



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Relación terapéutica e interpersonal en la psicoterapia  
grupal con población inmigrante y refugiada**

Autor: Luis Sunyé Terry

Directora: María Arantzazu Yubrero Fernández

Madrid

2021/2022

# Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Marco Teórico</b> .....	5
<i>La Migración y el Migrante</i> .....	5
<i>Consecuencias y algunos problemas relacionados con el proceso migratorio</i> .....	8
<i>Barreras para acceder a la Salud Mental por parte de inmigrantes y de refugiados</i> .....	13
<b>Metodología</b> .....	14
<b>Tratamiento</b> .....	15
<i>Tipologías de intervención terapéutica con poblaciones de refugiados e inmigrantes</i> .....	18
<i>Las dinámicas y relaciones interpersonales en la aproximación terapéutica grupal del proceso migratorio. ¿Qué aspectos podrían no ser previsibles y qué dificultades pueden surgir en esta propuesta de modelo?</i> .....	23
<b>Conclusión</b> .....	27

## **Resumen**

El problema migratorio ha crecido exponencialmente en los últimos años debido a numerosas variantes. Se han implementado diversas técnicas y aproximaciones desde la psicología con el objetivo de ayudar a los inmigrantes y refugiados a adaptarse a sus nuevas vidas en sus diversos destinos. Sin embargo, los resultados no han sido los deseados. Por tanto, en el presente trabajo se propone una aproximación terapéutica basada en el modelo “Clubhouse”, inicialmente utilizado para tratar a personas con enfermedades mentales diagnosticadas. Sin embargo, la adaptación de este modelo en el tratamiento de los refugiados e inmigrantes parece arrojar resultados favorables, aunque las evidencias sobre esta aproximación sean escasas. Aunque son tan numerosos como complejos los aspectos a tener en cuenta en el tratamiento de estos grupos, el trabajo centrado en el refuerzo de la resiliencia y de las potencialidades del ser humano que ha vivido procesos complicados, como una migración, puede suponer una aproximación nueva y esperanzadora en el enfoque terapéutico grupal.

Palabras clave: Inmigrantes, refugiados, resiliencia, cultura, terapia grupal, dinámicas.

## **Abstract**

The migration issue has grown exponentially in the past years due to many reasons. A variety of psychological methods and approaches have been used with the goal of helping immigrants and refugees to adapt to their new lives in their destinations. Nevertheless, the outcomes have not been of those desired. Therefore, the present paper suggests a new therapeutic approach, based on the “Clubhouse” model, which was initially used to treat patients with a mental illness. However, an adaptation of this model in order to treat immigrant and refugee groups, illustrate promising results. Even though there are many and complicated aspects to consider when working with these groups, the work focused on reinforcing human resiliency and other potentials, as people who have experienced complicated events like a migration, seem to indicate an encouraging new approach in the field of group therapy.

Key words: Immigrants, refugees, resilience, culture, group therapy, dynamics.

## **Introducción**

Estimaciones llevadas a cabo por la Organización Internacional para las Migraciones en 2022 establecen que desde 2020, aproximadamente, 281 millones de personas - lo que supone el 3,6% de la población mundial - son inmigrantes.

A lo largo de la historia de la humanidad se ha producido una serie de eventos y circunstancias que han propiciado cambios y modificaciones en la geopolítica mundial, entre otros la Guerra Fría en el siglo XX y los ataques terroristas del 11S, que a su vez han representado puntos de inflexión en la evolución mundial de las migraciones. Más recientemente, la pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto profundo en el sistema sanitario global. Tanto es así que el confinamiento mundial prolongado durante meses, como respuesta a una pandemia que parecía incontrolable, trajo consigo numerosas repercusiones en la salud mental de amplios sectores de la población. En consecuencia, el número de peticiones de ayuda a los servicios médicos por temas relacionados con la salud mental aumentaron exponencialmente. Sin embargo, esta crisis mundial no solo arrojó resultados alarmantes en el campo de la salud mental, sino que además causó una brusca interrupción de la movilidad global y, por ende, de las migraciones.

La migración, es un acontecimiento que deja huella en la trayectoria vital de un individuo, grupo o familia. Las causas pueden ser numerosas, abarcando tanto razones políticas, económicas, sociales y/o familiares. A su vez, la migración puede presentarse de manera forzosa o voluntaria, a corto plazo o con expectativas de estancias más largas.

Por otro lado, y desde una perspectiva global, el proceso migratorio integra una serie de elementos que se irán analizando a lo largo del presente trabajo, haciendo hincapié en las numerosas repercusiones que el fenómeno migratorio puede suponer para la salud mental de los individuos, en caso de que este proceso no se asimile de manera adecuada. Una experiencia tan significativa y compleja como la migración, tanto desde el punto de vista personal como colectivo, justifica una terapia adecuada para tratar una variada sintomatología, que comprende entre otros, la depresión, el estrés y el trauma. Teniendo en cuenta que la migración se vive y se sufre de modo diferente según cada individuo, los motivos que explican esta sintomatología pueden a su vez variar. Desde el complicado encaje en su nuevo entorno social hasta problemas habitacionales o domésticos y de relación social. Por ello, son muchos los factores que han de tenerse en cuenta a la hora de analizar y comprender las situaciones vitales que rodean a los afectados, por lo que

numerosas investigaciones y análisis encuentran su razón en el estudio y aportación, en su caso, de soluciones que permitan proveer de ayuda a este segmento importante de la población mundial.

A lo largo de los años y pese a numerosas investigaciones sobre poblaciones migrantes de diversa índole, se constata que sigue persistiendo la ausencia de la bibliografía necesaria e ineludible para abordar con éxito una atención psicológica adecuada.

Por esta razón, el objetivo de este trabajo es proceder al análisis bibliográfico actual de las técnicas utilizadas por la psicología para tratar el fenómeno de las poblaciones migrantes, con el fin de fortalecer éste área de trabajo que cuenta con poca experiencia empírica. También es objeto de este análisis la exploración de otros enfoques más centrados en lo colectivo, ya que ello puede suponer un avance considerable en el tratamiento de aquellos inmigrantes y refugiados que conservan la sensibilidad hacia la cultura de la cual provienen.

De esta manera, una vez exploradas las diversas técnicas actuales, se hará un énfasis particular en el trabajo psicoterapéutico grupal, enfocado hacia la resiliencia y al apoyo en el grupo, así como hacia aquellos factores que ponen en valor las fortalezas del ser humano.

Antes de adentrarnos en el núcleo de la cuestión, se procederá a delimitar el campo conceptual que ha de abarcar tanto la migración y los diversos tipos de inmigrantes y refugiados, como otras categorías que resultan de ayuda a la hora de intentar un abordaje psicológico del fenómeno mundial y social de la emigración. De ello dependerá en gran medida el éxito en el tratamiento del mismo.

## **Marco Teórico**

### *La Migración y el Migrante*

La migración, como proceso social expuesto a constantes cambios, se ha ido redefiniendo a lo largo de los años por la Organización de las Naciones Unidas y desglosando el concepto inicial de emigrante en nuevas categorías que se han ido generando al compás de los tiempos.

Según el glosario del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), publicado en febrero de 2016, la *migración* se define como “cualquier

movimiento de personas que no pretende ser de corta duración o temporal, ya sea a través de una frontera internacional (“migración internacional”) o dentro de un Estado. Se emplea a menudo para incluir tanto los movimientos forzados como los voluntarios”. Por otro lado, define el mismo proceso pero llevado a cabo de manera ilegal como una “migración que tiene lugar fuera de las normas reguladoras del Estado. Este término se usa principalmente desde la perspectiva de los países de acogida, en referencia al ingreso o permanencia no autorizados en el país”. En otras palabras, este segundo tipo de migración apela a la ilegalidad de la acción de migrar ante la imposibilidad - por problemas de acogida o problemas económicos o cualesquiera otras razones - por parte del país receptor a acoger personas en busca de nuevas oportunidades, lejos de sus lugares habituales de residencia. Es importante explicar estas dos definiciones, ya que ello nos va a permitir dar el primer paso para comprender cómo la clasificación de los inmigrantes es más compleja de lo que se puede esperar “a priori”.

En primer lugar, hay que hacer una diferenciación entre inmigrante (o migrante), migrante ilegal y refugiado, ya que los tres conceptos afectan a grupos distintos de personas, que presentan diferentes motivos para emigrar y que explican sus trayectorias. La Agencia de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), en el mismo “Plan de los 10 puntos de Acción: La Protección de los Refugiados”, define al *refugiado* como “una persona que no puede regresar a su país de origen debido a un temor fundado de persecución o a amenazas graves e indiscriminadas contra la vida, la integridad física o la libertad” mientras que define al migrante como “alguien que no necesita protección internacional como refugiado y que se mueve a través de una frontera internacional por un periodo que no es corto”. (ACNUR, 2016)

Por otro lado, dentro de la tipología del migrante hemos de incluir al *inmigrante ilegal*, es decir, “un migrante que, debido al ingreso no autorizado, el incumplimiento de una condición de ingreso, la expiración de la visa o permiso de residencia o el incumplimiento de una orden de expulsión, no tiene permiso para permanecer en el país de acogida.”

