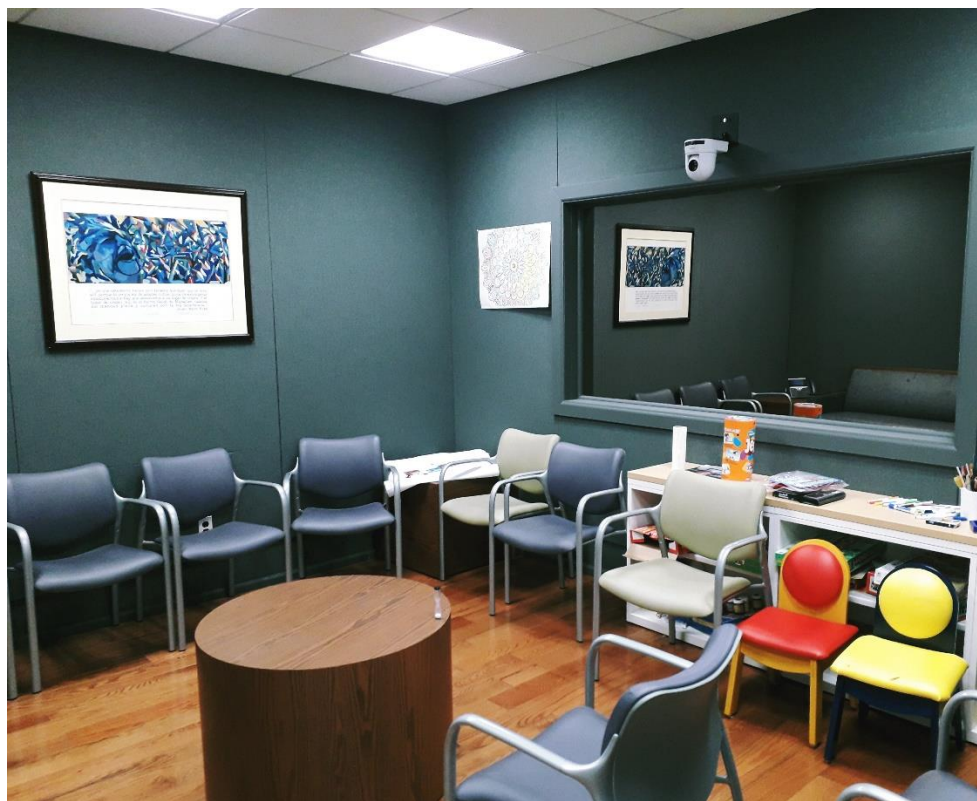


PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR



Becas
ANPIR
2018-
2019

Centro de Terapia Familiar y Comunitaria Roberto Clemente
Family Guidance Center, Nueva York

Sara Diego Castaño

Hospital Clínico Universitario de Valencia

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR

CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR Y COMUNITARIA ROBERTO
CLEMENTE FAMILY GUIDANCE CENTER, NUEVA YORK

ÍNDICE

▪ Introducción	p. 2
▪ Descripción del centro	p. 5
▪ Actividades realizadas	p. 10
▪ Guías de intervención	p. 15
▪ Adolescencia e inmigración	p. 20
▪ Reunificación familiar	p. 21
▪ Aplicabilidad a nuestro contexto	p. 24
▪ Valoración personal	p. 26
▪ Agradecimientos	p. 29
▪ Referencias	p. 30
▪ Bibliografía recomendada en castellano	p. 32
▪ Anexos	p. 33

INTRODUCCIÓN

El Roberto Clemente Center forma parte de la red del NYC Health + Hospitals/Gouverneur, la principal red de sanidad concertada del estado de Nueva York. Gouverneur nace con el fin de que todos los residentes de Nueva York puedan acceder a un sistema de salud de calidad, con independencia de su solvencia económica, idioma o su estatus migratorio. Por ello, además de aceptar la mayor parte de los proveedores de seguros, presta servicios a las personas que no tienen uno contratado o cuyo seguro no les cubre la asistencia que necesitan mediante ayudas financieras o tarifas reducidas.

Por su parte, el Roberto Clemente Center constituye el principal recurso de salud mental ambulatorio de la zona sur de Manhattan. La clínica, fundada en 1983, fue pionera en el Estado de Nueva York introduciendo la cultura como un componente esencial en el tratamiento de la salud mental de las personas. Esta sensibilidad cultural se materializó desde el primer momento incluyendo un equipo clínico bilingüe con diferentes orígenes culturales. Además, todos los programas del centro comparten una aproximación ecosistémica. Según esta filosofía, las personas son atendidas y entendidas dentro de un contexto y en interacción con su familia, comunidad y sociedad. Esta lente permite tener en cuenta en el trabajo clínico tanto los retos relacionados con el entorno, por ejemplo, inmigración, opresión, pobreza...; como el momento del ciclo vital en el que se encuentra la persona y su familia.

El nombre del centro rinde homenaje a los valores de Roberto Clemente, famoso jugador de baseball conocido por sus esfuerzos humanitarios. Entre otras aportaciones, Clemente se manifestó en contra de la discriminación sufrida por los jugadores latinos y afroamericanos y desarrolló diversos programas dirigidos a la infancia. Falleció en un accidente aéreo en 1972 mientras transportaba asistencia médica para las víctimas de un terremoto en Nicaragua.

