosophy, modernity, and the emancipation of man 1670-1752*. Oxford: Oxford University Press.
- KIRMAYER, L. , C. ROUSSEAU, JARVIS, G. E. & J. GUZDER. (2003). The cultural context of clinical assessment. In: Tasman, A. , Kaye, J. & J. Lieberman. (eds). *Psychiatry*. London: Wiley.
- KLEINMAN, A. (2005). *Culture and psychiatric diagnosis and treatment. What are the necessary skills*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- KONINKLIJK MUSEUM VOOR MIDDEN AFRIKA. (2005). *Het geheugen van Congo de koloniale tijd*. Gent: Uitgeverij Snoeck.
- KROEBER, A. L. & KLUCKHOHN, L. (1952). *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Peabody Museum Papers 47, 1. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- KULCHYSKI, P, MCCASKILL, D. & D. NEWHOUSE (1999). *In the words of elders. Aboriginal cultures in transition*. Toronto: University of Toronto Press.
- KUNDERA, M. (2002). *De omwetendheid*. (Dutch translation from L'ignorance). Amsterdam: Ambo.
- LACAN, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. *Revue française de psychanalyse*, 13, 449-453.

- LEMAIRE, T. (1986). *De indiaan in ons bewustzijn*. Baarn: Ambo.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1955). *Tristes Tropiques*. Paris: Plon.
- MERNISSI, F. (2001). *De Europese Harem*. Zutphen: De Geus.
- MESHER, DOROTHEY (1995). *Kuuujuaq: memories and musings*. Duncan: Unica Publishing Company Ltd.
- MOHATT, G. & J. EAGLE ELK (2000). *The price of a gift: a Lakota healer's story*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- MOORE, MARIJO. (ed.) (2003). *Genocide of the mind. New native American writing*. New York: Thunder's Mouth Press/Nation Books.
- MUDIMBE, V. (1988). *The invention of Africa: gnosis, philosophy, and the order of knowledge*. Bloomington: Indiana University Press.
- NEDERVEEN PIETERSE, J. (1990). Wit over zwart: beelden van Afrika en zwarten in de westerse populaire cultuur. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- OBEYESEKERE, G. (1990). *The work of culture. Symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- OKERE, T. , A. NJOKU CHUKWUDI & R. DEVISCH (2005). All knowledge is first of all local knowledge. *Africa development/Afrique et development, Special issue, Vol XXX, 3*.
- SAID, E. (1978). *Orientalism*. New York: Vintage.
- TRUDGEN, R. (2000). *Djambatj Mala. Why warriors lie down and die. Towards an understanding of why the Aboriginal people of Arnhem Land face the greatest crisis in health and education since European contact*. Darwin: Aboriginal Resource and Development Services Inc.
- TYLOR, E. B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. London: John Murray Ltd.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
BIENNIO 2005-2007
4ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos: Laura Contino

Lcontino@ub.edu

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

GRUPOS DE MADRES EXTRANJERAS EN LA MIGRACIÓN

Lia Chinosi
Psicóloga y psicoterapeuta
Venecia - Italia

La migración es un cambio, cuya magnitud pone en evidencia, y también en peligro, la identidad. La pérdida de objetos es elevada, incluyendo los más significativos y válidos: personas, hogares, lugares, idiomas, culturas y costumbres, clima, a veces profesión y entorno social, etc., elementos todos vinculados con recuerdos y afectos; juntamente con estos objetos están expuestos al riesgo de una pérdida también partes del sí mismo y de las relaciones con los propios objetos.

(L. y R. Grinberg, 1992, p. 172/73)

In this article different problems related to migration as personal and social identity are considered. From an ethnopsychiatric perspective different homogeneous groups collaborate to facilitate the integration and changes in the new society saving values of original culture.

Key words: Migration, culture, groups, identity, change, ethnopsychiatry

Introducción

La decisión de conocer mejor los espacios de cotidianidad de las familias extranjeras y las modalidades relativas de crecimiento de sus hijos se remonta al trabajo de supervisión de casos de un equipo de protección de menores en la capital de una de las provincias del Veneto. A partir ya de 1997/8, la organización multicultural de la sociedad italiana se estaba convirtiendo en una realidad muy

presente en el mítico Noreste. Por primera vez resultaba evidente, en mi opinión y en la de los operadores sociales, la falta (o el desconocimiento) de modelos de referencia válidos para observar, comprender y evaluar las representaciones culturales que determinan la formación de los diferentes sistemas y vínculos familiares.

“En el concepto de familia reside aquella “semilla de la identidad” siempre tan difícil de identificar: el grupo familiar es el lugar simbólico y concreto en el cual toman forma las creencias sobre el significado de la vida y de la muerte, en el cual se comparten todos los momentos críticos de la experiencia individual – el nacimiento, la enfermedad, la vejez – que necesitan de una interpretación y de un sustento por parte de toda la colectividad y a los cuales el individuo no consigue enfrentarse solo.” (N. Diaiso, 2000, p. 123)

El impacto de la realidad diaria en los inmigrantes fue propuesto y reconocido como un área de mayor vulnerabilidad inicial psicológica y social por la Consejería de Sanidad de la Región del Veneto, en relación con las motivaciones tan “familiares” de la elección de la emigración femenina: en el Veneto encontramos por un lado a mujeres, sobre todo provenientes del Este de Europa, que dejan en su País de origen a sus hijos y a sus maridos, pero también encontramos casos de reagrupamientos familiares, con situaciones de núcleos que incluyen a hijos nacidos en Países extranjeros, y que se han visto obligados a emigrar con sus madres, e hijos nacidos en Italia. La capacidad de acoger, conocer, reconocer y dar valor a tradiciones diferentes de las nuestras se ha concretado en una investigación que he llevado a cabo con la aprobación y la financiación de la Región del Veneto, cuyos resultados han sido publicados en el libro “Miradas de madre”, publicado por Franco Angeli, Milano.

