

El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales

The challenge of working on the extended therapeutic relation and the negative transfer with immigrants, minorities and the socially excluded

Joseba Achotegui y María Jayme
Universidad de Barcelona, España

Resumen: La actuación clínica y asistencial con personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, especialmente inmigrantes que padecen estresores extremos como rupturas familiares forzadas, lucha por la supervivencia, situaciones de miedo e indefensión, etc., nos muestra que la relación que establecen con los profesionales que les ayudan (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de enfermería...) posee características especiales. Es en este marco en el que hacemos referencia a “la relación terapéutica extendida o ampliada”, término que pretende describir que en estos casos la relación asistencial va mucho más allá de los cauces de la clásica relación de tipo médico o psicológico e incluye demandas de cuidado físico y protección. Así mismo en estos contextos terapéuticos la relación terapéutica del excluido contiene una elevada transferencia negativa. *Palabras Clave:* inmigración, relación terapéutica extendida, relación terapéutica ampliada, transferencia, contratransferencia, somatización, estrés crónico, *burn out*.

Abstract: Clinical and care intervention with people living situations of chronic stress and social exclusion, especially immigrants who suffer extreme stressors such as forced family breakdowns, struggle for survival, situations of fear and helplessness, etc., shows that the relationship established with professionals who help them (doctors, psychologists, psychiatrists, social workers, nurses....) has special features. It is within this framework that we talk of the ‘extended or expanded therapeutic relationship’. This term aims to describe a relationship that goes far beyond the traditional medical or psychotherapeutic relationship and includes demands for physical and social protection. In these cases, the therapeutic relationship with the patient also has a high level of negative transference.

Key words: immigration, extended therapeutic relationship, amplified therapeutic relationship, transference, countertransference, somatization, chronic stress, burnout.

Joseba Achotegui además de ser Profesor titular de la Universidad de Barcelona es Secretario de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: jachoteguiloizate@ub.edu

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

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

Sin embargo, el profesional sanitario ha recibido, en general, muy poca formación para trabajar en este tipo de relación terapéutica. Incluso con frecuencia la respuesta emocional del profesional (la contratransferencia) suele poseer evidentes elementos de confusión y ambivalencia ante estas demandas que percibe como “excesivas” a nivel profesional ya que considera que van más allá de su competencia técnica sanitaria.

La relación terapéutica extendida o ampliada. Concepto

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

Denominaríamos “relación terapéutica extendida o ampliada” (Achotegui, 2002, 2010, 2015) al conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situaciones de estrés crónico y exclusión social. Es importante señalar que al utilizar el término ‘demandante’ queremos señalar que no todas las personas que consultan a los servicios de salud mental son enfermos mentales.

La relación terapéutica extendida tiene evidentemente una parte explícita (aquello que el demandante puede expresar abiertamente, la petición de ayuda y la actitud de queja ante unos estresores que le abruma), pero posee otra parte inconsciente, que consideramos tanto o más importante, ya que aunque no exprese abiertamente ante el clínico estas demandas (o lo haga de modo parcial) no dejan de estar presentes y de formar parte de las expectativas de la entrevista. Es lo que hay “debajo” de la demanda: lo que nos está expresando más allá de lo explícitamente verbal y que incluye los elementos transferenciales.

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

Es obvio, en relación a lo que hemos planteado, que un componente esencial de esta relación terapéutica extendida sería la transferencia y la contratransferencia. Tal como lo define el diccionario de psicoanálisis de Jean Laplanche (1981) la transferencia sería un proceso de actualización de deseos inconscientes sobre ciertos objetos, especialmente en la relación terapéutica. El paciente expresa en la relación terapéutica los patrones relacionales emocionales infantiles (aunque este proceso se da en su máxima expresión en el marco de la relación terapéutica, se halla presente en todas las relaciones, especialmente en las relacio-

nes con las figuras de ayuda que nos evocan las relaciones parentales). Como es sabido, Freud consideró inicialmente la transferencia como una resistencia al éxito del tratamiento, un mecanismo de oposición al conocimiento del inconsciente, para más adelante comprender que era justamente la llave que permitía la curación, al posibilitar revivir y modificar en el contexto emocionalmente adecuado del tratamiento las experiencias infantiles perturbadas. Por eso el autoanálisis no tendría el mismo éxito, ya que no se puede experimentar ni elaborar la transferencia. La relación terapéutica extendida se expresa ante todo en la relación transferencial.