La filosofía del Roberto Clemente Center se organiza entorno a los siguientes principios: orientación comunitaria, sensibilidad cultural, orientación familiar, énfasis en el aprendizaje y el desarrollo, participación e integración comunitaria.

Así pues, las principales áreas de especialización asistencial y formativa del centro quedarían recogidas en los siguientes apartados:

- La inmigración y su impacto en la familia.
- Los procesos de socialización en roles de género.
- La pobreza y sus efectos en la familia.
- La encarcelación y sus repercusiones en la familia.
- La promoción de competencias.
- La salud general (y salud mental en particular) durante la adolescencia.
- Las familias de acogida.
- El matrimonio intercultural.
- El sobrepeso y la obesidad.
- La educación y el empowerment.

Los objetivos de la rotación recogen aspectos docentes, asistenciales e investigadores, pudiendo sintetizarse en:

- > Reunir y aplicar conocimientos y habilidades de Terapia Familiar a nivel individual, de pareja, familiar y grupal.
- > Aumentar la formación y experiencia en el abordaje del trauma infantojuvenil y adulto.
- > Tomar consciencia de las características específicas de la evaluación y tratamiento en salud mental con población inmigrante; así como desarrollar estas competencias mediante el ejercicio práctico.
- > Participar en actividades de investigación y divulgación científica.

A lo largo de estas páginas presentaré la memoria de mi rotatorio de 16 semanas en la Unidad de Terapia Familiar del Roberto Clemente Center durante los meses de enero - abril de 2019. En primer lugar, haré una breve descripción del centro, sus instalaciones y servicios ofertados, para posteriormente comentar las actividades realizadas durante mi estancia, incluyendo un cronograma de la rotación. Tras estos apartados se incluye otro más extenso en el que desarrollaré el modelo de conceptualización y tratamiento

del centro, junto con consideraciones específicas para dos problemáticas concretas por su frecuencia e interés personal. La memoria llega a su fin con una reflexión sobre la aplicabilidad de estos aprendizajes a nuestro contexto, la valoración de la estancia y los oportunos agradecimientos. En las últimas páginas pueden encontrarse las referencias bibliográficas, un listado de lecturas recomendadas en castellano así como los anexos.

DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

El Roberto Clemente Center fue fundado por Jaime E. Inclán, Doctor en Psicología Clínica por la Universidad de Nueva York y Profesor Asociado en la misma universidad. El Doctor Inclán es también miembro de la Academia de Terapia Familiar Americana (AFTA), supervisor de Terapia de Familia acreditado por la Asociación Americana de Terapia de Parejas y Familias (AAMFT) y miembro del Consejo Editorial de las revistas *Family Process*, *Psychology of Men and Masculinity* y *Redes*.

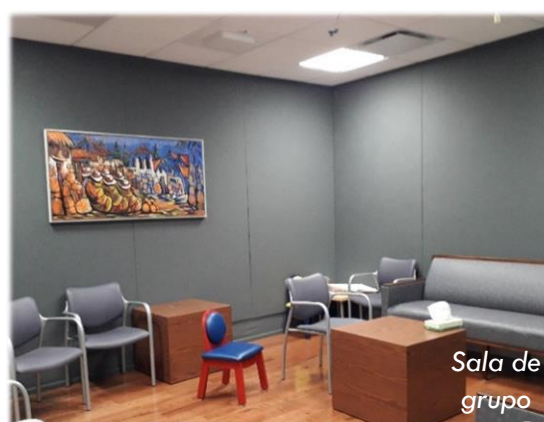
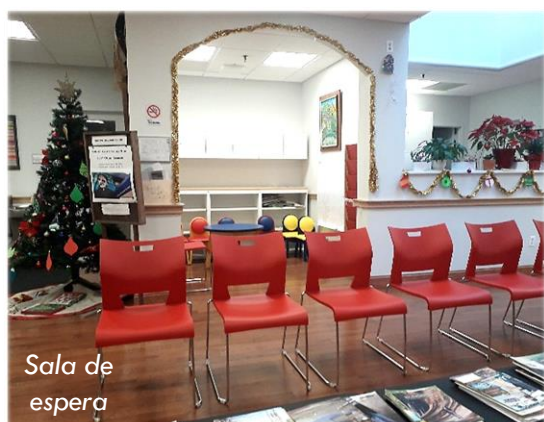
Con el fin de mejorar la atención en materia de salud mental ofrecida a familias inmigrantes y/o más desfavorecidas socioeconómicamente, desde el centro se desarrolla el modelo Ecológico Roberto Clemente. Este modelo parte de la idea de competencia cultural (véase Qureshi Burckhardt y Collazos Sánchez, 2006), y se nutre tanto de conceptos sistémicos (límites, sistemas, estructura, jerarquía, roles, reglas, rituales, alianzas, etc.), como del modelo bioecológico de Bronfenbrenner; con el fin de poder atender a aspectos como la diversidad cultural y de valores, la inmigración y las distintas dinámicas familiares (Inclán y Albores, 2007).



La Clínica se encuentra ubicada en el 540 E 13th Street, Manhattan

El Roberto Clemente Center consta de dos pisos. La entrada principal da acceso a la primera planta, formada por la zona de admisión y recepción, una sala de espera, el puesto de seguridad, una zona auxiliar de administración y el despacho del director del

centro. Anexada a esta zona se encuentran los despachos donde se pasa consulta, los aseos, tres salas para realizar actividades grupales y la sala del centro de día. Dos de las salas de grupo disponen de espejo unidireccional con sistema de grabación y sonido.