Propuesta metodológica de grupos homogéneos de madres extranjeras

El contenido de la presente reflexión nace de aquella experiencia operativa. En particular he intentado volver a apoyarme en la hipótesis de trabajo –grupos homogéneos de madres extranjeras– que escogí entonces (la propuesta de llevar a cabo la investigación se remonta a 1998, y el siguiente trabajo se concluyó en 2002), una hipótesis que guardaba relación con mi formación clínica en el campo de la prevención, que, sin embargo, no está confirmada por prácticas codificadas en el sector migratorio, o, mejor dicho, por estudios y prácticas producidos en Italia o traducidos en bibliografía italiana.

Durante mis años de práctica clínica y de trabajo en los ámbitos de la formación y de la prevención han sido particularmente importantes las referencias a la Escuela Argentina de Psicología Social Analítica, por un lado (cfr. el pensamiento teórico de E. Pichón Rivière, J. Blegere y A.J. Bauleo) y por el otro a G. Devereux, el primer en utilizar el enfoque etnopsiquiátrico.

La aportación de la Escuela Argentina

Esta escuela se basa en la construcción teórica psicoanalítica, vinculada a la psicología de los grupos (W.R. Bion, E. Jacques y la escuela argentina de M. Langer y E. Pichón Rivière). A continuación se darán algunas pinceladas sobre dicha base teórica. Para profundizar en la misma se puede recurrir a la literatura mencionada en la bibliografía general.

La exigencia de tener un modelo de referencia para trabajar en la prevención social es una reflexión necesaria en un contexto de especialización del trabajo profesional según el cual quien reflexiona sobre su actuación pertenece a la rama clínica y aquel al cual se le pide ofrecer respuestas prácticas, empujado por urgencias de diferente naturaleza, se posiciona en la rama de la intervención social.

José Bleger, en su libro “Psicohigiene y psicología institucional” (1989) invitaba a ir más allá de los términos de higiene mental, salud pública y trabajo social, según la teoría que dichos términos se colocan en la problemática salud/enfermedad, mientras es necesario designar una nueva forma de operar que se enmarque en las condiciones habituales y corrientes de la vida.

El punto de observación teórica que procede de este nuevo campo de estudio se llama “psicohigiene”, entendiéndolo con dicho término el trabajo alrededor de la incidencia de los factores psicosociales en la determinación de las modalidades con las cuales se encararan los momentos críticos y de cambio en la vida de las personas. La diferencia con el término mayoritariamente utilizado de prevención (primaria, secundaria o terciaria) es fundamental: no se sigue el concepto médico de enfermedad/salud, entendidos como formas opuestas de malestar y bienestar, atribuibles a una causa precisa y determinada de forma rigurosa. En consecuencia, no se trabaja en la simple supresión del síntoma o del desencadenante, ni se trabaja en controles sucesivos sobre la desaparición duradera del malestar, sino que el objetivo es construir con los usuarios un conocimiento compartido dirigido a reconocer y a hacer frente a las nuevas condiciones de vida.

La psicohigiene se pone desde el principio el problema de la clínica, es decir de una estrategia de intervención que no clasifica las enfermedades, ni las describe sólo como un fenómeno social, sino que opera para que se pueda dar un sentido compartido y modificar las situaciones que se presentan. Entrar en la lógica operativa de la clínica quiere decir observar al individuo desde una relación dinámica entre historia individual y social, presente y pasada, entre las modalidades de asunción y adjudicación de los roles sociales y familiares, entre lo psíquico, biológico y relacional, entre las partes conocidas y latentes, para tener elementos suficientes para la comprensión diagnóstica y el tratamiento.

Posicionando la psicohigiene en el campo de actuación de la intervención clínica, se pueden delinear tres ideas derivadas del psicoanálisis:

1ª Idea – definición de la enfermedad

En el proceso dinámico de la vida de cada individuo y de sus grupos de referencia –familia originaria, familia nueva, amistades, relaciones profesionales– aparecen momentos de crisis, de ruptura o de conflictos que resultan estar vinculados con situaciones de cambios biológicos, de lugar, psíquicos y de relaciones.

Las crisis pueden acompañarse de sensaciones de “falta de vuelta atrás” debidas a cambios radicales como son el nacimiento, la adolescencia, la entrada en el mundo del trabajo, el principio de una vida en pareja, la maternidad o la esterilidad, la separación del país de origen, el envejecer: replantear y abandonar la anterior definición de sí es, a veces, difícil o hasta imposible y la crisis se confirma como un malestar manifiesto.

La coherencia y la pertinencia de las representaciones de las relaciones contribuyen a la estructuración psíquica, mientras que los cambios obligan a los individuos a adentrarse en lo desconocido, estimulando una tendencia a agarrarse a lo que se conoce y resulta familiar, organizando sistemas de defensa repetitivos para evitar las novedades, incluso si, de forma paradójica, las novedades podrían mejorar la percepción de malestar. “De este modo, se puede entender el motivo por el cual algunas personas, paradójicamente, no pueden tolerar cambios que implican progreso, porque conllevan al mismo tiempo el riesgo de ver mutar, de alguna forma, un sí mismo bien conocido (identidad) hacia otro sí mismo, quizás mejor, pero desconocido” (L. e R. Grinberg, 1992, pag. 98).

La enfermedad se puede considerar como la imposibilidad de transformar las experiencias en nuevos códigos de relación con la realidad interior y exterior, como la imposibilidad para asumir el nuevo rol: la enfermedad se convierte en el estereotipo, la modalidad corriente de comunicación y de definición del Yo. El resultado de la incapacidad de elaborar y reconocer el cambio lleva a una condición de inmovilidad, en la cual la repetición de los conflictos precedentes no resueltos se convierte en la modalidad dominante de relacionarse consigo mismo y con los demás.