Desde aquí, entablamos una primera diferenciación conceptual que se apoya en la noción de protección. Mientras el refugiado no puede permanecer en su hogar de origen al correr riesgo su vida, el inmigrante no corre peligro aparente, pero, aun así, se desplaza entre fronteras. A su vez, Dow (2017) continúa esta labor de diferenciación, basándose en las experiencias vividas por los diferentes grupos. Mientras los refugiados se ven obligados

a buscar nuevas oportunidades en países diferentes al propio por motivos que atañen a su propia supervivencia como persona, el inmigrante no tiene esa obligación. Éste toma la decisión de cambiar de lugar de residencia, teniendo la oportunidad no sólo de sopesar el traslado, sino de comenzar a asumirlo, tanto psicológica como físicamente.

En cuanto al inmigrante ilegal, la autora explica que éste puede no sufrir del mismo modo que el refugiado porque sus experiencias de llegada son diferentes, pero sí experimentar dificultades que no se tendrían que dar en el caso de un inmigrante legal. Estas dificultades pueden relacionarse con los padecimientos ocasionados a causa de los abusos y tratos discriminatorios en los trabajos que encuentren. Ello obedece a que la condición de “ilegal” sirve para “explotar” a estas personas, sin que el empleador tenga que velar, con frecuencia, por la observancia de las leyes nacionales que protegen al trabajador. Además, como consecuencia del estatus de “ilegal”, la probabilidad tanto de pedir como de recibir asistencia médica es mucho menor, teniendo en cuenta que es poco probable que el inmigrante ilegal se lo pueda permitir económicamente y que la pueda recibir sin una documentación oficial que les acredite como residentes.

A raíz de esta dura experiencia vital, no sorprende que se les acabe por diagnosticar con trastornos psicopatológicos (Dow, 2017).

Aroian (1993), según lo afirmado en el artículo de Dow, enumera una serie de situaciones que viven los inmigrantes ilegales, además de los anteriormente explicado, tales como “el miedo a ser arrestados y deportados, miedo a lo que les depare el futuro, las restricciones en sus actividades como la posibilidad de visitar a su familia y amigos en el país de origen” etc. Ello conduce a aumentar la probabilidad de que se desencadenen psicopatologías o síntomas depresivos.

Una última diferenciación que la misma autora (Dow, 2017) establece en el marco de los refugiados, se refiere a la experiencia del trauma. El uso del término “trauma” se realiza desde una perspectiva general, ya que la mayoría de los estudios indican que el hecho de haber vivido como refugiado suele suponer de una u otra manera un recuerdo traumático para el que ha sido obligado a dejar su país por riesgo vital (aunque cada caso sea particular en su desarrollo). La autora hace referencia al trabajo de Kunz (1973) para detallar que la experiencia “traumática” vivida desde la partida hasta la llegada al país receptor produce dos tipologías de refugiados: los refugiados *agudos* y los refugiados

*anticipatorios*. El primer grupo es aquél que incluye a aquellos refugiados que no han planeado absolutamente nada y sólo dejan su país de residencia cuando la situación es absolutamente insostenible. Sin embargo, el segundo grupo de refugiados, *anticipatorios*, son aquellos que llegan a prever el peligro antes de salir del país, lo que permite una mínima preparación de recursos para afrontar el futuro incierto que les espera. Estos suelen ser refugiados que pertenecen al sector de la sociedad con mayor educación y posibilidades económicas.

En todo caso e independientemente del grupo al que pertenezcan los sujetos tratados, se da en ellos un denominador común que sufren por igual: la pérdida de amigos, familia, vecinos, colegios, culturas y de la forma de vida que habían mantenido hasta ese momento.

#### *Consecuencias y algunos problemas relacionados con el proceso migratorio*

Una vez tratados los diversos aspectos que se cobijan bajo los términos “refugiado” e “inmigrante o migrante”, no cabe olvidar las consecuencias que implica un proceso tan sumamente complicado como es dejar atrás toda una vida de relación. Ello ha sido merecedor de estudios psicológicos. Por ello, numerosas investigaciones indagan, en todas estas problemáticas vividas, los “factores de estrés” o similares, detallando las consecuencias vividas por un migrante, con objeto de emplearlas posteriormente y enfocar adecuadamente la ayuda psicológica que se necesita. De las múltiples problemáticas encontradas, se explicarán algunas en detalle a continuación.

En primer lugar, existe un concepto que se menciona con frecuencia cuando se trata de hablar de los efectos de la migración: el concepto de duelo migratorio. Esta noción fue acuñada por el psiquiatra Joseba Achotegui Loizate (2009) para explicar - independientemente de si las consecuencias migración han podido evolucionar en un sentido positivo o negativo para la vida del sujeto- que este proceso de cambio siempre integrará una serie de dificultades, que él agrupa bajo el nombre de “duelo”. Según lo expuesto por Loizate en la obra de Ruiz Martínez (2012), este duelo migratorio se define como “*el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales causados por la pérdida de algo o de alguien con el cual se ha estado emocionalmente vinculado*”. La expresión de este duelo se puede manifestar de muchas maneras, desde la aparición de síntomas depresivos tales como llantos, baja autoestima o apatía hasta alteraciones en el sueño,



problemas digestivos y sentimientos de soledad, a los que no se sabe poner nombre muchas veces, pero que en la mayoría de las ocasiones obedecen a aspectos relacionados con el proceso migratorio. A su vez, la autora recalca que la falta de tratamiento de este duelo puede generar además problemas para superar futuros obstáculos; estos últimos a su vez podrían desembocar en un posible duelo futuro, susceptible de reavivar aquellas emociones que no pudieron ser vividas y digeridas adecuadamente en su momento. Al final, este duelo se describe muchas veces como una “pérdida inconclusa” porque ha supuesto dejar atrás lugares, personas y otros elementos con los que se guarda una vinculación emocional y que de manera distante se sigue manteniendo por redes sociales, por la televisión, por noticias, etc. De ahí la importancia de que el tratamiento - tema que se abordará más adelante- se centre en la posibilidad de expresar y tomar conciencia de todas esas emociones de culpa, miedo, o incluso liberación, que han aflorado a raíz del cambio.

Por otro lado, no solamente ha de tenerse en cuenta, como factor potenciador de los estresores psicológicos mencionados al propio desplazamiento de un lugar a otro - el cual dependiendo de la situación, puede ser más o menos voluntario y/o forzoso - sino también a la comprensión de que la entrada y adaptación a una nueva cultura también son generadoras de estrés en lo económico, lo social y lo cultural para el migrante o refugiado. Así, más allá del duelo psicológico que supone el proceso migratorio, otra problemática más cotidiana a los que tanto los inmigrantes como los refugiados pueden verse expuesta es la barrera del lenguaje. Slobodin y de Jong (2014) explican cómo los problemas para describir y explicar los síntomas, que padece un refugiado en un centro sanitario, le conducen a considerar las ayudas ofrecidas como insuficientes o inadecuadas. Por su parte, los propios especialistas también estiman que los tratamientos ofrecidos a estas personas son de escasa efectividad, cuando por ejemplo-explican los autores citados-las personas a las que ha sido concedida el asilo tienen que trasladarse a un sitio diferente de aquél en el que recibieron la ayuda. En efecto, esta situación motiva que no se pueda llevar a cabo un seguimiento de dichos tratamientos, si el inmigrante carece de un dominio mínimo del lenguaje del país receptor para entender la importancia de esa continuidad en el seguimiento de su caso. Westmeyer (1989), según menciona Dow en su escrito (2017), expone que “no poder mantener una conversación o expresar los sentimientos y pensamientos puede ser un factor de estrés y conflicto considerable para una familia, donde muchas confusiones, malentendidos y problemas para cumplir con sus

responsabilidades, se deben al desconocimiento de la lengua del país de recepción y a la dificultad para entender los elementos prácticos del lenguaje no verbal”. Los hijos suelen tener menos dificultades para aprender una lengua nueva a corto plazo, por lo que muchos ayudan a sus padres como intérpretes y traductores a la hora de llevar a cabo actividades de la vida diaria. Casas y Pytluck (1980), según señala Dow (2017) en su artículo, ponen de manifiesto que la utilización de los hijos como intérpretes lleva a que se produzcan desequilibrios en la jerarquía padres-hijos, lo que consecuentemente acarrea problemas en la convivencia y en las relaciones paternofiliales.

