

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.

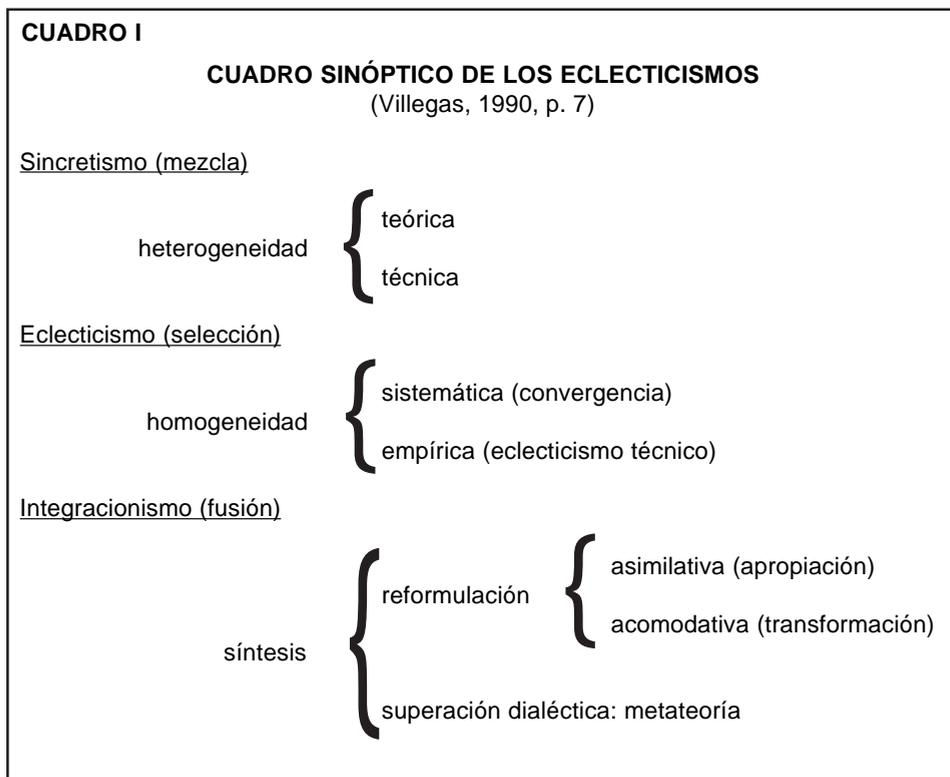
En medio de esta sociedad cada vez más plural y multicultural, los profesionales de la salud tendrán que saber realizar algunos cambios, en su forma de tratar de comprender y de atender a quienes soliciten sus servicios. Por muchos impedimentos que pongan los médicos convencionales, con el apoyo de sus 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)	- Psicosisíntesis (R. Assagioli)	- <i>Focusing</i> (E. Gendlin)
- Psicoterapia de la Gestalt (F. Perls)	- Psicoterapia centrada en la Persona (C. Rogers)	- Psicoterapia de los Constructos Personales (G. Kelly)

B. MODELOS DE LOS QUE INTEGRAMOS SÓLO O CASI SÓLO TEORÍAS

- Psicoterapia adleriana (A. Adler)	- Psicoanálisis humanista (E. Fromm)	- Psicoterapias existenciales (R. May y V. Frankl)
- Psicoterapia Analítica (C.G. Jung)	- Neopsicoanálisis (K. Horney)	- Psicoterapia Familiar Sistémica

C. MODELOS DE LOS QUE INTEGRAMOS PRIORITARIAMENTE TÉCNICAS Y SECUNDARIAMENTE ALGUNAS TEORÍAS

- Psicodrama (J.L. Moreno)	- Biosíntesis (D. Boadella)	- Análisis corporal de la relación (A. Lapierre)
- Psicoterapia postrogeriana (G. Egan)	- Bioenergética (A. Lowen)	

D. MODELOS DE LOS QUE CASI SÓLO INTEGRAMOS TÉCNICAS

- Ensueño Dirigido (R. Desoille)	- Arteterapia (M. Naumburg)	- Psicoterapia Eidética (A. Ashen)
- Psicoterapia de la imaginación (J.E. Shorr)	- Sistema de Centros de Energía (S. Milderman)	- Psicoterapia Cognitiva (A. Beck)
- Imaginería Afectiva Guiada (H. Leuner)	- Psicodanza (M. Chace)	- 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)	- Programación Neurolingüística (R. Bandler y J. Grinder)	- Conciencia Sensorial (Ch. Selver)
- Técnicas de Meditación	- Musicoterapia	- Masaje Sensitivo Gestáltico (M. Elke)
- <i>Hatha Yoga</i>	- Expresión corporal (P. Stokoe)	- <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 G. Schattner y R. Courtney	1979 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 Caractero-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	estructurada en cuanto a la técnica	interaccional		estructurada en cuanto al marco
Función Corporal				
Movimiento	<i>Sport-terapia</i> Expresión Corporal Danza Primitiva Mimo-terapia Ergoterapia Antigimnasia <i>Qi Gong</i> Hipnoterapia Método Feldenkrais <i>Konzentrativ-Bewegunstherapie</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>Konzentratve Bewegungstherapie</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>Konzentratve Bewegungstherapie</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.

PATRÓN DE CONDUCTA
INSTRUMENTAL

FUENTE DE REFUERZO

	<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 irreplicable 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 irreplicable 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 irreplicable 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 energización 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 Psicopsintesi 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 Psicopsintesi*. 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).