2ª Idea – proceso de la enfermedad y proceso de curación

Freud escribía que el individuo tendría que repetir al revés el camino del malestar para poder curarse, gracias a la comprensión más exacta del momento en el cual empezó el malestar, y los beneficios secundarios de su inmovilidad estereotipada.

Se trata de volver al lugar donde las técnicas del Yo tuvieron éxito para hacer frente a los agobiantes cambios requeridos (proceso de regresión), quedándose después parados en una formación fija y estereotipada que ralentice los procesos de crecimiento.

Salud y enfermedad se convierten pues en señales del nivel de éxito en la adaptación activa a la realidad. Como consecuencia, el criterio de bienestar o

malestar, de normalidad o anormalidad no se pueden definir en absoluto, sino que dependen de las situaciones y del contexto antropológico en los cuales se observan.

El problema de la curación reenvía pues al espacio que el grupo familiar, o de los semejantes o de los conciudadanos o de los operadores de los servicios socio-sanitarios consiguen ofrecer para empezar un proceso de reconocimiento de la propia identidad cambiada, antes de que este espacio lo ocupe la ansiedad diagnóstica (o farmacológica) de parar el síntoma: el problema de la curación parece que se puede abordar cuando se vuelve a poner en marcha un proceso de entendimiento de la realidad, elaborando y resolviendo los conflictos inevitables de los proyectos de vida.

3ª Idea – concepto de depresión

En los textos de Pichón-Rivière se desprende una diferencia entre melancolía y depresión por el duelo. La primera está relacionada con la inmovilidad de la estereotipia “la parte buena puesta en el objeto que se va, o depositario, que ya no pertenece al Yo. Este se queda vacío y desde este mismo instante no conseguirá pensar en el futuro...” (E. Pichón-Rivière, 1986, p. 42). La segunda se forma naturalmente al principio de toda situación nueva, siempre y cuando esté acompañada de la posibilidad de ser reconocida y elaborada.

El proceso de crecimiento ofrece normalmente al Yo la posibilidad de elaborar sus pérdidas y de reestablecer el equilibrio en los disturbios momentáneos de la identidad.

Asumir el conflicto con la novedad que avanza, su entidad y movimiento, reduce el nivel de ansiedad y puede curar, siempre y cuando se encuentren lugares donde sea posible corregir el juego primitivo de las defensas, confrontándose con esquemas de pensamiento diferentes, permitiendo nuevas posibilidades de identificación y de proyección, encontrándose en grupo para volver a aprender el Sí mismo y el otro: las resistencias a los cambios generan sensaciones de inseguridad elevada, aumentan el aislamiento y la soledad, y hacen más débil el sentido de pertenencia a la historia familiar propia y a los grupos sociales de referencia.

El camino para volver a unirse a un grupo permite reconocer la novedad que existe en nosotros a través del juego de ver aquellos rasgos que nos atribuyen los demás y de la identidad que nosotros atribuimos a los demás (asunción y adjudicación de los roles).

La aportación de la etno-psiquiatría

En la activación de un dispositivo de búsqueda de las modalidades de curación de niños extranjeros presentes en Italia, era necesario integrar el esquema operativo arriba mencionado con la especificidad tanto del tipo de usuarios (madres extranjeras) como del área de investigación (sus competencias).

Todo esto con la importante variable añadida de que dichos usuarios no habían

explicitado una petición para que esta identidad negada aflorara de alguna forma y la coexistencia de la necesidad de saber y conocer por parte de la responsable de la investigación: “¿de veras te interesa saber como crío a mi hijo? Porque desde que llegué a Italia todo el mundo me ha aconsejado sobre qué hacer, pero nadie me ha preguntado qué sabía hacer...” me dijo una madre senegalesa en el transcurso de la primera reunión con su grupo.

Años antes, conduje dos investigaciones sobre el saber femenino tradicional italiano respecto del nacimiento y de la crianza de los niños en el período histórico entre el ‘700 y el ‘900. Estas investigaciones se llevaron a cabo a través de información histórica/bibliográfica y de dos muestras. Es decir, el material no se basaba en recuerdos y emociones, sino consulta de textos de siglos anteriores y la interpretación de los datos.

A pesar de esto, los materiales expuestos en la primera muestra iconográfica estaban llenos de afectividad y testimoniaban la evolución y el cambio en el tiempo de las creencias y de las prácticas relativas al embarazo, parto y puerperio. La representación de este ciclo ponía en evidencia las dificultades de escindir la relación madre/hijo, relación que la ciencia médica positivista del ochocientos ha intentado, con éxito, separar objetivamente, para gobernar su complejidad. La segunda muestra recogía el tema de las prácticas tradicionales de curación de la infancia, el nacimiento de la medicina pediátrica y su invasión del espacio diario femenino e infantil.¹

En ambas investigaciones se demostraba la importancia de no aislar las tradiciones de la vida diaria, a través de su canalización o transformación en simple folklore, sino de colocarlas en un recorrido del pensamiento científico para entender el significado que tenían en la vida de quienes las utilizaban como propias: la vinculación entre la realidad psíquica y social constituye, según J. Bleger (1989), el esquema operativo de referencia, entendiendo con dicha definición la sedimentación de los conocimientos, tradiciones y afectos con los cuales el individuo hace frente a la experiencia del pensamiento y de la acción.