El piso inferior es de uso exclusivo del personal del centro. Dispone de una zona general con una mesa alargada, sillas y estanterías con libros; un espacio con ordenadores para todos los profesionales y estudiantes del centro, una cocina, los aseos, una sala de reuniones y dos despachos polivalentes.

El centro está conformado por tres servicios clínicos y uno formativo:

- The Roberto Clemente Family Guidance Program: Es un programa ambulatorio acreditado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York para proporcionar psicoterapia y counselling, con énfasis especial en la terapia familiar. La oferta asistencial incluye terapia psicológica individual, de grupo, de pareja, de familia, psicoterapia de juego y tratamiento psicofarmacológico (acompañado necesariamente de algún formato de psicoterapia). La elección de la modalidad de tratamiento va a depender fundamentalmente de las necesidades de los clientes. Aunque se tiene presente el diagnóstico o el motivo de consulta, la decisión del tipo o tipos de psicoterapia en las que participará el paciente se realiza (en colaboración con la persona o la familia) siguiendo un planteamiento estratégico, pudiendo ir cambiando a lo largo del proceso terapéutico. De esta forma, gran parte de los tratamientos grupales se organizan en cada momento en función de la demanda asistencial y considerando los beneficios que podría tener para la persona el encuadre grupal. En el siguiente apartado, **Actividades realizadas**, se describirán las principales problemáticas y diagnósticos atendidos.

- The Silvia Del Villard Program: Recurso acreditado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York para proporcionar abordaje intensivo, estructurado, rehabilitador e integral para personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Sus principales objetivos son la prevención de la re-hospitalización, la facilitación de la reinserción en la comunidad y la promoción del funcionamiento óptimo de las personas.
- The Roberto Clemente Primary Care Service: Ofrece servicios de atención primaria (medicina, pediatría y ginecología) para los residentes del área cuyos hospitales de referencia son el Bellevue Hospital Center y el Gouverneur Hospital. Se enfatizan las funciones de interconsulta a salud mental y de prevención y promoción de la salud.
- The Institute for Family and Community Care: Unidad de formación en Terapia Familiar. Los objetivos de la unidad son la adquisición de conocimientos, habilidades y flexibilidad en el abordaje (competente, ético y creativo) de los cambiantes retos de nuestra profesión. Para ello se trabaja a través de seminarios teóricos y prácticos de terapia sistémica, supervisión de casos individual y grupal, así como observación de sesiones de evaluación y tratamiento individual, grupal y familiar (algunas a través de espejo unidireccional). Este programa recibe un gran número de estudiantes universitarios (máster, doctorado) y residentes de distintas profesiones (psicología clínica, psiquiatría y trabajo social) así como partes del mundo. Las rotaciones internacionales se encuadran dentro de este programa, en coordinación con el dispositivo ambulatorio The Roberto Clemente Family Guidance Program.

Los principales profesionales que componen los servicios de salud mental del centro, junto con sus áreas de especialización e interés, aparecen recogidos en la siguiente tabla:

Jaime Inclán Psicólogo	Terapia sistémica Terapia ecológica Terapia psicodinámica Investigación
----------------------------------	--

<p>Magdalena Marino Psicóloga Clínica / Trabajadora Social</p>	<p>Teoría ecosistémica Terapia familiar y de pareja Terapia con inmigrantes y refugiados Intervenciones centradas en el trauma Separación y reunificación familiar Investigación clínica</p>
<p>Cecilia Vera Trabajadora Social</p>	<p>Teoría ecosistémica Terapia familiar y de pareja Proceso de inmigración e impacto familiar Psicoanálisis</p>
<p>Oscar Ocasio Psicólogo</p>	<p>Enfoque comunitario Competencia cultural Envejecimiento Colectivo LGTBIQ Investigación</p>
<p>Arnaldo Ramos Psicólogo</p>	<p>Intervención con TMG en hospital de día</p>
<p>Miguel Vilaro Psiquiatra</p>	<p>Apego EMDR Expresión psicósomática del trauma Psicoterapia sensoriomotriz</p>
<p>Héctor Ramírez Psiquiatra</p>	<p>Neurología</p>

La calidad y el interés por los servicios ofrecidos desde el centro se han visto reflejados en la elevada cantidad de profesionales que acuden a formarse al Roberto Clemente Center, las publicaciones realizadas a lo largo de los años, así como los reconocimientos y premios recibidos desde su creación. Entre estos últimos, destacan el premio Franz Fannon (otorgado por el Centro de Postgrados en Salud Mental), el premio Rafael

Tavárez Memorial (otorgado por Asociación Hispana de Profesionales de Salud Mental), el premio a la Contribución Innovadora en Terapia Familiar (otorgado por la Asociación Americana de Terapia Familiar), el premio Phillip Zlatchin (otorgado por la New York University - NYU) y el premio Carolyn Attmeave por el desarrollo del modelo Ecológico Roberto Clemente (otorgado por la Asociación Americana de Psicología). Además, el Instituto Nacional de Salud Mental (CAASP Program) reconoció el Roberto Clemente Center como modelo nacional de programa de atención culturalmente competente.