Los problemas familiares no sólo se centran en las jerarquías paternofiliales, sino que también se pueden producir en el seno del matrimonio por diferencias entre ambos cónyuges. Las dificultades vividas en el lugar de destino son en muchas ocasiones factores de estrés que confluyen en el matrimonio, donde un miembro de la pareja puede haber visto el proceso de migración como una necesidad vital para ellos, mientras que la otra puede haberlo visto logrado como no tan necesario. La adaptación de cada miembro de la pareja a sus lugares de destino también difiere según la persona, por lo que si una de las dos partes consigue una “aculturación”, más o menos rápida, en su lugar de destino, y la otra parte no lo ha logrado, pueden desencadenarse tensiones y roces en la pareja. Westermeyer (1986), según lo afirmado por Dow (2017) apunta a que la probabilidad de que se den situaciones de violencia física en la pareja se ve aumentada cuando sus miembros viven circunstancias tan sumamente estresantes como las que implica un proceso migratorio.

Otro de los problemas vinculados con el estrés que experimentan los inmigrantes cuando llegan a los países de arribada se relacionan con la angustia y decepción que sienten como consecuencia de una alteración en su estatus socioeconómico. Estadísticas recogidas en Canadá en el año 2008 y expuestas en el trabajo de Dow (2017), detallan cómo los inmigrantes que han alcanzado mayores logros y gozado de mejor estatus socioeconómico en sus países de origen, son los que más sufren estas diferencias, debido a esa falta de reconocimiento de la que carecen en sus nuevos destinos. Aunque los sujetos de peor condición socioeconómica no sufren tanto por razón de su “estatus”- ya que están más dispuestos a trabajar en cualquier labor que les provea de un beneficio económico-, encontrar trabajo y adaptarse a las condiciones laborales en el país receptor son dos de las mayores dificultades con las que se encuentran los inmigrantes. El desempleo, problemas

de discriminación y racismo en el trabajo junto con los problemas que las barreras lingüísticas generan en ese ámbito inducen síntomas depresivos elevados en estas poblaciones cuando estas situaciones se prolongan en el tiempo. Pernice and Brook (1996), según se menciona en el artículo de Dow, confirman este dato en un estudio llevado a cabo tanto con refugiados como con inmigrantes en Nueva Zelanda.

Por último, no siempre la recepción en el país de acogida a estos grupos de inmigrantes o refugiados se produce como esperan, y esto también ha demostrado ser un factor de estrés para ellos. En ocasiones incluso, este problema los lleva a aislarse del resto de la sociedad y a generar problemas relacionados con la soledad. Es frecuente que los inmigrantes que llegan a nuevos destinos provengan de países donde los vínculos cercanos y sociales son muy importantes en sus culturas, por lo que adaptarse a tradiciones más occidentales, o más propensas al individuo como tal, suele suponer una barrera difícil de romper (incluso, puede no llegar a superarse). Berman et al. (2009) apuntan que las redes de apoyo social con las que antes contaban en sus países de origen, ahora se han roto por el cambio; la tarea de reconstruirlas en el nuevo destino conlleva un gran esfuerzo que se prolonga en el tiempo.

Las redes de apoyo suelen ser fundamentales para las categorías de migrantes mencionadas, sobre todo a la hora de tomar decisiones, o bien para obtener información e incluso para descubrir aspectos propios que sin ese apoyo social no podrían aflorar. La probabilidad por tanto de encontrar dificultades y confrontar problemas relacionados con la ansiedad, la soledad y la incertidumbre ante la ausencia de una red de apoyo social de base, crece considerablemente.

Los problemas que los inmigrantes o refugiados encuentran en sus nuevas ocupaciones en el marco de los países receptores obedecen a numerosas razones, siendo el principal el hecho de que los locales suelen tener establecidas redes y contactos consolidados entre ellos, por lo que no suelen estar dispuestos a abrirlas a personas ajenas. A su vez, las culturas fuertemente arraigadas en la cohesión y convivencia en grupo suelen buscar adentrarse en redes dentro de las cuales sus miembros comparten esos aspectos culturales que les unen entre sí. Según un estudio llevado a cabo por Murphy en 1977 (Dow, 2017), los inmigrantes que se asientan en aquellos lugares donde existe una sólida comunidad étnica dentro de la que comparten valores, cuentan con un factor de bienestar mental considerable, ya que esa comunidad actúa como mecanismo de protección frente a

“estresores” asociados al racismo y demás adversidades. Para aquellos que no cuentan con esa ventaja comunitaria, Flores et al. (2010) estima que la ausencia de esta ventaja supone con frecuencia un aumento de la probabilidad de que se produzcan conductas de riesgo así como una mayor involucración en peleas, mayor promiscuidad sexual o un aumento en el consumo de alcohol o de sustancias psicotrópicas. De esta manera, la búsqueda de una comunidad étnica similar por parte de los inmigrantes recién llegados, suele considerarse un factor de gran relevancia para su bienestar, sobre todo por la sensación de protección que reciben de ella.

A modo de conclusión, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) editó en 2012 una publicación referida a la importancia de la salud de los inmigrantes, utilizando el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) en la que se abordan los determinantes sociales de la salud, aplicados a las circunstancias que envuelven al inmigrante. Este modelo nos permite entender e identificar los diferentes aspectos que confluyen en la vida de aquél, partiendo de los factores biológicos e individuales (edad, sexo, educación) y siguiendo por los estilos de vida y las condiciones sociales, económicas, culturales, laborales y vitales. De esta manera, el cuadro adjunto nos permite valorar la importancia de los distintos elementos que conforman las diversas esferas de la vida del inmigrante. El desequilibrio en cualquier de ellos puede suponer un factor de riesgo para la salud mental de este último.

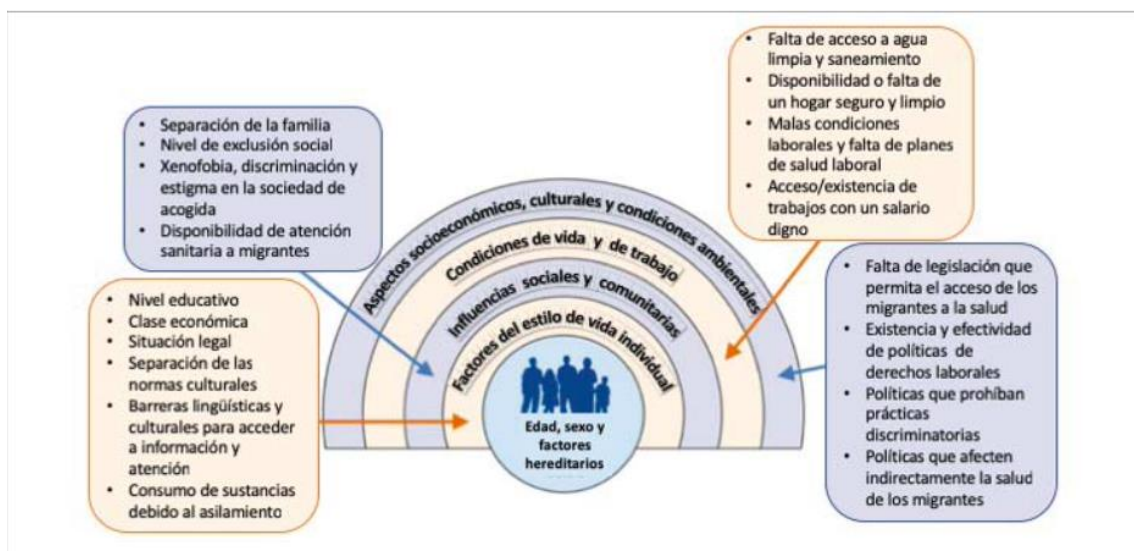


Figura 1: Adaptación del modelo de Dahlgren y Whitehead 1991. Adaptado de la OIM (2012). Fuente: elaboración de María Luces del Rio (2019)

Aunque se han mencionado varios problemas vividos frecuentemente por los diversos grupos que migran desde sus países a nuevos destinos, tanto de manera forzosa como voluntaria, confluyen otros más que no se han mencionado y que sin embargo padecen también estos sujetos, como pueden ser los recogidos en la tabla.

Existen evidencias, según las cuales estos obstáculos impiden una saludable adaptación de las personas a sus nuevos lugares de destino, por lo que se estima que el trabajo psicológico con ellas debe de llevarse a cabo con el máximo respeto y precaución, teniendo en cuenta todo lo que implica este “nuevo comienzo”.