Las preguntas sobre la permanencia de ideas mágicas y rituales en nuestra cultura occidental moderna, que se basa en una amplia e insustituible presencia de la medicina, nos remiten a una función de reparación y de contención de la cultura popular: mucho más cuanto esta hipótesis teórica puede tener valor como instrumento de conocimiento del saber ser y del saber hacer de las mujeres extranjeras, que no han estado tan influenciadas por la invasión en su vida diaria de una medicina normativa y culpabilizadora.

La elección operativa teórica se desarrolló en coherencia con la necesidad de no cancelar las vivencias del día a día, sino de buscar nuevos significados más allá del no dicho que, en general, las acompaña, reconociendo la complejidad de su construcción y la acción fundamental de los mecanismos de identificación tanto proyectiva como introyectiva en la conexión entre el comportamiento individual

y el social:

“La codificación cultural se transmite de generación en generación... La madre, que ha adquirido dicha función de sus padres, la transmite de forma progresiva al niño. El vínculo entre la serie psíquica y la serie cultural se establece en la infancia, pero se mantiene vivo y funcional durante toda la existencia, gracias a la homeostasis que resulta de los intercambios permanentes entre el individuo y su entorno cultural” (Nathan, 1994, p. 114)

La anilla de conjunción entre la Escuela de Psicología Social Analítica y las teorías etnopsiquiátricas de G. Devereux y del alumno de este T. Nathan se encuentra en el trabajo de León y Rebecca Grinmberg “Psicoanálisis de la emigración y del exilio” (1990), en el cual se proponen algunos temas destinados a comprender mejor “qué hacer”, o, de forma aún más exacta, “cómo comprender” tanto el mundo interior de cada persona que ha vivido el impacto de la pérdida de las raíces afectivas y perceptivas, como el proceso colectivo que afecta a la comunidad de acogida.

Los dos autores consideran la experiencia de la migración como un evento traumático y de crisis al mismo tiempo. El trauma (del griego herida con fractura) se define como un fenómeno agudo que produce un cortocircuito psíquico o físico, porque la intensidad de los estímulos, que superan la barrera protectora, son capaces de generar trastornos mentales o corporales.

La experiencia de la migración no se limita al momento de la separación del país de origen o del impacto con el país huésped, dado que la mayoría de las veces la percepción traumática de lo sucedido se instaura después de cierto período de calma aparente, definido como duelo aplazado. La reacción al trauma se caracteriza por un continuum de tensiones, con efectos profundos y duraderos en la estructuración de la forma de conocer al mundo, vinculado a las modalidades arcaicas con las cuales se han encarado las experiencias de la infancia. «nosotros creemos que la calidad específica de la reacción hacia la experiencia traumática de la emigración sea el sentimiento de “carencia protectora”. Dicho sentimiento se basa en el modelo de trauma del nacimiento (O. Rank, 1924) y de la pérdida de la madre protectora, y correspondería a la pérdida del objeto contenedor (Bion, 1970), que en situaciones extremas lleva a la desintegración y a la disolución de la parte adulta y madura del individuo, con la pérdida de los confines del Yo» (op. cit. p. 27-28).

G. Devereux reconduce la fragilidad de los recursos protectores utilizados por los seres humanos contra los eventos traumáticos a la temática de compartir o no el significado que se les atribuye a los eventos mismos: «en los acontecimientos humanos, es decir culturales, el estrés provocará un trauma sólo si es atípico o si, aún siendo de naturaleza típica, es de una intensidad excepcional y prematuro. Un estrés es atípico si la cultura no dispone de una defensa pre-establecida, “producida en serie”, en grado de reducir o atenuar el golpe». (G. Devereux, 1978, p. 28).

De esta manera, la cultura de pertenencia permite atribuir un sentido a la

experiencia vivida por el individuo, anticipar su significado, dominar las ansiedades debidas a los eventos imprevistos de entornos y circunstancias del todo nuevas.

De forma paralela, la crisis se define como una experiencia temporal que produce rupturas, separaciones, laceraciones, quebrantando el normal mecanismo de mantenimiento del equilibrio. La crisis tiene como consecuencia, de manera más o menos amplificada, algunas faltas y rupturas típicas de los eventos traumáticos, sin embargo se percibe, en general, como una ocasión de transición y crecimiento, como demuestran las experiencias necesarias del nacimiento, destete de la pubertad, y del distanciamiento de la vida familiar.

Para poder superar la crisis, es necesario que el emigrante pueda construir (o que le ayuden a construir) en su interior un «espacio potencial que le sirva de «...»lugar de transición» y “tiempo de transición” entre el país/objeto materno y el nuevo mundo exterior... Si la creación de este espacio potencial no tiene lugar, se produce la ruptura de la relación de continuidad entre el entorno y el Sí» (L. y R. Grinberg, 1990, p. 28/29) ruptura que produce la creación de defensas más primitivas.

Para G. Devereux la etno-psiquiatría se basa en la universalidad psíquica del género humano:

“Lo que define el ser humano es su funcionamiento psíquico, que es el mismo para todos. De este postulado deriva la necesidad de atribuir un mismo estatuto a todos los seres humanos, a sus producciones culturales y psíquicas, a sus modos de vivir y de pensar, a pesar de su diversidad y complejidad... Ahora bien, si cada hombre tiende a lo universal, lo hace desde el particular de su cultura de pertenencia. Esta codificación está inscrita en nuestra lengua y en las categorías cognitivas de las cuales disponemos, que nos permiten leer el mundo de una determinada manera; está inscrita en nuestro cuerpo y en nuestra forma de percibir y de sentir, a través del proceso de enculturación; está inscrita, además, en nuestra relación con el mundo, por la mediación de nuestros sistemas de interpretación y de construcción de significados. Incluso la enfermedad está condicionada por esta codificación cultural” (M.R. Moro, 2001, p. 42)

En la sociedad occidental, las características culturales de estos gestos del día a día han perdido muchos de sus contenidos fundacionales de las diferentes identidades territoriales, de género, de colocación inter e intra-generacional, derritiéndose en un aplanamiento “televisivo” o de los medios de comunicación y también “médico”, que intenta anular las diferencias.