ACTIVIDADES REALIZADAS

El programa de formación en Terapia Familiar se compone de 30 horas semanales que se organizan de forma individualizada. Las actividades formativas son compartidas por rotantes externos, estudiantes y profesionales en prácticas; mientras que las actividades clínicas se estructuran en función de los intereses y dominio del inglés del rotante. Sin embargo, dado que la filosofía del centro es el trabajo como equipo clínico, las sesiones de evaluación y psicoterapia se realizan habitualmente de forma conjunta con otros profesionales (sean parte del equipo del centro o rotantes).

Las principales actividades que componen el horario semanal son:

- 1. Entrevistas de acogida:** evaluación inicial de niños, adolescentes y adultos referidos o auto-referidos al centro. Durante el proceso de evaluación se recoge información demográfica de la familia, la historia del problema actual, aspectos relacionados con la estructura, relaciones y dinámica familiar actual y pasada, el estado mental, etc. Al final de la evaluación los profesionales encargados comentan el caso para realizar la formulación diagnóstica y el plan de tratamiento. En el Anexo I se puede consultar el esquema que guía este proceso. Es importante señalar que desde el centro se entiende que la distinción entre evaluación y tratamiento es algo artificial, y que cada contacto con el paciente es un encuentro realizado en un encuadre terapéutico. En este sentido, la guía propuesta no se utiliza a modo de entrevista semiestructurada, sino como modelo mental del terapeuta. De esta forma las entrevistas de acogida se rigen fundamentalmente por el principio anterior y tienen una doble finalidad: 1. Que la persona se sienta valorada, escuchada y comprendida; y 2. Que mediante la reformulación del problema (sea a nivel cognitivo, emocional, interpersonal...) sienta esperanza.

La información obtenida con la entrevista semiestructurada puede ampliarse mediante pruebas de evaluación psicométricas, aunque la utilización de estas no

forma parte del proceder estandarizado del centro y depende en gran medida de cada profesional.

2. Sesiones de psicoterapia: seguimiento de pacientes en sesiones individuales, de pareja, familia y grupo; en castellano o inglés. Las personas que acuden al centro presentan diferentes orígenes culturales y se enfrentan a diversos retos, tales como trastornos mentales, inmigración, trauma, violencia familiar, conflictos entre padres e hijos, problemas de pareja, discriminación y opresión, pobreza, cambios en el ciclo vital, etc. El tratamiento, que puede ser breve o de larga duración, se basa en los principios de la teoría sistémica-ecológica en conjunción con otros enfoques teóricos (generalmente sistémico, psicodinámico, cognitivo-conductual y/o narrativo). Las sesiones de tratamiento tienen habitualmente una frecuencia semanal, siendo común la combinación de terapia individual y grupal, familiar o de pareja. Los rotantes participamos en las sesiones como terapeutas, coterapeutas o como parte del equipo reflexivo detrás del espejo unidireccional.

Durante mi estancia pude participar como terapeuta, coterapeuta y equipo reflexivo de diferentes casos clínicos. La asignación de un rol u otro depende de varios factores, como son, el dominio del inglés, los conocimientos y habilidades previos, la autorización de los clientes, así como el planteamiento del caso. Así pues, aunque las habilidades y conocimientos requeridos y el mayor dominio del inglés favorecen la posibilidad de actuar como terapeuta principal, la decisión del rol ejercicio se apoya en la filosofía del equipo clínico y en un planteamiento estratégico, elaborando en cada momento del proceso de intervención y para cada persona o subsistema familiar qué profesional o profesionales deben guiar la sesión.

Gracias a la organización, la coordinación con otros estudiantes o rotantes internacionales fue sencilla. Mientras que los rotantes externos participábamos en las sesiones de Psicología Clínica o Psiquiatría, los estudiantes realizaban la formación en Trabajo Social y eran supervisados por estos profesionales. La asignación de pacientes en el caso de los rotantes internacionales se realizaba, como he comentado

previamente, en función de intereses personales, dominio del inglés, formación requerida por el caso y flexibilidad horaria del rotante.

3. **Supervisión:** espacio para supervisión clínica de casos en formato individual y/o grupal.