#### *Barreras para acceder a la Salud Mental por parte de inmigrantes y de refugiados*

Una vez tratados los problemas relacionados con el propio proceso migratorio, no cabe desatender a la importancia de las barreras que se han encontrado tanto en refugiados como en inmigrantes para acceder a los servicios de atención a la salud mental. Aparte de los obstáculos lingüísticos y sociales anteriormente mencionados, otros aspectos relacionados con las creencias, la confidencialidad y los estigmas sociales también dificultan el acceso a estos servicios de primera necesidad para ambas categorías de desplazados.

En un primer momento, en relación con aquellos refugiados y/o inmigrantes ilegales que entran en un país sin la documentación básica que les permita acceder a este tipo de servicios, la ayuda que se les puede ofrecer desde el punto de vista de la salud mental es mínima, por lo que la atención médica y sanitaria es en la práctica inexistente. Por otro lado, dependiendo de la cultura de la que provengan los migrantes, el sistema de creencias acerca de los problemas psicológicos y de sus remedios varía. Según Giacco et al. (2014), los profesionales dedicados a la salud mental suelen descubrir sistemas de creencias -las cuales se centran más en causas “sobrenaturales”-, que si bien resultan extrañas al pensamiento occidental, resultan sin embargo ser argumentos de peso para pacientes que provienen de culturas no occidentales. A su vez, se observa una preferencia por los diagnósticos fisiológicos ante las problemáticas que estos profesionales clasificarían como “mentales o psicológicas”. Por ello los procedimientos diagnósticos encuentran dificultades a la hora de diferenciar entre síntomas reales y contrastados dentro del marco de lo que está culturalmente determinado y aceptado en el país receptor. Esto explica que para alcanzar la comunicación terapéutica que se busca con la psicoterapia - si persisten

las diferencias de pensamiento cultural entre los pacientes y terapeutas- difícilmente podrá constituirse una relación que se apoye en la confianza.

Por otro lado, en numerosas sociedades, tanto occidentales como orientales, existe un estigma social que influye en muchos de los conceptos que pueden acompañar a la palabra “mental”: desorden, problema, trastorno etc. Así personas provenientes de estas sociedades o círculos, en las que se las pueda calificar negativamente por cualquier condición clínica que padezcan, rehúsan tanto solicitar tratamientos como medicarse. Giacco et al. (2014) menciona poblaciones de Asia y de Hispanoamérica como ejemplos de esta actitud. Buscan ese apoyo psicológico más en el seno de sus familias y en ocasiones en ONG’s u organizaciones religiosas, y menos en los servicios sociales. Aquellas entidades las reciben y acogen en su búsqueda de ayuda, sin que sean tachadas negativamente por la “condición” psíquica o mental que padezcan o quieran resolver.

Además, las condiciones socioeconómicas desfavorables a las que se ven sometidos numerosos refugiados y/o inmigrantes, cuando llegan a sus destinos, son consideradas caldo de cultivo para la marginalización de estos grupos en la sociedad receptora. Aspectos como los costes de los servicios sanitarios, los seguros de salud y el desempleo no les permiten acceder a este tipo de servicios, aunque los necesiten (sólo lo consiguen escasamente a través de los servicios sociales, ONGs y organizaciones religiosas) y en la mayoría de los casos sólo pueden aspirar a una atención ambulatoria

## **Metodología**

Con el objetivo de investigar acerca de las relaciones interpersonales y dinámicas surgidas en sujetos tanto inmigrantes como refugiados desde los métodos empleados en las terapias grupales enfocados hacia este tipo de población, se hizo una revisión extensa de documentos de interés desde el acceso a base de datos como PsycINFO o Google Scholar. Desde aquí, se utilizaron y combinaron de diversas maneras las palabras “terapia de grupo”, “manual”, “tratamiento”, “inmigrantes”, “refugiados” “dinámicas”, “intervención” y “estrategias” con el objetivo de acotar y concretar la búsqueda de los documentos de interés. De esta manera y para cumplir con el objetivo del trabajo, los artículos seleccionados abarcan contenido relevante a terapias e intervenciones grupales en población inmigrante y refugiados, independientemente del abordaje grupal empleado. Por otro lado, se acotan las fechas de 2010 a 2021, con el objetivo de encontrar aquellos

trabajos de mayor actualización posible en este campo de intervención en la población descrita, aunque trabajos de fechas anteriores también han sido empleados debida a la relevancia de su contenido para el presente trabajo. No se ha hecho ninguna discriminación en términos de lenguaje, en lo que respecta al inglés como al español, debido a que el tema tratado se enfoca en un problema de índole internacional. Es así como el número de investigaciones y artículos se ven considerablemente multiplicados por la inclusión de ambas lenguas. Es cierto que numerosas poblaciones de inmigrantes y refugiados provienen de países de lengua no-inglesa ni española, por lo que existe la posibilidad de que haya investigaciones que se centren en el tema tratado sin estar traducidas, por lo que su omisión en el presente trabajo se hace evidente.

### **Tratamiento**

Dada la gran variedad de problemáticas a los que se enfrentan tanto los inmigrantes, (sobre todo los ilegales y los de modesta condición socioeconómica) como los refugiados, numerosas investigaciones se han centrado en encontrar los métodos más indicados y/o favorables para el tratamiento psicológico de estos sujetos. Sin embargo, antes de detallar los resultados que arrojan las diversas investigaciones, conviene tener en cuenta dos aspectos clave a la hora de afrontar un tratamiento con extranjeros y culturas diferentes: el sobrediagnóstico del inmigrante y la sensibilidad multicultural del profesional dedicado a la atención de la salud mental.

Según Block et al. (2018), centrar las investigaciones en el trauma que los inmigrantes han soportado es una práctica común entre los investigadores y profesionales, por lo que la mayoría de los tratamientos para refugiados e inmigrantes están enfocados hacia el tratamiento del trastorno producido por el estrés post-traumático o TPET. Sin embargo, la labor de abordar estos trastornos se ve dificultada por la cultura de la que provienen los refugiados e inmigrantes, cuando aquélla resulta incompatible con las psicoterapias o éstas no son vistas con buenos ojos o aceptadas de buen grado (como ya se ha mencionado anteriormente).

A su vez, Achotegui (2017) se pregunta “¿cómo se puede, por ejemplo, diagnosticar de enfermo depresivo a un inmigrante que está plenamente dispuesto a recorrer andando, corriendo si hiciera falta, 20 kilómetros a buscar un trabajo...? Pues se hace con frecuencia.” El cambio vital que figura en un proceso migratorio puede acarrear

numerosas secuelas psicológicas y emocionales, por el hecho de dejar atrás una cultura, una forma de vida, un grupo social y una familia en un corto espacio de tiempo (como al que se ven expuestos los refugiados). Sin embargo, esta circunstancia no tiene por qué implicar el diagnóstico de un trastorno generalizado en todos los sujetos la inmigración, ya que se trataría, conforme con el criterio de Achotegui (2017) de una “enorme simplificación”. El riesgo de sobre diagnosticar tanto a un inmigrante como a un refugiado acarrea numerosos efectos indeseables a los que se enfrenta tanto el que “padece el trauma” como el profesional dedicado a la atención de la salud mental que lo diagnostica. “Victimizar” a aquellas personas que han vivido esos procesos potencialmente traumáticos pero que, sin embargo, no han desarrollado patología alguna, puede mermar las capacidades de superación y/o las reacciones psicológicas de las que dispongan. Por otro lado, el tratamiento psicológico de los trastornos mentales supone un desembolso económico y un desgaste físico y emocional considerable, que puede afectar tanto a la ética del profesional sanitario como a la propia situación vital del sujeto. Keida (2008), según lo afirmado por Achotegui (2017), establece que, en el ámbito del metaanálisis llevado a cabo sobre el trauma y la psicopatología, “sólo el 20% de las personas que viven situaciones traumáticas desarrollan trastornos mentales, entre ellos, el trastorno por estrés post-traumático”. Como consecuencia del sobrediagnóstico, las probabilidades de que estas personas sean considerados “enfermos” o “víctimas” y que así se les estigmatice frente al resto de la sociedad se incrementan. Paralelamente, aumentan las dificultades para su adaptación y las posibles decisiones de autoaislamiento y exclusión del resto, amplían a su vez la probabilidad de sufrir una sintomatología bien depresiva, bien agresiva (frustración, rabia) a causa de la no integración.