En los mundos extranjeros que íbamos a encontrar, los mecanismos de un contexto cultural, como fundamento de las diferencias, vivo e interiorizado en procesos sedimentados y socialmente legitimados, era, al contrario, muy presente aún, pero quizás empobrecido por la experiencia de la migración, donde la estructura limitadora y contenidota el Yo-piel de Anzieu chocaba con la falta real de un grupo social y cultural homogéneo externo, en grado de asegurar las funciones

de construcción “sana” del funcionamiento intrapsíquico de los individuos y la reproducción de modelos de pensamiento y de acción que confirmen la estructura de la identidad.

“Se puede decir que la cultura provee al sujeto, en todas las circunstancias, de una parrilla de lectura del mundo, mutante y flexible, pero siempre presente, aun cuando, a veces, en el caso de migraciones particularmente traumáticas, aquella está en peligro de ser cancelada o de no poder desarrollar su función de contención” (idem, p. 18)

La hipótesis teórica de trabajar “clínicamente” en ausencia de una petición explícita de escucha, se ha traducido en la oferta de grupos homogéneos de madres extranjeras, con el fin de volver a crear un contenedor que responda mejor a las posibles ansiedades ante el cambio que ya estaban viviendo, un espacio físico y virtual que, en presencia de una reducida función de la cultura interiorizada y confirmada por el grupo social de origen, pudiese colaborar a la disminución de la amenaza al sentimiento de identidad.

Como ya hemos recordado, la tendencia a evitar cambios demasiados dolorosos y sin ayuda de confirmaciones sociales (estrés “atípicos” de Devereux) puede alcanzar situaciones francamente patológicas, llevando a las personas, a través de la repetición estereotipada, a conservar modalidades del Yo interno y social que no se quieren en absoluto modificar, e inhibir así la capacidad de aprender de la experiencia de vida.

Grupos también para ofrecer la posibilidad de encuentro y de auto-ayuda desde dentro de la misma comunidad, respetando así sus tiempos y sus prácticas diarias.

Homogéneos para confirmar que nuestro deseo/necesidad profesional de conocer no se dirigía hacia la parte “pintoresca”, típica en cada cultura, incluida la nuestra, sino hacia las competencias de su tradición sobre las modalidades de curación y de protección hacia la infancia.

Homogéneos también por las hipótesis teóricas arriba mencionadas respecto de la necesidad para la mujer inmigrada de distanciarse del ámbito cultural de origen y percibir el nuevo mundo a través de un proceso significativo de integración, con la condición de no negar las raíces y de sentirse autorizada a vivirlas como experiencias con la misma dignidad.

La hipótesis teórica se basaba en el postulado que la confirmación del reconocimiento de la tradicional y específica forma de ver la realidad social y privada pudiese reasegurar, permitiendo así de abrirse al nuevo mundo, y no hay que confundirla con la creación de guetos cerrados y auto-referenciados, siempre y cuando sea limitada en el tiempo de forma clara.

El trabajo en los grupos

Para mantener la constancia cultural de su historia, por lo menos respecto del contenedor sonoro en el cual poderse comunicar, en el trabajo de investigación se hacía indispensable la figura de la mediadora de idioma e cultura.

En su origen, esta figura fue pensada y seleccionada como tercer componente del equipo de coordinación. A pesar de un contrato de este tipo, sin embargo, las diferentes mediadoras no consiguieron nunca, y de forma acertada, mantener las distancias con el material afectivo que en los grupos iba emergiendo, logrando desarrollar de forma notable su función de puente entre las dos culturas y reafirmando ellas mismas su identidad, sus raíces y su pertenencia a través de su contribución de recuerdos y cuentos que se transformaron en parte integrante del material observado.

La coordinación se desarrollaba según el modelo del “grupo operativo” (cfr. el pensamiento teórico de E. Pichón Rivière y A.J. Bauleo, 1978), permitiendo vincular la memoria y las prácticas diarias con los afectos que emergen a través del recuerdo, aún más recordando juntos.

Con esta puntualización, se quiere señalar que aún siendo en el contexto de una investigación, no se quería organizar los grupos como lugares de entrevistas colectivas, sino como un espacio ofrecido para vincular y confrontar conocimientos, culturas y recuerdos compartidos.

Se efectuaron en total 48 grupos de trabajo, para mejor conocer las competencias maternas y cómo se crían los niños extranjeros, alcanzando ocho comunidades extranjeras: albaneses, chinos, romsinti tunecinos, senegaleses, sudamericanos, filipinos y moldavos.

Cada grupo se reunió en cinco encuentros de dos horas y media cada uno, más un encuentro inicial de presentación del plan de trabajo y de las reglas de las reuniones. En dicha reunión también se les entregaba un guión escrito y traducido a su idioma sobre las etapas evolutivas en las cuales se quería profundizar, explicando que dicho esquema era nuestra visión occidental de lo que se creía importante en el proceso de crecimiento infantil, y que, sin embargo, no cubría totalmente la materia.

La búsqueda de mujeres dispuestas a recordar en grupo se llevó a cabo utilizando canales informales, recurriendo a un curso para mediadoras culturales que se desarrollaba en aquel entonces, impartido por una psicóloga como profesora, observadora después en los grupos.