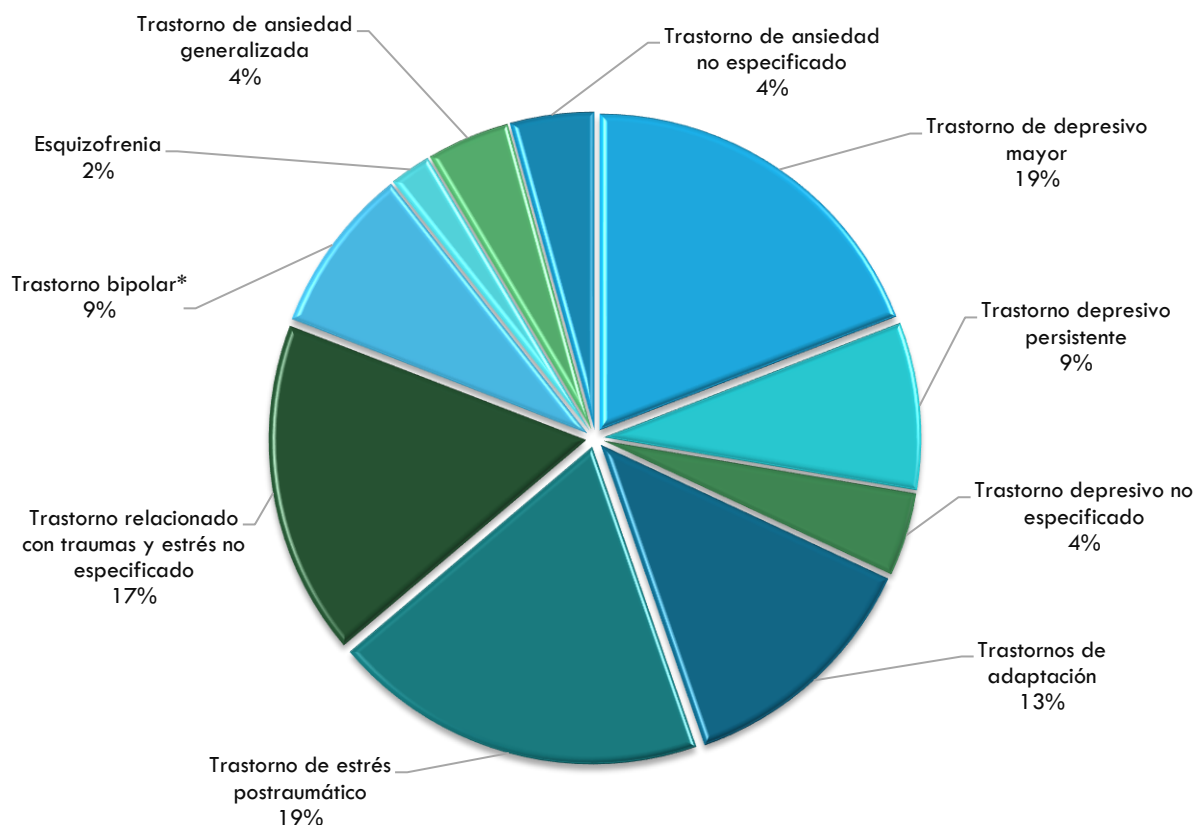
4. **Seminarios:** dirigidos por el equipo clínico del centro y enfocados principalmente al desarrollo de competencias del modelo sistémico-ecológico.
 - I. **Principios de Terapia Familiar:** exposición teórica y práctica de distintas escuelas de Terapia Familiar, con especial énfasis en el terapeuta como persona, la terapia centrada en emociones, la trasculturalidad y los enfoques social y comunitario. En el Anexo II se pueden consultar los seminarios propuestos de septiembre de 2018 a abril de 2019. Todos los seminarios se componían de una parte de exposición teórica y otra de revisión de sesiones de terapia familiar que ejemplificaban los aspectos teóricos abordados.

 - II. **Grupo de lecturas sobre Teoría Sistémica:** lectura y discusión de artículos y capítulos de libros sobre terapia familiar, junto con un espacio para comentar la aplicación de estas lecturas a casos clínicos actuales o pasados. Habitualmente las lecturas estaban relacionadas con los contenidos abordados en el seminario de la mañana.

 - III. **Case disposition:** reunión semanal de todos los profesionales y estudiantes presentes en el centro, en la cual los diferentes profesionales exponen los nuevos casos evaluados (tras 2-3 sesiones) a partir del genograma familiar. Después de la exposición se debate conjuntamente la formulación diagnóstica y el plan de tratamiento.

En el siguiente gráfico se pueden observar en porcentajes los diagnósticos principales (DSM-5) de los casos presentados durante mi estancia.

Diagnóstico principal



**A veces el diagnóstico de Trastorno bipolar era empleado erróneamente en pacientes con características o criterios diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad debido al estigma asociado a este diagnóstico. Para ampliar la información al respecto véase por ejemplo Paris (2007) y/o Sisti, Segal, Siegel, Johnson y Gunderson (2016).*

Cronograma

A continuación se adjunta el horario realizado de forma habitual, aunque a lo largo de la estancia éste fue adoptando ligeras modificaciones por necesidades asistenciales y/o formativas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9					
10	Seminario de Terapia familiar			Terapia individual	Case disposition
11				Terapia individual	Terapia individual
12		Terapia individual			Terapia individual
13	Comida	Lectura y visionado de sesiones en vídeo	Lectura y visionado de sesiones en vídeo		Supervisión
14		Comida	Comida		Comida
15	Grupo de lectura	Lectura y visionado de sesiones en vídeo	Lectura y visionado de sesiones en vídeo		
16		Terapia individual	Terapia familiar		
17	Terapia familiar	Terapia de pareja	Terapia familiar		
18					
19	Terapia familiar	Terapia familiar			
20					

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

A lo largo de este apartado quedarán reflejadas algunas guías generales de intervención según el modelo Ecológico Roberto Clemente y el centro, así como líneas específicas de actuación en dos problemáticas concretas: adolescencia e inmigración y reunificación familiar.

Principios generales de intervención

El modelo Ecológico Roberto Clemente nace escuchando a las familias y considerando a éstas co-constructoras del futuro modelo. En este proceso de co-construcción, el equipo clínico se dio cuenta de que las familias inmigrantes demandaban fundamentalmente dos aspectos: un terapeuta que hablase su idioma y un terapeuta que entendiese su cultura.