Desde otro punto de vista, proteger al diagnóstico frente a un uso excesivo del mismo no significa que los inmigrantes, que hayan vivido situaciones traumáticas, no necesiten apoyo, más bien lo contrario. Reforzar la capacidad de resiliencia del ser humano - heredada de antecesores ya acostumbrados a situaciones de peligro y adversidad- mediante un apoyo y un trabajo terapéutico adecuados puede facilitar una mejor adaptación a la nueva situación vital que se origina después de un proceso migratorio largo y complejo

Con respecto a la segunda clave mencionada, numerosas investigaciones hacen referencia a la imprescindible preparación del profesional para concienciarse acerca de las



numerosas diferencias culturales que pueden surgir en el curso de las interacciones con los refugiados e inmigrantes. Giacco et al. (2014) menciona que para estos sujetos provenientes de culturas radicalmente distintas, sus “diferentes visiones y expectativas pueden estar vinculadas a la percepción de no necesitar atención mental sanitaria y a un conocimiento escaso sobre estos servicios”. En efecto, es habitual que individuos pertenecientes a las culturas ancestrales y más colectivistas no acudan a psicólogos, en caso de que necesiten “esa” ayuda. En estas situaciones, suelen acudir a los denominados “sabios”, que suelen ser personas de avanzada edad, para que sean ellos los que con su sabiduría y experiencia vital les brinden ese consejo que necesitan en momentos difíciles o de duda. De esta manera, y en muchas ocasiones, cuando los individuos que tratamos se ven desplazados a otros lugares, desconocen la práctica de acudir a los profesionales de la atención mental, como el psicólogo. Tanto es así que en ocasiones los confunden con médicos, ya que no son capaces de concebir la figura del psicólogo como un profesional que trabaja enfocado a la salud mental (algo que para ellos siempre se trata con el “sabio” o “jefe de la tribu”). Así, para lograr que el contacto y el intercambio entre ambas partes resulten productivos, el rol del psicólogo occidental ha de modificarse y adaptarse a la mentalidad y costumbres de los pacientes (inmigrantes o refugiados) para comprender sus necesidades. Es decir, habría de adoptar un rol “de guía” más que de “profesional de la salud mental” (que como ya se ha mencionado, no son vistos favorablemente en numerosas culturas).

Ryan y Deci (2000), de acuerdo con lo que sostiene Slobodin (2015), son partidarios de que los profesionales de la psicología, formados en una cultura occidental, hagan énfasis en la necesidad de que los padres permitan a los hijos separarse de ellos cuando alcanzan una determinada edad, con objeto de que lleven a cabo adecuadamente su desarrollo evolutivo. Dado que nos hallamos ante un dato que proviene de investigaciones realizadas en un contexto cultural occidental, este “énfasis” de los terapeutas en la separación paterno filial puede llegar a socavar la relación terapéutica entre ambas partes, si los miembros de la familia tratada provienen de una cultura donde la cohesión e interdependencia familiar ejercen una influencia difícil de superar. Por ello, la vertiente de estudio dedicada a una comprensión más amplia de las diversas variaciones culturales, según la procedencia de los distintos grupos de inmigrantes y refugiados, en lo que se refiere a relaciones intra-familiares, valores, patrones de crianza y de educación en etapas posteriores del desarrollo evolutivo, juega un papel fundamental

De esta manera, son numerosas las investigaciones que abogan en favor de una intervención más adaptada culturalmente a la diversidad de inmigrantes o refugiados. Numerosas son las investigaciones que buscan obtener resultados que finalmente no resultan fructíferos a la hora aplicarlos o replicarlos. Usar parámetros, técnicas, métodos o sistemas propios de las culturas occidentales supone con frecuencia aplicar instrumentos sesgados y con una alta probabilidad de error en el resultado. Por esta razón, se han de proponer nuevos métodos de trabajo terapéutico que se alejen de las técnicas convencionales, apoyándose en una sólida base empírica como las sugeridas en las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de traumas. Mediante ello, se da paso a aquéllas que puedan encontrar su sentido en prácticas similares a las que se ejercen tanto en las culturales no-occidentales como en determinados tipos de terapias grupales.

#### *Tipologías de intervención terapéutica con poblaciones de refugiados e inmigrantes*

Desde las perspectivas y técnicas de la psicología, propias de la cultura occidental, numerosos son los estudios que han intentado emplearlas para abordar la diversa problemática, surgida en poblaciones provenientes de culturas diferentes a la occidental. A su vez, dentro de estos estudios, un número considerable de ellos se ha centrado en los aspectos más dolorosos de las experiencias migratorias, como pueden ser, a título de ejemplo, los correspondientes al trastorno del estrés post-traumático, tanto en la migración forzada como en la voluntaria. Sin embargo, los aspectos que conforman al individuo en este tipo de categorías migratorias no se limitan únicamente al campo de lo traumático sino también a otras esferas bio-psicosociales.

Por un lado, los propios tratamientos empleados contra el estrés postraumático tampoco aportan las necesarias respuestas, al no tener en cuenta la elevada variabilidad que presentan los síntomas de dicho estrés. Sólo se estudian aquellos diagnósticos estrictamente elaborados conforme a las categorías occidentales. A modo de ejemplo, a resultas de que no se tienen en cuenta las consecuencias de tipo crónico, como puede ser el abandono forzoso de la cultura autóctona o la propia idiosincrasia, no concurre la evidencia necesaria para determinar la eficacia de este tipo de tratamientos.

En efecto, las experiencias traumáticas resultantes del proceso migratorio se han abordado por medio de terapias, validadas empíricamente en Occidente, como pueden ser las

terapias cognitivo-conductuales o terapias de exposición narrativa, a las que simplemente se incorporan elementos de sensibilización cultural autóctona.

En la revisión sistemática que llevan a cabo Slobodin y de Jong (2015) de las terapias enfocadas hacia el trauma, dichos autores establecen que, si bien no hay indicios de que este tipo de tratamientos empeoren a los pacientes, no se concluye con claridad, que tales métodos arrojen los resultados más positivos y fehacientes, como hemos señalado más arriba.

Por otro lado, los mismos autores investigaron otro tipo de tratamientos, esta vez atendiendo a los de tipo farmacológico y a los tratamientos de intervención grupal. En los primeros, de naturaleza farmacológica, los autores indican que se da, una vez más, una falta de evidencia empírica, digna de reseñar, para extraer conclusiones válidas acerca de la eficacia de los mismos. Además, la prescripción de medicamentos - específicamente antidepresivos, para el tratamiento del estrés post-traumático - a personas provenientes de otras culturas, requiere que se considere cuidadosamente el impacto de los efectos secundarios, que pueden desencadenar estos medicamentos en estas personas así como la sensibilidad de estas últimas hacia dichos efectos. La inexistencia de investigaciones y seguimientos en este tipo de intervenciones impide pues extraer conclusiones contrastadas acerca de su efectividad.

En cuanto a los segundos, los tratamientos grupales, las conclusiones de los autores citados son similares. En efecto, éstos establecen que la eficacia de la terapia grupal enfocada al tratamiento traumático resultaba similar a la de las intervenciones cognitivo-conductuales.

El análisis de los diversos tipos de tratamientos utilizados en colectivos de inmigrantes pone de manifiesto que, si bien existen pocos aspectos relacionados con el estrés post-traumático que mejoran con las diversas intervenciones antes mencionadas, la falta de análisis de otros elementos de la personalidad que no se incluyen en dichos tratamientos, impiden identificar los factores que realmente determinan o no la eficacia de los mismos (Slobodin y de Jong, 2015, pg.6). Es decir, aspectos tan relevantes como la comorbilidad y las variables demográficas, no permite identificar los factores que realmente determinan o no la eficacia de estos tratamientos (Slobodin y de Jong, 2015, pg.6).

Una vez reconocidas las carencias que se evidencian tras las diversas intervenciones que se llevan a cabo regularmente en servicios occidentales de asistencia de salud mental para el tratamiento de refugiados e inmigrantes, se han tratado de buscar otros tipos de enfoques terapéuticos que centran su interés en la consideración de aspectos situados más allá de los propios procesos traumáticos. En este sentido, autores como Murray y Zautra (2012), explican en sus obras que temas tan relevantes como la capacidad de resiliencia de los inmigrantes y de los refugiados no se tienen en cuenta a la hora de investigar la salud mental de estas categorías migratorias. Por ello, aconsejan redirigir el foco de atención de las investigaciones, a la hora de plantear las intervenciones terapéuticas, hacia la consideración de valores resilientes y fortalecedores de la personalidad del inmigrante o refugiado. Es decir, el objetivo de esta nueva perspectiva es atender no tanto a los factores que generan daño o perjuicio en los inmigrantes, sino más bien hacia aquellos otros de naturaleza constructiva y potenciadora, que los sujetos inmersos en este proceso pueden generar.

Desde esta perspectiva, un método de trabajo particularmente atractivo encuentra su origen en el “Clubhouse Model”. Dicho método se desarrolla en grupos de apoyo que prestan atención terapéutica a las fortalezas o potencialidades del ser humano (denominadas en las investigaciones como “strength-based support therapy”).