El acuerdo con los grupos de madres los cerraron, en presencia de la mediadora cultural, dos psicólogas profesionales, una con el rol de coordinadora del grupo y la otra con la función de observadora de las dinámicas afectivas y cognitivas y de recoger de forma escrita el material que podía surgir. Hay que señalar, además, que el material final, elaborado y comparado con la literatura antropológica existente, se envió para una revisión y para posibles sugerencias o confirmación, tanto a la

mediadora cultural como a las madres de cada grupo, antes de su versión final para la imprenta: dicho acuerdo, puesto de manifiesto desde el principio, tenía como objetivo facilitar un intercambio de informaciones entre la coordinación, la mediadora cultural y las componentes del grupo, en un clima de confianza recíproca, para que no se pensara que lo que iba surgiendo se utilizaría en contra de la imagen que ellas mismas hubiesen querido comunicar a nuestra cultura.

Por lo que concierne los contenidos específicos, remitimos el lector a la publicación del trabajo arriba mencionada.

El setting del trabajo

De forma coherente con el modelo teórico de referencia elegido, el grupo operativo, a continuación se presentan mayores detalles sobre tres parámetros que, entre otros, han permitido el desarrollo de la investigación/intervención y sobre las contaminaciones inevitables en un material muy poco usual para nosotros.

Espacio: la elección del lugar en el cual mantener los encuentros de grupo fue difícil, considerado que no nos poníamos en una óptica institucional, no constituíamos un servicio público que proponía sus espacios con la posibilidad de una continuidad futura. Incluso las mujeres que ya habían aceptado no parecían tener lugares organizados donde poder reconocerse.

El quebrantamiento de la vida social originaria conllevaba también esta dolorosa falta de lugares donde encontrarse. La única certeza inicial, por nuestra parte, era que el lugar no se modificaría nunca, tenida en cuenta la importancia teórica del mantenimiento del setting.

Sin embargo, con las madres tunecinas tuvimos que modificar, a petición de estas, el lugar de las reuniones: el primer encuentro tuvo lugar en un centro social sórdido y anónimo. No obstante, el clima muy afectivo que los recuerdos habían producido en todas nosotras permitió que al final de la reunión una de las madres propusiera mantener la reunión del grupo en su casa. Percibimos claramente que nosotras “europeas” estábamos en minoría y que las historias hubiesen fluido mejor en un lugar privado que ellas mismas habían organizado según su contenedor cultural: una especie de función auto-protectora que permitió acceder al conocimiento de la distribución de su espacio y de su tiempo doméstico, incluida la preparación de dulces típicos y su consumición en grupo, una vez acabado el espacio de los “recuerdos para nosotras”.

Con las madres albanesas, sin embargo, los encuentros se desarrollaron en una comunidad para madres y niños, que acogía a una joven madre con un niño recién nacido. La esperanza de la asociación que gestionaba la comunidad era de reinsertar en un circuito de madres de la misma nacionalidad a la nueva madre, que presentaba importantes dificultades de comunicación y socialización. De hecho, ella nunca vino a las reuniones, comunicando su miedo que alguna de sus connacionales pudiese reconocerla y enviar mensajes a las bandas de la prostitución, de las cuales

había conseguido escapar. Su ausencia y el miedo fueron un emergente muy pesado en el trabajo de aquel grupo, que sólo hacia el final manifestó la vergüenza de su pertenencia cultural y el importante trabajo para destruir su “ser albaneses”.

Para acabar, las madres filipinas, arraigadas desde hacía tiempo en nuestro territorio, propusieron su espacio de encuentro colectivo dominical, dándole desde el principio también la connotación de espacio de intercambio de sus conocimientos culinarios. Al final de la reunión se abrían de par en par las puertas, hasta entonces cerradas, y entraban sus niños y sus esposos y se proponían platos especiales de las fiestas tradicionales filipinas, realizando un intercambio culinario con las italianas del equipo de investigación.

¿Fueron estas contaminaciones del setting? ¿Fueron intentos de sabotaje de la propuesta de investigación? Nosotras los vimos como la necesidad de transmitir de la forma más completa los esquemas de comportamientos culturales, a través de las posturas del cuerpo, los cuidados para los niños presentes, las reglas de cuánto y cuándo se permitían las cosas, sus competencias en la comida... Aprendimos que no se puede hablar de niños, de relaciones afectivas, de funciones de cuidado sin que las vivan también las que se relacionan con nosotras. Nos cuidamos, cuando los lugares de los encuentros eran anónimos y no personalizados, de organizar una acogida calida y compartida, con comida y bebidas italianas, para experimentar enseguida el tema de la “realidad diaria”, del cual luego se hablaría.

Cometido: los objetivos para los cuales se reúne el grupo son varios y se entrelazan en planos diferentes: se va desde las tareas, explícitas e implícitas del equipo coordinador, hasta aquellos de cada integrante del grupo, a los cuales se irán sumando aquellos del mismo grupo como entidad en si.

De forma muy resumida, en el grupo operativo, con finalidad terapéutica se organiza un proceso de integración de las partes del Yo divididas y dispersas, disminuyendo la ansiedad psicótica que la posibilidad de un cambio vuelve a activar (ansiedad depresiva para la pérdida de vínculos anteriores y ansiedad paranoide por el miedo del ataque del nuevo que avanza).

“Cuando la tarea que se propone a los integrantes del grupo es la curación (en nuestro esquema la disminución de las ansiedades psicóticas) estos, en el momento en que tienen un esquema de referencia común, pueden volver a empezar su propio aprendizaje, volver a crear las redes de comunicación deterioradas en el transcurso del proceso de enfermedad, fortalecer su propio Yo para enfrentar y destruir la resistencia al cambio y reorganizar una nueva etapa, que evaluaremos sobre la base de criterios de adaptación activa a la realidad, modificación del Sí y acción en el contexto” (E. Pichón-Rivière, 1986, p. 186)

Cuando en un grupo la tarea explícita no es la curación de sus miembros, sino el reunirse para recordar, el reconocimiento de sus propias raíces, el hacer frente a la nostalgia de las cosas perdidas, el reconocer el trauma de la migración y de sus efectos, la afirmación de una igualdad en la dignidad de cada cultura y la adaptación

de los conocimientos con los convencimientos y la cultura del país huésped, ¿qué puede suceder en un grupo?