De todos modos se ha de tener en cuenta que “Transferencia” es un concepto tan utilizado y desarrollado en el ámbito de la psicología y la salud mental que se ha convertido en polisémico. Proviene del psicoanálisis pero el concepto se ha utilizado en las técnicas de psicoterapia en general. La transferencia es el proceso de transferir. “Es la actualización de vivencias inconscientes, infantiles y adultas”. Se expresa en todas las relaciones humanas, tiñe todas las relaciones humanas. Se expresa sobre todo en las relaciones terapéuticas.

Si analizamos brevemente la evolución del concepto de transferencia veremos que aparece muy pronto en la obra de Freud, en *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895/1984). En un primer momento es considerada como “un suceso desafortunado”. Freud busca a través de la asociación libre el acceso a los recuerdos inconscientes y la transferencia es un obstáculo. Hasta tal punto que Breuer abandona el caso de Ana O. La transferencia es vista como resistencia. Más adelante introduce el concepto de “neurosis de transferencia”, se sustituye “la neurosis ordinaria del paciente por la neurosis de transferencia”. Se convierte ahora en el eje de la cura psicoanalítica, la llave del proceso terapéutico. Sandler (1993) señala que el concepto de transferencia ha ido ampliándose continuamente desde su inicio en la cura psicoanalítica, en tratamientos de larga duración y muy costosos accesibles en general a clases medias o altas de la sociedad. Luego se amplía en las psicoterapias que son tratamientos más cortos que llegan ya a los ciudadanos de a pie. Tras la segunda guerra mundial aparecen los servicios nacionales de salud y “se democratiza” la atención en salud mental. Se adapta la interpretación y el manejo de la transferencia a tratamientos aún mucho más cortos.

Elementos de la relación terapéutica extendida o ampliada

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

Desde el lado del demandante

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

Sin embargo, esta hostilidad se halla con frecuencia oculta bajo el manto de la sumisión amedrentada ante las repetidas vivencias de indefensión aprendida que dan lugar a que estas personas congelen los duelos que han vivido. Y es ante la figura del terapeuta o trabajador de la red asistencial ante quien se pueden expresar esos sentimientos que habitualmente deben reprimirse. Es como el caso del niño que se da un golpe en la guardería

y cansado de llorar y de que nadie le haga caso congela el sufrimiento, pero cuando llega la madre se echa a llorar otra vez. Es en la relación terapéutica, un espacio privilegiado de relación donde se expresa mejor que en ninguna parte esta queja. Pero lógicamente si el profesional no entiende la situación, el mecanismo psicológico que la provoca, habrá problemas porque lo interpretará como un ataque personal y puede reaccionar inadecuadamente.

Se ha de tener en cuenta en relación a estos sentimientos de hostilidad que en las personas sometidas a situaciones de estrés crónico, hay una disminución de la autoestima (D'Ardenne y Mahtani, 1999). Los inmigrantes y las minorías (porque no se debería considerar inmigrante a quien ha nacido aquí tenga la cultura que tenga) no se sienten reconocidos y aceptados por amplias capas de la sociedad de acogida. No hay que olvidar que siglos de racismo han introducido tanto en los occidentales como entre los propios colonizados la idea de desigualdad. Como han escrito Kareen y Litlewood (1992), el racismo forma parte del sentido común de los blancos. Podríamos decir que aunque los profesionales nos consideramos “los buenos” de esta película, que nosotros no somos como el funcionario o el policía, en la mente del paciente con frecuencia formamos parte del mismo grupo.