McKay et al. (2013) definen los “clubhouses” como grupos de trabajo, al margen del tratamiento clínico, que se constituyen para poner énfasis en aquel trabajo grupal que favorezca las potencialidades humanas y promueva así el trabajo dentro de comunidades en cuestiones tan relevantes como el empleo, las oportunidades educativas, las actividades lúdicas y saludables etc.

Aunque este tipo de trabajo terapéutico encuentra ya su origen en el estudio de personas con un historial de enfermedades o trastornos mentales, Block et al. (2018) explican que una adaptación de este modelo a los problemas, que pueden surgir en colectivos de inmigrantes y refugiados, han aportado resultados positivos, no solo en el tratamiento psicológico de los mismos sino además en una consideración holística e integradora de los diversos aspectos que envuelve la realidad vital del inmigrante o refugiado.

La metodología grupal y comunitaria de trabajo junto con el enfoque no-clínico que promueve este modelo de actuación constituyen instrumentos adecuados para su uso en

colectivos de refugiados e inmigrantes. Ello se debe precisamente a que se tienen en cuenta tradiciones culturales, tan relevantes en estos casos, como el hecho de que no exista la costumbre, o sea escasa, de pedir asistencia psicológica en culturas no occidentales. En otras palabras, el limitado acceso a los servicios de atención psicológica por inmigrantes y refugiados en los países occidentales, han promovido el desarrollo de un modelo de actuación diferente, no clínico y enfocado hacia el trabajo en comunidad. En opinión de estos autores, dicho modelo favorecerá un acceso más fácil y exitoso para el tratamiento de la problemática para la adaptación de estos colectivos.

En este sentido, la noción de grupo es el principal factor de apoyo en esta terapia, teniendo en cuenta que estos colectivos provienen de culturas comunitarias alejadas de los principios individualistas que informan la civilización occidental; principios con los cuales, como numerosas investigaciones resaltan, aquellos colectivos no consiguen conectar.

Según Block et al. (2018), este enfoque permite combinar tanto las vertientes culturales como personales de estos colectivos. Lo destacable es el hecho de que no solo se intenta afrontar los problemas de la identidad personal del individuo, sino también aquellos otros pertenecientes a la configuración más social de estos sujetos.

Bass et al. (2013), mencionados por Block et al. (2018), recogen que las investigaciones realizadas con esta terapia grupal han proporcionado resultados más favorables que aquellas centradas en terapias individuales. El empleo de conceptos culturales clave, estrechamente vinculados a los colectivos de refugiados, que se enlazan con los valores de resiliencia, fortaleza y crecimiento que se fomentan en el grupo terapéutico, ha demostrado que el camino así emprendido puede ser el adecuado.

Al final, de acuerdo con lo mencionado por Kaslow (2014), contar con la oportunidad de que sean otros compatriotas los que den la bienvenida a los recién llegados y les acojan en los nuevos destinos, facilita el proceso de transición y adaptación a la nueva realidad socio cultural en sus nuevos destinos. Asimismo, los recursos emocionales adquiridos mediante el trato y trabajo interpersonal con personas de iguales o similares procedencias, proporciona una oportunidad de empoderamiento y aprendizaje continuos.

Por otro lado, la falta de costumbre en acudir a servicios de atención a la salud mental en culturas no occidentales, disminuye la probabilidad de buscar ayuda psicológica en ellos por parte de los colectivos de migrantes. Por ello, desde la tipología de actuaciones que proporciona el modelo terapéutico grupal propuesto, la necesidad básica de adaptación al nuevo contexto cultural, tanto de manera emocional como social, se puede ver llevar a cabo de manera más eficaz y prudente.

Autores como Kira et al. (2011), a los que se refieren Block et al. en su obra (2018), identificaron una serie de pautas de trabajo en el marco de este modelo que han demostrado ser muy eficaces en la intervención terapéutica. Por un lado, inciden en aspectos relativos a la actuación, en concreto, sobre elementos estresantes del tiempo presente para pasar luego al estudio de los elementos estresantes del tiempo pasado. Kira et al. (2011) explica que cada individuo se enfrenta a problemas en su situación presente (problemas en el proceso de aculturación, o de tipo religioso, político etc.) que le gustaría superar. En atención a ello, se les anima a proponer distintos temas con objeto de que sean abordados y discutidos en las sesiones. Con esta terapia no solo se da respuesta a las necesidades presentes y personales de cada uno de los miembros del grupo sino que les prepara para adquirir nuevos conocimientos y en las habilidades necesarias para resolver problemas y tomar decisiones. Este aprendizaje impulsa además a anudar conexiones intergrupales y a mejorar simultáneamente la estima tanto del grupo como de la persona, gracias al apoyo entre los miembros de sus comunidades de origen o similares.

Por otro lado, componentes relativos a la terapia grupal enfocada hacia culturas no occidentales, como la homogeneidad de los miembros del grupo, la estructuración flexible de las sesiones y el trabajo personal de sus miembros para construir y desarrollar redes sociales entre sí, han demostrado su eficacia terapéutica. A modo de ejemplo, Block et al. (2018) establecen que la homogeneidad del grupo y más en concreto el hecho de que el grupo se halle formado por personas que han vivido experiencias similares, genera entre ellos un sentimiento de unión y conexión grupal; esto último puede repercutir de manera positiva en la auto estima de cada uno de los miembros.

Al fin y al cabo, el foco de atención de este modelo terapéutico se concentra en las dinámicas y en las relaciones interpersonales. El trabajo que se lleve a cabo en este contexto buscará facilitar el desarrollo de potencialidades ocultas o enmascaradas en sus

miembros; potencialidades que favorecerán su adaptación al nuevo contexto sociocultural en el que se hallarán inmersos y en el que habrían de integrarse.

*Las dinámicas y relaciones interpersonales en la aproximación terapéutica grupal del proceso migratorio. ¿Qué aspectos podrían no ser previsibles y qué dificultades pueden surgir en esta propuesta de modelo?*

Una vez expuesto el modelo terapéutico, basado en el “Clubhouse Model”, como la solución más plausible para la problemática actual del proceso migratorio, hay dos aspectos relacionados en el marco del trabajo que se desarrolla en este modelo grupal entre los terapeutas formados en la psicología occidental y los pacientes provenientes de otras culturas, que han de analizarse: por un lado, las dinámicas construidas desde el trabajo grupal, y por otro, las relaciones interpersonales surgidas a raíz de este último.

Las razones por las que estos dos elementos han de ser los protagonistas del análisis se fundamentan, en un primer lugar, en el hecho de que no parece posible, a día de hoy, establecer un método o técnica de trabajo, que sirva a modo de paradigma a la hora de abordar esta problemática. Por ello, sería de gran interés dar un primer paso procediendo a la observación, descripción y análisis de las dinámicas y relaciones interpersonales generadas en el trabajo grupal, para extraer conclusiones que luego nos permitan plantear nuevas y objetivas aproximaciones al fenómeno.

En segundo lugar, las relaciones y dinámicas que surjan del trabajo terapéutico grupal contienen en muchas ocasiones aspectos y elementos imprevisibles. Por ello, el análisis de los tres elementos esenciales del contexto terapéutico: el paciente, el terapeuta y la relación nacida entre ellos será determinante. Esto permitirá anticipar la aparición de problemas inesperados durante el proceso terapéutico.

Desde la perspectiva del paciente, al tratarse de personas que han vivido situaciones de profundo estrés, duelo y sometidos a la incertidumbre de un futuro aún no delimitado, se espera que del refugiado o inmigrante emane una serie de intranquilidades imprevisibles a este respecto. Loizate (2014) describe que en numerosas ocasiones, la injusticia vivida por estos individuos se traduce en emociones de “desconfianza, recelo, temor” etc. hacia todo aquel profesional con el que tengan que interactuar, tanto en el ámbito de la salud mental, como en el ámbito estatal (a título de ejemplo, aquellos pertenecientes a los

cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado). Es decir, independientemente de la proveniencia del profesional o de cuál sea su rol de acogida o rechazo, “la habilidad del inmigrante para abstraerse del contexto social en el que se le proporciona la relación asistencial, le impide aprovechar la relación terapéutica en todo su valor asistencial” (Loizate, 2014).