En nuestra opinión, la experiencia de un grupo coordinado, en el cual las reglas clásicas del setting (tiempo, espacio, rol y tarea) hayan sido respetadas, a pesar de la novedad absoluta (para el equipo de coordinación) del contexto en el cual el grupo mismo se desarrolla, ha sido lo más cercano a la experiencia personal que estas madres conocían (o que habían deseado hacer, se vean los recelos iniciales de las madres albanesas) en las sociedades tradicionales a las cuales pertenecían: una gran familia que contiene y apoya a las madres, en especial en los momentos de dificultad y de enfermedad, acompañado por una concepción compartida del individuo en constante interacción con su mundo de pertenencia, nunca “nuclear” como en la sociedad occidental.

El material dinámico que emergió en los grupos y su encaje con la tarea propuesta, a pesar de las grandes diferencias que los caracterizaron, se podría de forma razonable volver a organizar según los criterios propuestos por Pichón-Rivière: adaptación activa a la realidad/modificaciones del sí/acción del contexto. El punto común fue la originalidad con la cual cada grupo jugó con su historia tradicional, conjugándola con el “aquí y el ahora” en el mismo grupo, con las modalidades de tolerancia del trauma y con la aceptación de la realidad de la migración.

La posibilidad de hablar en un grupo de unas vivencias olvidadas o consideradas demasiado descontadas tuvo un efecto peculiar: de repente la vida del día a día, que, por lo general, no provoca interés, dejada al mundo femenino como repetición de acciones mecánicas y no pensadas, a través de la distancia impuesta por la migración vuelve a ser otra vez materia viva que da sentido de nuevo a las acciones y las rellena de los significados relacionales que poseen y transmiten.

Las madres senegalesas, por ejemplo, al final de la experiencia del grupo se activaron en dos sentidos: en primer lugar, organizando por primera vez –acción en el contexto– en el territorio de acogida la tradicional fiesta del Ramadam, casi como si el redescubrimiento de la importancia del día a día hubiese librado deseos y vuelto a dar voz e igualdad de dignidad a las redes femeninas de apoyo y a la dimensión comunitaria de su cultura.

El trabajo del grupo, sin embargo, había también puesto de manifiesto el sufrimiento de muchas madres senegalesas, que, después de haber dado a luz en Italia, tenían que separarse de sus niños, llevándolos a Senegal para dejarlos a los cuidados de los abuelos. Los ritmos de los trabajos que encontraban en Italia (obreras en las fábricas, ...) y las necesidades absorbentes de los niños, junto con una oferta limitada de servicios de cuidado por parte de las estructuras educativas de primera infancia, les impedía conjugar la maternidad con una ocupación laboral plena.

De este sufrimiento, realmente presente en el grupo a través de un a madre que

acababa de acompañar a su hijo a su tierra natal, se hizo cargo el grupo: primeramente en los encuentros, dejándole a esa madre, por turnos, los hijos de las otras mujeres presentes, volviendo a crear de esta forma la familia ampliada que permite la circulación de los niños en patria. Luego contactando, al final de la experiencia, con un sindicato de zona para obtener ayuda en la organización de un trabajo regular de canguro en la residencia de algunas de ellas, con horarios mejor adaptados a las necesidades laborales arriba mencionadas, con la garantía así de que estos niños se cuidarían según su propia cultura y con el fin de disminuir el número de separaciones madre/hijo.

La utilización de los recursos del país huésped, acompañado por un encuentro de la capacidad de hacerse cargo de forma colectiva de las incomodidades de la migración, se puede configurar con una adaptación activa a la realidad.

Proceso del grupo

El desarrollo del grupo, conducido según la técnica operativa de la escuela argentina de Psicología Social Analítica, no sigue nunca un recorrido lineal: se mueve con movimientos parecidos a una espiral evolutiva, que tiene momentos de huida hacia adelante para luego volver de forma precipitada hacia atrás, asentándose sobre cuanto ya se había saboreado y conocido, para luego volver a emprender el ritmo ascendente y volver sobre sus pasos.

Se evidencian, de manera resumida, tres fases, que no representan una progresión lineal, dado que cada pensamiento y cada experiencia nueva pueden producir una retrocesión y un estancamiento en las fases iniciales de las resistencias personales:

- la fase del pre-deber, durante la cual se juegan los sentimientos de incertidumbre e inseguridad activados por las resistencias al cambio,
- la fase del deber, en la cual se organizan nuevas formas de aprendizaje de la realidad, rompiendo las normas estereotipadas que impiden la cooperación y la comunicación entre miembros del grupo,
- la fase del proyecto, que se alcanza cuando se forma el sentido de pertenencia al mismo grupo, con consecuente capacidad de planificar y elaborar nuevas estrategias para llevar a cabo los deberes aprendidos.

Los grupos de madres extranjeras también han evolucionado según este movimiento en espiral, cada uno con características diferentes.

Seguramente han tenido en común el primer impacto de sustancial desconfianza hacia la propuesta de hablar juntas de sus conocimientos acerca del proceso de criar a los hijos, jugado de manera más o menos difuminado en relación a la percepción de su identidad de pertenencia, activado por el contacto con el equipo coordinador representante de la cultura del país huésped.