Esta hostilidad y transferencia negativa llega al extremo de que incluso los mediadores, intérpretes, o profesionales de origen inmigrante también son percibidos con frecuencia como alguien que está al otro lado de la mesa, al otro lado de “la trinchera”. Han sido denominados los “Tíos Tom” (haciendo referencia al esclavo sumiso a su amo) tal como señalan D'Ardenne y Mahtani (1999). Estas autoras llegan a señalar que muchas veces el terapeuta es visto como alguien que está más del lado de los problemas que tiene el paciente inmigrante que del lado de las soluciones a sus problemas. Hasta el punto esto es así que Kareen (1999) se plantea si se analizaría un judío alemán con un alemán no judío.

Hay un dato que corrobora claramente lo que estamos señalando: el alto índice de abandono terapéutico de los inmigrantes y los grupos en exclusión social. Son plusmarquistas en los abandonos de los tratamientos, sobre todo los subsaharianos (Aponte, Rivers y Wohl, 1995).

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

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

Los inmigrantes y las minorías no tan sólo acuden menos a los servicios médicos sino que efectúan menos visitas y abandonan el tratamiento en un porcentaje especialmente elevado (si esto ya pasa en toda la psiquiatría, en la psiquiatría transcultural aún más). Los subsaharianos son el grupo que más abandona los tratamientos (Kareen, 1999; Aponte, Rivers y Wohl, 1995).

Varios factores se han señalado como causa de estos frecuentes abandonos. Es importante explicar que el tratamiento es un proceso, no es algo que se efectúa de una sola vez, como puede ocurrir con los tratamientos de la medicina tradicional. Nos hemos encontrado en el SAPPPIR con casos de pacientes que no acudían a la visita concertada y volvían a pedir visita tiempo después. Al preguntarles por qué no habían acudido a la visita concertada nos comentaron que no habían entendido por qué les habíamos citado, si ya habíamos hecho el tratamiento.

La transferencia negativa se expresa en que el inmigrante bate todos los récords de incumplimiento terapéutico (Aponte, Rivers, y Wohl, 1995). El paciente va muchas veces buscando más ayudas sociales que psicológicas, a pesar de sus síntomas.

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

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

Por otra parte la otra cara de la moneda de esta hostilidad y temor sería la idealización. Pero tampoco es una cara positiva. No es lo mismo idealización que relación positiva. Al igual que ocurre en la infancia, la idealización es un mecanismo que constituye la otra cara del temor y la hostilidad: en el mundo infantil es la otra cara del ogro, el monstruo, el perseguidor... Se basa en la negación de lo malo, en la ocultación de una parte de la realidad. Como señalan D'Ardenne y Mahtani (1999), los inmigrantes tienden también, por otro lado, a idealizar el poder de las técnicas occidentales y dado que tienen la autoestima más baja que los autóctonos, incluso consideran que cuando no mejoran es porque son ellos los que fallan: ellos no valen, no son lo suficientemente capaces como los occidentales. Estos sentimientos favorecen obviamente el abandono del tratamiento. Como señalan D'Ardenne y Mahtani (1999): "El terapeuta es visto más como una parte de los problemas del paciente que como una solución a sus problemas".

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

Uno de los síntomas somáticos más relevantes en estas situaciones es la cefalea. Así, en los datos que manejamos en el SAPPPIR, el 76,7% de inmigrantes visitados con el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) tenían cefaleas crónicas. Y estamos haciendo referencia a población joven. Y tal como ha señalado la medicina psicosomática la cefalea crónica se relaciona con la hostilidad reprimida, lo que nos vuelve al apartado anterior de la transferencia negativa. Una paciente marroquí nos decía que su cabeza era "como una bomba" a punto de estallar. Podemos ver cómo la cefalea se relaciona con la inhibición dolorosa del acto de pensar, con lo que se obtendría un beneficio secundario. Es tan frecuente la cefalea que para abreviar la denominamos "inmigraña", migraña del inmigrante.