A partir de esta idea se desarrolla el concepto de **empatía social**. La empatía social resalta la importancia de la relación terapéutica, y es definida como el “*nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta, no con el individuo, sino con la realidad social del grupo del cual el individuo procede*” (Inclán, 2014, p. 49). La experiencia acumulada a lo largo de los años ha llevado a los profesionales del centro a considerar que el nivel de empatía social del terapeuta, más que otros factores, es el mayor predictor de desarrollo de una buena alianza y relación terapéutica. Esto posibilita adoptar una posición clave tanto para la validación y apoyo, como para el cuestionamiento y reto de las narrativas dominantes, aumentando así la efectividad terapéutica (Inclán, 2014).

Por otro lado, el modelo ecológico parte del **modelo bioecológico de Bronfenbrenner**, el cual analiza las fuerzas que afectan directa o indirectamente al desarrollo de las personas y sus familias. Bronfenbrenner postula cuatro componentes básicos en el desarrollo humano: el proceso o desarrollo de seguridad, el individuo, el contexto y el tiempo.

- El primer componente de la teoría es el desarrollo del sentido de seguridad propia. Hace referencia a los mecanismos emocionales primarios que permiten la interacción recíproca entre el niño o persona y su entorno. Esta interacción genera un sentido del mundo y permite a la persona desarrollar un sentido de seguridad o apego seguro. El modelo sistémico-ecológico pone especial énfasis en este componente.

- El segundo componente, la persona, se refiere a las características biológicas y psicológicas de la persona que interactúan con el entorno, por ejemplo, edad, género, apariencia, recursos mentales, intelectuales y emocionales, temperamento, motivación y persistencia.
- El tercer componente es el contexto o medioambiente. Bronfenbrenner analiza cuatro niveles del medioambiente (o ecología social) a través de los conceptos de microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.
 - **Microsistema:** entorno inmediato de la persona, su familia, centro educativo, lugar de trabajo, etc.
 - **Mesosistema:** formado por las interacciones entre los distintos microsistemas, por ejemplo: las relaciones entre los padres y el colegio, o las influencias entre las condiciones laborales y las dinámicas familiares.
 - **Exosistema:** principales instituciones y recursos comunitarios, como son el barrio, los centros de salud, parques, etc.
 - **Macrosistema:** aspectos políticos, económicos, sociales, legales, educacionales, del sistema de salud...
- El cuarto y último componente de la teoría, el tiempo, incluye varias dimensiones:
 - La edad cronológica de la persona, que delimita parámetros de ajuste psicosocial y físico.
 - El tiempo que la persona permanece en un ambiente determinado, unido a la frecuencia y rapidez de los cambios en el mismo, que influyen en el desarrollo del sentido de seguridad del individuo.
 - La naturaleza aguda o crónica de los factores protectores y/o de riesgo a los que ha estado expuesta la persona, que también influyen en el desarrollo de seguridad.

Estos niveles quedan recogidos en lo que desde el Roberto Clemente Center se denomina **dimensión horizontal**. Además de la dimensión horizontal, el modelo ecológico siempre incluye lo que han denominado **dimensión vertical**. La dimensión vertical hace referencia a las fuerzas dinámicas que operan a través del tiempo, pasado, presente y futuro, recogiendo así la influencia de factores como legados familiares, conflictos irresueltos en la familia de origen, valores transmitidos por la cultura o clase social, proyecto de vida del individuo y su familia, dificultades para visualizar y ejecutar proyectos materiales y emocionales, etc.

La intervención con familias inmigrantes implica tener presente que el proceso de inmigración conlleva múltiples rupturas y pérdidas: con lugares, clima, cultura, valores, idioma, red social, instituciones, relaciones familiares, modos de ocio, rutinas y horarios, proyectos... Como indican Inclán y Marino (2018): *“Lo que (la persona) ve, siente, huele, saborea, las estrategias necesarias para la supervivencia, los valores, expectativas, significados y consecuencias en la sociedad de acogida son diferentes a los ya internalizados”*. Esto supone un reto a la identidad y al significado otorgado a los diferentes niveles del medioambiente. Para entender mejor las pérdidas sufridas durante la inmigración, el modelo Ecológico Roberto Clemente recurre al concepto de **pérdida ambigua** acuñado por Pauline Boss en 1999. El concepto de pérdida ambigua se refiere a aquellas situaciones en las cuales la pérdida es confusa, inconclusa o parcial. Hablar de pérdidas ambiguas ayuda a entender una parte importante del proceso emocional de la inmigración asemejándolo a un duelo, tanto por lo dejado atrás como por lo que nunca llegó a suceder; así como la dualidad y la ambivalencia entre el *aquí* y el *allí* vividas por los inmigrantes.

A partir de estas consideraciones, y entendiendo que las diferencias culturales son uno de los problemas asociados a los retos y ajustes al proceso migratorio, otro de los análisis importantes del centro se centra en el marco de valores. El modelo Ecológico Roberto Clemente tiene en cuenta el **modelo de orientación de valores** de Kluckhohn y Strodtbeck (Kluckhohn & Strodtbeck, 1961) como una parte fundamental de la intervención. Este modelo contempla cinco dimensiones: tiempo, actividad, relacional, persona-naturaleza y naturaleza humana.