A su vez, ese abanico de emociones se traduce en numerosas ocasiones en una actitud de sumisión por parte de los inmigrantes y refugiados, ya que gracias a ella ha logrado sobrevivir. Sin embargo, detrás de esta actitud, o incluso, desde esa indefensión aprendida, lo que parece existir, según el autor, es un fuerte sentimiento de hostilidad hacia cualquier agente exterior en ese nuevo contexto donde se encuentra. Según Loizate (2014), esta vivencia les conduce a “congelar los duelos que han vivido”, hasta el punto de que no son capaces de aprovechar la oportunidad que se les ofrece de ayudas psicológicas y terapéuticas. No es de extrañar, por tanto, que se produzcan reacciones negativas a dichas asistencias terapéuticas, e incluso abandonos de los tratamientos, si los pacientes, que deben ser una parte activa del proceso, no pueden, en función de lo vivido, de confiar en la habilidad asistencial de los profesionales de la salud para comprender la situación por la que atraviesan y atender a sus necesidades. La confianza y la sinceridad han demostrado ser pilares fundamentales de las relaciones terapéuticas, y en muchas ocasiones determinan, en gran parte la eficacia, o no de estos procesos. Por tanto, si estas habilidades básicas del ser humano se han visto truncadas por procesos tan sumamente difíciles de asimilar como puede ser una migración, no cabe esperar con certeza que cualquiera que fuere el proceso terapéutico se obtengan resultados definitivos.

Loizate (2006) explica que numerosos estudios de la medicina y psicología psicosomática hacen referencia a que vivencias estresantes pueden llegar a desbordar las capacidades de resistencia psíquica de la persona, y que acaban por traducirse en somatizaciones y dolores corporales. Es decir, las palabras y los pensamientos surgidas de las mencionadas vivencias, dejan de servir al sujeto, pues le incapacitan para pensar adecuadamente. De ahí que lo que se pida por el paciente sea una ayuda más corporal y/o farmacológica. Es decir, estas dolencias físicas, que numerosos estudios concretan en cefaleas crónicas a resultas de situaciones de gran estrés (Loizate, 2006), a ojos del paciente, no buscan ser tratadas por especialistas en psicología, sino por medio de fármacos o especialistas en dolencias físicas. No obstante, la aplicación de fármacos de



efecto inmediato, lo único que consigue es minimizar el dolor durante un breve periodo de tiempo.

El quid de la cuestión por tanto en este caso se reduce a la dificultad para el inmigrante o refugiado de identificar el origen de sus problemas somáticos en procesos previos de naturaleza mental o psíquica. Por ello, será difícil convencer, a personas cuyas habilidades de confiar en los otros se han visto damnificadas por procesos migratorios complicados, de que la solución a sus problemas se halle en acudir a una terapia psicológica y no en un fármaco. Si eso se añade al desconocimiento y a la falta de costumbre de acudir a servicios de salud mental en sus propias culturas, no sería de extrañar que inmigrantes y refugiados sean reacios a participar en terapias, que aunque sean realizadas en grupo y con personas de mismas o similares culturas, no respondan sin embargo a su forma de entender y resolver sus problemas particulares.

En segundo lugar, desde la perspectiva del profesional también se pueden encontrar ciertas dificultades a la hora de atender a inmigrantes y refugiados. Loizate (2014) establece que por lo que concierne a las emociones de desconfianza, temor y en definitiva, de hostilidad, presentadas por los clientes, “las reacciones contra-transferenciales de los profesionales son factores que hemos de tener en cuenta como potencialmente perjudicadoras de la relación terapéutica”. En otras palabras, ante las situaciones de estrés y de desconfianza surgidas a raíz del proceso migratorio, el profesional terapeuta puede constatar que sus esfuerzos por ayudar a estos pacientes pueden resultar inútiles. No es descartable que esto genere sentimientos de impotencia y frustración ante la dificultad de dar con la respuesta adecuada. Según lo señalado por este autor, estos sentimientos de impotencia y frustración se pueden manifestar de dos formas muy distintas: por un lado, actitudes de rechazo por parte del profesional a participar en el proceso de ayuda al inmigrante o refugiado, y por otro, sentimientos paternalistas hacia estos últimos.

En el primer caso, estas actitudes de rechazo no solo se pueden traducir en un traspaso del problema a otro profesional, para que este último lo resuelva, sino que además se transmite al propio paciente un sentimiento de inseguridad y desesperanza. Dicho de otra forma, éstos últimos pueden hacerse a la idea de que los profesionales sanitarios son incapaces de comprenderlos, o de que rechazan hacer un esfuerzo en serio para ayudarles a resolver sus problemas. Además, esta reacción puede ser contraproducente para futuros intentos de ayuda, ya que debido a esos sentimientos de impotencia y frustración del

terapeuta vistos por los pacientes, estos pueden responder con una pérdida de confianza hacia los métodos psicológicos como posibles remedios para sus problemas más adelante.

Una reacción paternalista del terapeuta hacia la situación del inmigrante o refugiado, caracterizada por sensaciones de compasión o lástima, puede transformarse en un elemento de aversión y rechazo hacia la terapia. Es inevitable que los terapeutas empaticen con la situación que puedan traer los pacientes, ya que la empatía es una emoción básica que el terapeuta debe manejar con destreza. Sin embargo, la línea divisoria entre la empatía y la sobre-implicación puede llegar a difuminarse en aquellas situaciones tan sumamente conmovedoras como aquellas vividas en un proceso migratorio. Esto supondría un problema para la terapia y para la autoestima de los pacientes, si en definitiva lo que se pretende buscar en el espacio terapéutico es un elemento sustentador de las capacidades y habilidades del paciente para enfrentarse a su nueva realidad. Por ello, aunque la entereza y el autocontrol del terapeuta debe esperarse de un profesional, no podemos descartar la posibilidad de que se produzcan situaciones como las señaladas.

Desde otro punto de vista, Melero y Die (2010) explican que la necesidad de autoobservación y autocrítica en el terapeuta se hace ineludible cuando éste decide adentrarse en un contexto cultural al que es ajeno. Al igual que cambia el contexto que rodea a los terapeutas, también se producen cambios en las identidades de cada uno de ellos, debido al solapamiento que se produce entre su antiguo sistema de valores con los nuevos inputs que reciben en ese nuevo contexto terapéutico. Esto puede influir en los métodos de trabajo, además de generar sentimientos de confusión o incoherencia en uno mismo. Por ello, es conveniente adentrarse con cautela en el trabajo con culturas diferentes a la propia, debe ser una práctica que no se dé por hecho, ya que no se puede excluir a priori que se produzcan daños tanto en el proceso terapéutico como en sus integrantes.

Al mismo tiempo, si tenemos en cuenta que las aproximaciones psicológicas hacia este tipo de poblaciones son escasas, existe la posibilidad de que el psicólogo se vea abrumado por la dificultad de la situación, al no tener una garantía de que la terapia aplicada dé resultados favorables. Se ha demostrado que las especialidades profesionales dedicadas al tratamiento de la salud son extremadamente desgastadoras tanto en los aspectos físicos como mentales. Este hecho, añadido a que el proceso terapéutico grupal enfocado, como

hemos visto, hacia los aspectos resilientes y potenciadores de la persona, no ha aportado aún evidencia empírica que respalde sus resultados positivos con colectivos de inmigrantes y refugiados, pueden evidenciar la asunción de una responsabilidad que el terapeuta no quiera o no se vea preparado para afrontar. Loizate (2014) relata que “cuando un profesional se siente apoyado en su trabajo, bien dirigido, el efecto del burnout es mucho menor, pero cuando se siente como un fusible del sistema ante los problemas sociales, su moral decae gravemente”.

Por último, la relación terapéutica es el último aspecto al que hace falta referirse a la hora de ponderar los posibles inconvenientes que se puedan dar en este tipo de intervenciones psicológicas. En este sentido, tanto los valores y marcos culturales, como las diferencias entre las preocupaciones psicosociales de las partes, puede llevar a malentendidos. Como consecuencia de pertenecer a culturas diferentes, habrá elementos de estas que se hacen inherentes a la propia persona. De esta manera, inconscientemente, puede surgir una divergencia de perspectivas culturales propias, que, por mucha preparación y formación que se hayan alcanzado en la realidad intercultural, no impide su aparición inesperada en procesos terapéuticos complejos. Aquellos valores culturales, que suelen pasar desapercibidos en la cotidianidad, pueden poner en peligro por tanto la comunicación entre las partes cuando dos contextos culturalmente distintos interaccionan.

En definitiva, las dificultades que se presentan tanto en los pacientes como en los terapeutas y en general en la propia relación terapéutica, están condicionadas por aspectos culturales que no lleguen a confrontarse en algún momento del proceso terapéutico. Independientemente del colectivo de inmigrantes o refugiados que estemos tratando, el contexto social del país de arribada en el que se encuentran inmersos, engloba factores que chocan directamente con elementos culturales propios de sus lugares de origen. Por ello, como indica Melero y Die (2010), la precaución y el análisis de las diferentes situaciones que puedan darse en el proceso terapéutico, deberán ser observados meticulosamente con el fin de no dañar una relación que de por sí comienza con muchas dificultades añadidas, en comparación con otras terapias tratadas en el marco de un solo contexto terapéutico.