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

La expresión somatizada hace que también sea muy difícil en algunos casos tratar estos síntomas que tienen tendencia a estar muy instalados, incluso podríamos decir enquistados, en el sujeto. Sin embargo, el que el inmigrante no inhiba la expresión psicológica del síntoma favorece en mayoría de los casos que pueda ser tratado. En la somatización pura, hay un funcionamiento obstinado, pasivo-agresivo, muy difícil de modificar en las intervenciones terapéuticas. También sabemos que las clases populares, en las que los estresores crónicos y la exclusión social son muy relevantes, somatizan más, tienen menos introspección.

La relación terapéutica extendida se halla fuertemente somatizada. Ya hemos señalado que la cultura occidental separa radicalmente la mente del cuerpo. Descartes lo lleva al extremo. Ya desde Platón se considera

que el cuerpo es la cárcel del alma. Si la hostilidad o el sufrimiento psíquico son muy intensos tienden a somatizarse. La somatización también expresa la demanda de un cuidado físico, más primitivo.

Desde el lado del profesional

Impotencia y frustración. Es frecuente que ante la hostilidad presente en la demanda de los pacientes que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, el profesional se vea embargado por sentimientos de impotencia y frustración, dadas las dificultades que entraña la respuesta terapéutica en estos casos. Aquí se podría aplicar el concepto de M. Klein (1957/2006) de identificación proyectiva: hacer sentir al otro el malestar propio.

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

- Actitudes de rechazo: el profesional puede considerar que la situación que el paciente le plantea no le corresponde resolverla: “estas demandas no son de mi ventanilla, de mi negociado...”. Le puede plantear que vaya con sus problemas al trabajador social, ante lo cual no es extraño que el paciente tenga la sensación de que no han comprendido que sus problemas son a la vez psicológicos y sociales.
- Reacciones de tipo paternalista: compasión, lástima. Pero el paternalismo esconde elementos de tipo sadomasoquista que incrementan la baja autoestima de estas personas ya que las inferioriza e infantiliza aún más. El paternalismo se halla ligado también a defensas de tipo omnipotente ante las dificultades del paciente y puede ser también la expresión de la sobreactuación como una formación reactiva frente a sentimientos de rechazo del profesional.

Como muestra de este tipo de actitudes, en un debate, en un lenguaje muy poco correcto, un compañero con una sólida formación biomédica señalaba: “yo no he estudiado no sé cuántos años de medicina, el MIR y un máster en neuroimagen... para acabar viendo a gente llena de problemas sociales a las que no hay manera de sacar un dolor de cabeza, que son capaces de venir en chándal a la consulta, con aspecto de ‘pringaos’” Estas situaciones nos recuerdan una escena de la novela de Tom Wolf (1988) “La hoguera de las vanidades” sobre cómo les va a los abogados formados en las grandes universidades americanas cuando tienen que moverse en los ambientes populares señalando cómo en Yale te dan una visión muy académica del mundo, muy teórica, pero luego te las has de ver con que calza zapatillas deportivas.

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

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

La contratransferencia del terapeuta tampoco es fácil. Todas las personas, de todas las culturas, tienen sus prejuicios hacia otros grupos humanos y deben ser elaboradas. Una mala elaboración de esa contratransferencia sería la expresión del rechazo a los inmigrantes o el tomar actitudes discriminatorias hacia ellos. Por supuesto, estas actitudes presentan claramente problemas de tipo ético, ya que suponen actitudes de discriminación. Pero también pueden tomarse actitudes inadecuadas por el extremo opuesto, es decir, por tomar actitudes paternalistas o de sobreprotección a los inmigrantes, actitudes que responderían a una negación o una elaboración también inadecuada (aunque con menos gravedad) de la contratransferencia. El paternalismo supone un trato de tipo infantilizador a los inmigrantes, trato que no favorece el *empowerment*, el crecimiento personal, un objetivo muy importante de todo tratamiento.

En el peor de los casos hay hostilidad mutua, lo cual ya es la máxima expresión del fracaso del manejo de la relación terapéutica. El profesional se ve desbordado por la situación de tensión y fracasa en la elaboración de su propia contratransferencia.