- La dimensión tiempo hace referencia hacia dónde se dirigen la actividad y los esfuerzos de las personas: el presente, el pasado o el futuro.
- La dimensión actividad se refiere a la forma de acción preferida, esto es, las vivencias, la espontaneidad de expresión, el desarrollo/integración o los logros/rendimientos medibles.
- La dimensión relacional tiene en consideración el grupo de referencia de la persona, que puede ser lineal: de tres generaciones (abuelos/as, padres/madres e hijos/as), colateral: la actual red social y familiar, o individual: la persona.
- La dimensión persona-naturaleza hace referencia a la actitud ante lo natural y sobrenatural, y puede ser de dominio, armonía o subyugación.

- La dimensión naturaleza humana se refiere a los juicios morales sobre la naturaleza humana, atendiendo tanto a su maleabilidad: mutable o inmutable, como a la naturaleza moral: buena, mala, o neutral/a ser desarrollada.

Siguiendo este modelo, desde el Roberto Clemente Center se han estudiado las **diferencias de valores entre clase social media y baja** (Inclan, 1985). Los resultados de dicho estudio quedan resumidos en la siguiente tabla:

<i>Dimensión</i>	<i>Clase social media</i>	<i>Clase social baja</i>
<i>Tiempo</i>	Futuro	Presente
<i>Actividad</i>	Logros	Vivencias
<i>Relacional</i>	Individualidad	Grupo lineal/colateral
<i>Persona-naturaleza</i>	Dominio	Subyugación
<i>Naturaleza humana</i>	Neutral	Inmutable (bueno/malo)

Asumiendo que los terapeutas estamos orientados por valores más típicos de la clase social media que de la baja, la no consideración de estas dimensiones podría dar lugar a discordancias en el marco de valores de terapeuta y paciente/familia, mermando como resultado la alianza terapéutica y amenazando la efectividad del tratamiento. Para más información y algún ejemplo véase Inclán (1985, 2009).

Por esta y otras razones, los terapeutas frecuentemente utilizan un estilo directivo centrado en el aquí y en el ahora, consiguiendo así mayor armonía y concordancia con los valores familiares.

No obstante, es importante señalar la apreciación que hace Inclán en *Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico* (2009):

Esto no implica que el objetivo exclusivo sea lograr concordancia de valores existenciales. Se trata de entender los marcos de valores operativos, tal como analizamos las dinámicas familiares, para poder trabajar mejor con ellos cuando esa sea la decisión clínica (p. 28).

Además de la importancia comentada hasta ahora sobre la alianza terapéutica, desde el modelo se entiende que para poder conseguir cambios en el sistema familiar el

terapeuta debe primero unirse a la familia y establecer con ellos un sistema terapéutico. Minuchin (2001) utiliza el término **acomodamiento** para hacer alusión a las adaptaciones realizadas por el terapeuta cuyo fin es la alianza con el sistema familiar. Él considera que para que se produzca esta alianza, el terapeuta debe aceptar temporalmente la organización y estilo familiar, fundiéndose con ellos.

Para lograr esta acomodación podemos recurrir a diferentes técnicas (Minuchin, 2001):

- **Mantenimiento:** apoyar la estructura familiar tal y como es percibida por el terapeuta. Para ello se recurre a la confirmación activa y al apoyo de los subsistemas familiares. Este apoyo puede darse en todos los niveles del sistema, es decir, respecto a características del sistema en su totalidad, de alguno de los subsistemas (por ejemplo, la pareja de padres/hermanos) o de alguno de los miembros que lo componen; acomodándose a su estilo, afecto y lenguaje.
- **Rastreo:** seguir el contenido verbal y no verbal de las comunicaciones y conducta de la familia y alentar, sin cuestionar, a que continúen comunicándose. Ejemplos de operaciones que implican rastreo son el planteamiento de preguntas clarificadoras, la estimulación para la amplificación de un punto o la realización de comentarios aprobadores que incitan a seguir hablando.
- **Mimetismo:** adoptar el ritmo familiar de comunicación, así como la actitud y estilo preferente de la familia. También hablamos de mimetismo cuando se plantean situaciones universales a la condición humana y el terapeuta pone el acento en ellas para mezclarse con la familia.

Todas estas operaciones pueden utilizarse también con fines de reestructuración. Para un mayor conocimiento de estas estrategias véase Minuchin (2001).

La acomodación del terapeuta a la familia, es decir, su incorporación sintónica al sistema familiar, es lo que permitirá que las intervenciones del terapeuta (que cuestionan el sistema familiar) sean aceptadas; y con ello que se produzca la reestructuración y el cambio.

Consideraciones específicas

Adolescencia e inmigración:

Cuando las familias acuden al centro refiriendo problemas de conducta en un/sus hijos adolescentes, la intervención sugerida se rige, entre otros, por los siguientes aspectos:

- Por un lado, dar más prominencia en la formulación del problema al nivel macrosistémico en contraposición al microsistémico. De esta forma, una parte de la intervención es de carácter psicoeducativo y se centra en compartir con la familia el esquema de diferencias en valores y modelos normativos en la transición de la niñez a la adultez. Mientras en los modelos normativos de una gran proporción de los padres, validados por su experiencia personal, sólo existen dos etapas: niñez y edad adulta; los hijos, pertenecientes a un nuevo meso y macrosistema, entienden que esta transición se da en tres etapas: niñez, adolescencia y edad adulta. Así, los padres consideran la adultez como el momento en el que se sale del hogar y la persona es su principal sustento económico; mientras esto no se da esperan de su hijo un comportamiento de adhesión a la autoridad y respeto de la jerarquía familiar. El adolescente por su parte desarrollará criterios propios, intentará negociar las decisiones, así como retar el orden jerárquico.
- Por otro lado, a través del diálogo terapéutico se intentará externalizar el conflicto familiar como un reto que proviene del proceso migratorio, situando el problema fuera de ellos y permitiendo aunar fuerzas contra “un enemigo común”.