## **Conclusión**

La cuestión migratoria como fenómeno transnacional, no ya del siglo XX sino del siglo XXI, pone en clara evidencia una nueva realidad a la que nos enfrentamos y para la que, por el momento, no hay respuestas ni paradigma en el campo de la psicología para solucionar su problemática. La razón de ello estriba en que aun no siendo un fenómeno social estrictamente contemporáneo, presenta vertientes continuadas e insospechadas debido precisamente a la globalización y a sus derivadas. En efecto, dado que nos encontramos envueltos en un proceso de globalización progresiva, la necesidad de buscar respuestas y modelos alternativos de terapia que trasladen el foco de atención desde la figura del individuo hacia los aspectos más comunitarios y grupales de la psicología parece razonable. Así a lo largo del presente trabajo, se ha propuesto una aproximación terapéutica que se apoya en atender no tanto a la situación individual de la persona, sino más bien a los elementos de resiliencia y fortaleza de los individuos en un marco comunitario o grupal.

En este sentido, la satisfacción de las necesidades más básicas y el cumplimiento de objetivos limitados y asequibles dentro de grupos o espacios de acompañamiento, como el poner en valor en los nuevos destinos las vivencias de éxito vividas, pueden constituir una herramienta de trabajo adecuada. Una vez aseguradas la supervivencia física, la estabilidad emocional y la seguridad material de estos colectivos, se podrá construir consensuadamente esa nueva narrativa que cada inmigrante o refugiado necesita para desarrollar su resiliencia, conforme a los diferentes tipos de duelo, ordenándolos y priorizándolos. No existe un único perfil de inmigrante o refugiado, por lo que es necesario en el trabajo grupal, pese a la dificultad inherente a esta clase de procesos, potenciar el sentimiento clave de unión o de comunidad en cada uno de ellos.

Ante la ausencia por el momento de pautas objetivas y de un encuadre aceptados por la comunidad científica, se encuentran puntos en común que pueden constituir puntos de partida para generar ese sentimiento de pertenencia al grupo que impulse el trabajo terapéutico grupal, como puede ser la semejanza de las razones que obligan a emigrar al individuo. Sin embargo, la complejidad de la labor del psicólogo en este ámbito va a requerir por ello de una formación continua y actualizada así como de un esfuerzo permanente por su parte (desde el análisis y estudio, por ejemplo, de artículos científicos recientes sobre aspectos innovadores de los procesos migratorios, hasta obras artísticas producidas en los países de origen de estos colectivos).

Finalmente, el impacto transnacional generado por la inmigración de hoy en día con sus diversas facetas y las sucesivas olas de refugiados, ponen de manifiesto que no solamente ha de llevarse a cabo un trabajo psicológico profesional sino además resulta imprescindible una aproximación interdisciplinar en este tema. En efecto, la creación de redes y grupos de trabajo entre los diversos campos profesionales que se dedican a los temas migratorios puede aportar una mejora cualitativa a la atención integral de la salud mental del inmigrante y del refugiado. Es de esperar que esta perspectiva integradora e interdisciplinar arroje resultados esperanzadores en el campo de la futura atención psicológica de ambos colectivos.

## Bibliografía

- ACNUR (2016): La protección de los refugiados y la migración mixta: el Plan de los 10 puntos en acción (en línea). [http://www.acnur.es/PDF/7526\\_20120511131557.pdf](http://www.acnur.es/PDF/7526_20120511131557.pdf) acceso 10 de mayo de 2016.
- Achotegui, J. (2017). Acerca de la psiquiatrización y el sobrediagnóstico de los traumas en los inmigrantes y refugiados. *Temas de Psicoanálisis*, 13, 1-14.
- Angora Canego, R. (2016). Trauma and stress in refugee population in transit to Europe. *REVISTA CLINICA CONTEMPORANEA*, 7(2), 125-136.
- Bass, J. K., Annan, J., McIvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ... & Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182-2191.
- Berman, H., Mulcahy, G. A., Forchuk, C., Edmunds, K. A., Haldenby, A., & Lopez, R. (2009). Uprooted and displaced: A critical narrative study of homeless, Aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Issues in mental health nursing*, 30(7), 418-430.
- Block, A. M., Aizenman, L., Saad, A., Harrison, S., Sloan, A., Vecchio, S., & Wilson, V. (2018). Peer support groups: Evaluating a culturally grounded, strengths-based approach for work with refugees. *Advances in Social Work*, 18(3), 930-948.
- Blount, A. J., & Acquaye, H. E. (2018). Promoting wellness in refugee populations. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 461-472.
- Bunn, M., Goesel, C., Kinet, M., & Ray, F. (2016). Group treatment for survivors of torture and severe violence: A literature review. *Torture Journal*, 26(1), 23-23.
- Bunn, M., Marsh, J., & Haidar, A. (2021). Sharing Stories Eases Pain: Core Relational Processes of a Group Intervention with Syrian Refugees in Jordan. *The Journal for Specialists in Group Work*, 1-23.
- Casas, J. M., & Pytluk, S. D. (1995). Hispanic identity development: Implications for research and practice.
- de Madrid, C. O. D. P. (2016). Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados. *Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*.
- Dow, H. D. (2011). An overview of stressors faced by immigrants and refugees: A guide for mental health practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 23(3), 210-217.
- Droždek, B., & Bolwerk, N. (2010). Evaluation of group therapy with traumatized asylum seekers and refugees—The Den Bosch Model. *Traumatology*, 16(4), 117-127.
- Flores, E., Tschann, J. M., Dimas, J. M., Pasch, L. A., & de Groat, C. L. (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk

- behaviors among Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 264.
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 282-288.
- Hutchinson, R., King, N., & Majumder, P. (2021). How effective is group intervention in the treatment for unaccompanied and accompanied refugee minors with mental health difficulties: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 00207640211057727.
- Im, H., & Rosenberg, R. (2016). Building social capital through a peer-led community health workshop: A pilot with the Bhutanese refugee community. *Journal of community health*, 41(3), 509-517.
- Kaslow, F. W. (2014). Intervening with immigrant families: An integrative systems perspective. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(2), 177-191.
- Kira, I. A., Ahmed, A., Wasim, F., Mahmoud, V., Colrain, J., & Rai, D. (2012). Group therapy for refugees and torture survivors: Treatment model innovations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62(1), 69-88.
- Kira, I. A., & Tummala-Narra, P. (2015). Psychotherapy with refugees: Emerging paradigm. *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 449-467.
- Loizate, J. A. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (19), 59-85.
- Loizate, J. A. (2014). Psicoterapia en inmigrantes: condicionantes sociales y culturales. *Avances en salud mental relacional*, 13(1), 3.
- Luces del Río, M. (2019). El impacto psicológico de la migración: El duelo migratorio en mujeres africanas.
- Martínez, M. C. R. (2012). Inmigración y salud psicosocial: creando puentes, formando redes. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (13), 253-273.
- McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (2022). 4 Migration Research and Analysis: Recent United Nations Contributions. *World Migration Report*, 2022(1), e00025.
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.
- Melero, L., & Die, O. L. (2010). La persona más allá de la migración. *Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Valencia, Ceimigra.

- Mosca, D., Rijks, B., & Schultz, C. (2011). Health in the post-2015 development agenda: The importance of migrants' health for sustainable and equitable development. *Migration Policy Practice*, 2(6), 5-10.
- Murphy, H. B. M. (1977). Migration, culture and mental health. *Psychological medicine*, 7(4), 677-684.
- Murray, K., & Zautra, A. (2012). Community resilience: Fostering recovery, sustainability, and growth. In *The social ecology of resilience* (pp. 337-345). Springer, New York, NY.
- Pernice, R., & Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: Association of demographic and post-immigration factors. *The Journal of social psychology*, 136(4), 511-519.
- Pinilla, Y. R. P. R. (2012). La migración y sus duelos. *Poiésis*, (24).
- Rafieifar, M., & Macgowan, M. J. (2022). A Meta-Analysis of Group Interventions for Trauma and Depression Among Immigrant and Refugee Children. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 13-31.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Family interventions in traumatized immigrants and refugees: a systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 723-742.
- Slobodin, O., & De Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.
- Statistics Canada. (2008). Educational portrait of Canada, 2006 Census (Analysis Series, 2006 Census, Statistics Canada Catalogue No. 97560XIE2006001). Ottawa, Ontario: Author. Retrieved from <http://www12.statcan.ca/english/census06/analysis/education/pdf/97-560-XIE2006001.pdf>
- Westermeyer, J. (1989). *Mental health for refugees and other migrants: Social and preventive approaches*. Charles C Thomas, Publisher.
- Westermeyer, J. (1986). Migration and psychotherapy. In C. Williams & J. Westermeyer (Eds.), *Refugee mental health in resettlement countries* (pp. 39-42). Washington, DC: Hemisphere.