Las madres gitanas, por ejemplo, caracterizaron su primer encuentro con las modalidades defensivas de ataque/huida hacia nosotras extrañas a su mundo —“qué

crees que le enseño a mi hijo, a robar, ¿no?”—modalidad que se ha vuelto a proponer luego en todos los encuentros a través de la rotación continuada de las participantes en el grupo: las madres que habían hablado mucho, que se habían expuesto más, que habían llevado al grupo más recuerdos, reflexiones y sentimientos, de forma regular faltaron al encuentro sucesivo, casi como si la pertenencia a un contenedor/grupo que en su cultura experimentan en la relación total y simbiótica con la madre (con la consecuente separación radical y sin retorno) no se pudiese de forma arbitraria revivir con alguien que no fuese de su comunidad.

Las madres senegalesas, al contrario, han puesto en juego las modalidades defensivas más vinculadas a la dependencia—“mi niño está enfermo y aquí nadie me ayuda”—y el grupo se utilizó como un contenedor sustitutivo de la familia ampliada lejana.

Pasaron y se quedaron en el grupo madres recién salidas del hospital con una niña de tan sólo cinco días, madres que acababan de acompañar a su hijo de 3 años a casa de sus padres, madres con sus hijos y al final incluso un marido, único hombre que participó en los grupos que, por elección, sólo se habían concebidos femeninos. ¿Fue una señal de dificultad en el dejar el esquema de referencia de la pertenencia jerárquica al clan familiar? A pesar de todo, la espiral evolutiva permitió a este grupo los mayores contactos de adaptación con la realidad externa, una mayor capacidad de alcanzar una fase de proyecto: nosotros pensamos que la dependencia del grupo familiar se interiorizaba en su cultura más como una forma de sustento para encarar la vida exterior que como refugio para evitar el contacto con el mundo.

La presencia de estos procesos evolutivos señala, en mi opinión, la posibilidad de proponer nuevas modalidades de trabajo con los usuarios inmigrantes, partiendo de la necesidad de recuperar el patrimonio cultural de sus conocimientos acerca de la vida y volviendo a meterlos en el circuito del aquí y ahora. Permite también evaluar con parámetros clínicos la evolución de los grupos de investigación que empezaron con una experimentación de nuevos modelos de trabajo en el ámbito de las inquietudes migratorias.

El ámbito de trabajo está sólo en sus comienzos, en el siglo que asiste al incremento migratorio colectivo más importante en la historia de la humanidad.

De todas formas, me ha permitido tener como tarea explícita la escucha y el aprendizaje de algo nuevo, permitiendo a otras trabajar sobre los recuerdos para reorganizar una identidad según un nuevo modelo.

En este artículo se consideran los problemas relacionados con el fenómeno de la inmigración, tales como la identidad personal y social. A través del trabajo con grupos homogéneos se intenta facilitar desde una perspectiva etnopsiquiátrica la integración y los cambios necesarios para introducirse en una nueva sociedad, salvando en la medida de lo posible los valores de la cultura original

Palabras clave: emigración, cultura, grupos, identidad, cambio, etnopsiquiatria

Traducción: Carlo Narbone

Nota de la autora

1 La exposición a la que se hace referencia tuvo lugar en Venecia en el verano de 1985, con el título "Nacer en Venecia desde el '700 hasta la Primera guerra mundial". La autora de este libro se encargó de su realización, propugnada por el Ayuntamiento de Venecia, así como del relativo catálogo. Los materiales iconográficos expuestos atestiguaban la evolución y el cambio en el tiempo de las creencias y de las prácticas relativas a los embarazos, parto y puerperio.

La segunda exposición tuvo lugar, también en Venecia, en el invierno de 1999/2000, con el título de "El descubrimiento de la infancia". Propugnada por el Instituto Provincial para la Infancia "Santa Maria della Pietá" y por el Ayuntamiento de Venecia, de su realización se encargó la Drsa. Nadia Filippini y vio entre los participantes a la autora del presente artículo en el sector de los cuidados diarios para la infancia desde el '700 hasta la Primera guerra mundial. El catálogo de la muestra fue publicado por Marsilio Editori.

Referencias bibliográficas

- BLEGER J., (a cura di) Petrilli M.E., Rossetti M. (1989). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, Loreto: Lauretana.
- CHINOSI L., (2001). *Sguardi di mamme*. Milano: Franco Angeli
- DEVEREUX G. (1978). *Saggi di Etnopsichiatria generale*. Roma: Armando.
- DIASIO N. (2000). Donne, bambini, figli nell'esperienza della migrazione in Argomenti di medicina delle migrazioni, Edizione Speciale per la Regione Veneto, Anterem s.n.c., Roma
- GRINBERG. L. e R. (1990). *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*. Milano: Franco Angeli
- GRINBERG. L. e R. (1992). *Identità e cambiamento*, Roma: Armando.
- MORO M.R. (2001) *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. Torino: UTET.
- NATHAN, MORO, RABAIN-JAMIN, SI-AHMED, Il bambino e la sua cultura, in (a cura di) S. Lebovici. (1994). *Psicopatologia della prima infanzia, II° vol.* Torino: Boringhieri.
- PICHÓN RIVIÈRE E. (1986). *Il processo gruppale* Loreto: Lauretana
- PICHÓN RIVIÈRE E. E BAULEO A.J., (1978). *Ideologia, gruppo e famiglia*, Feltrinelli, Milano,

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)*, a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Botella García Del Cid, Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayon Cobos, Mar Gómez, Ursula Oberts, Leonor Pantinat Giné, Ramon Rosal Cortes.

Consejo Editorial: Alejandro Avila Espada, Cristina Botella Arbona, Isabel Caro Gabalda, Guillem Feixas I Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, Jose Luis Martorell Ypiens, Mayte Miro Barrachina, Jose Navarro Gongora, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaria de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2007 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2007 (números 69-72): 50 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 65-68).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2007. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2007 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
EDITORIAL GRAÓ
C./ Hurtado, 29
08022 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

(ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com