El burnout del profesional. Esta situación asistencial puede constituir un factor potenciador o facilitador de la aparición del *burnout*, el estar quemado, en el terapeuta. Sobre todo cuando el sistema sanitario deja al profesional “solo ante el peligro”.

El concepto de *burnout* fue acuñado en 1969 por H. B Bradley, pero consiguió gran aceptación a partir de la obra de H. Freudenberger, unos años más tarde, en la que analizaba la desmoralización que se apoderaba de los voluntarios que trabajaban en el servicio de atención a toxicómanos en el Coger East Side de Nueva York. Freudenberger observa cómo al cabo de un año muchos de estos jóvenes, cargados de buenas intenciones, acaban por presentar desmotivación, fatiga, cefaleas, molestias gastrointestinales, insomnio.... El autor lo relaciona con que estos jóvenes altruistas habían ido comprobando cómo a pesar de sus esfuerzos los pacientes toxicómanos se resistían al cambio, eran impermeables a la intervención terapéutica.

Un aspecto importante a reseñar es que cuando el profesional se siente apoyado en su trabajo, bien dirigido, el efecto del *burn-out* es mucho menor, pero cuando el profesional se siente como un fusible del sistema ante los problemas sociales, su moral decae gravemente. Como es sabido, el colectivo médico es uno de los más afectados por esta problemática.

Un aspecto muy importante es también la contratransferencia. De ahí la importancia de cuidar al cuidador: grupos Balint, grupos de apoyo a los profesionales, formación permanente, supervisión.

Es muy importante analizar en la relación asistencial qué hay “debajo” de la demanda: lo que el sujeto nos está expresando más allá de lo explícitamente verbal y que incluye los elementos transferenciales. Es obvio, en relación a lo que hemos planteado, que un componente esencial de esta relación terapéutica extendida sería la transferencia y la contratransferencia.

Conclusión

Hemos señalado en este texto cómo en las situaciones de estrés crónico y exclusión social que se viven en inmigrantes en situaciones extremas, la relación terapéutica se halla modificada, ya que las demandas del paciente abarcan aspectos que van allá de lo médico y psicológico e incluyen peticiones de protección y ayuda social, de ahí el concepto de “relación terapéutica extendida”. No tener en cuenta estos aspectos de la relación asistencial conduce con frecuencia al abandono del tratamiento, algo muy frecuente en inmigrantes, minorías y grupos excluidos socialmente. Se señala cómo esta relación terapéutica extendida se caracteriza desde el lado del paciente por la hostilidad y las somatizaciones y desde la perspectiva del profesional por los sentimientos de impotencia y frustración e incluso el *burnout*.

Referencias

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, España: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2010) *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises*. Llançá, España: Ediciones el mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2015). *Intervención psicológica y psicosocial con inmigrantes, minorías y excluidos sociales*. Llançá, España: Ediciones el mundo de la mente.
- Aponte, J., Rivers, R. y Wohl, J. (1995). *Psychosocial Interventions and Cultural Diversity*. Boston, USA: Allyn and Bacon.
- Brown, G., y Harris, T. O. (1978). *The social origins of depression*. New York, USA : Free Press.

- D'Ardenne, P. y Mahtani, A. (1999). *Transcultural counseling in action*. London, UK: Sage publications.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1984). Proyecto de una psicología para neurólogos. En *Obras Completas* (Vol. I). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1895).
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Kareen, J. (1999). *Intercultural Therapy: themes, interpretations and practice*. London, UK: Blackwal Science.
- Kareen J. y Littlewood R. (1992). *Intercultural Therapy*. Oxford, UK: Blackell Science.
- Klein, M. (2006). Envidia y gratitud. En *Obras completas*, Vol. II. Barcelona, España: RBA Ediciones. (Obra original publicada en 1957).
- Laplanche. J. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, España: Labor.
- Sandler, J. (1993). *El paciente y el analista*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Wolf, T. (1988). *La hoguera de las vanidades*. Barcelona, España: Anagrama.

Artículo recibido: 18/05/2016

Revisión recibida: 13/06/2016

Artículo aceptado: 14/06/2016