Inclán en *Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico* (2009) explica que:

La aparición de modelos contradictorios es un reto que acompaña a la inmigración, un reto que intenta dividir la familia y debilitar a sus miembros, y uno que necesita la cooperación de todos para su manejo y solución (p. 30).

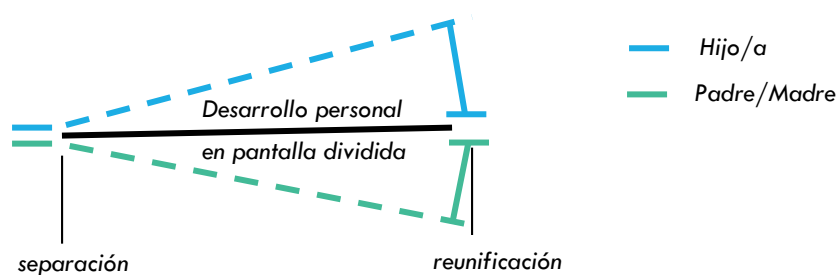
En las sesiones de terapia es habitual el apoyo en elementos gráficos, sean ilustrados o dibujados en el momento por el terapeuta, para ejemplificar los aspectos abordados.

- El foco terapéutico quedaría establecido en el acercamiento de posiciones a partir de procesos y elementos comunes, respetando las necesidades de la adolescencia y favoreciendo en los padres la recepción de ideas y capacidades nuevas de sus hijos/as.

Reunificación familiar

La reunificación familiar es el proceso por el cual un miembro de la familia decide trasladarse a un nuevo país, dejando atrás su país de origen y su familia nuclear, para reencontrarse tiempo después en el país de acogida. Este proceso se inicia antes de que se produzca la separación, extendiéndose durante la misma y hasta después de que los miembros se hayan reunido nuevamente.

Muchas familias emigran en etapas, es decir, primero lo hace un miembro de la familia y después éste prepara las condiciones para el viaje de otros, y así sucesivamente hasta que la familia se ha reunido al completo en el nuevo país. Este proceso suele demorarse entre 3 y 8 años (Inclán, 2009). Uno de los conceptos más empleados en el trabajo en reunificación familiar es el de **pantalla dividida**. En el momento que un miembro de la familia emigra, el desarrollo emocional en la familia se da en pantalla dividida, esto es, en dos escenarios que discurren en paralelo con mayor o menor conexión entre ellos.



Esta separación, unida a la falta de experiencias compartidas, dificulta la coevolución de la familia, el sentimiento de pertenencia al sistema familiar y debilita los vínculos de apego primarios.

Es frecuente que el progenitor que haya migrado desarrolle cierto desapego emocional como estrategia de supervivencia y de adaptación a la situación de separación: tanto en el ajuste al proceso migratorio (no infrecuentemente acompañado de trauma), como al nuevo país y a las necesidades de preparación del viaje del resto de la familia.

Este hecho favorece la sensación de que el tiempo “se congela” para los que están al otro lado de la pantalla, dificultando la reunificación: el padre/madre se encuentra frecuentemente con un adolescente que no conoce, que le recuerda los años que no ha estado y sin haber realizado el duelo por hijo/a pequeño/a que ya no es.

A esta dificultad se unen otros problemas frecuentes como:

- Los relativos a las diferentes expectativas una vez producida la reunificación, tanto a nivel relacional como respecto al nuevo país.

Los hijos suelen estar desilusionados porque las cosas no son como ellos esperaban, ya que no se les suele hablar de los aspectos que hacen sufrir o no están del todo bien en el nuevo país; mientras que los padres frecuentemente se sienten frustrados porque esperan recibir unos hijos más preparados y agradecidos.

Además, durante la separación los padres han ejercido fundamentalmente un rol de proveedor económico, por lo que los hijos cuando se produce la reunificación siguen esperando que los padres ejerzan el mismo rol. Los padres por su parte esperan de los hijos conductas de cariño por el sacrificio que ellos han estado haciendo, a pesar de que éstas no han formado parte de la dinámica relacional.

A estos aspectos hay que añadir realidades que chocan con el “plan original” elaborado en el pasado, como por ejemplo nuevas parejas, otros hijos, cambios de valores, necesidades económicas, etc.

- La experiencia de abandono vivida por los niños, que dependiendo de su edad y del tiempo que tarde en producirse la reunificación, es posible que se haya suprimido y resurja posteriormente durante la reunificación bajo la forma de problemas de ánimo o de conducta u otras manifestaciones.
- Los problemas de lealtades y triangulaciones entre los padres biológicos y los padres que cuidaron de los hijos/as durante el proceso migratorio, habiendo consolidado fuertes relaciones de apego.
- Las dificultades en el establecimiento de normas y límites. En ocasiones la culpa sentida por los padres por haber dejado atrás a los hijos lleva a adoptar estilos parentales inconsistentes y sobre-indulgentes. El sentimiento de culpa se une al temor a que los hijos se alejen más si se ponen límites.

Una dificultad añadida es la referida a los hermanos mayores. Si estos ejercieron como cuidadores durante la separación, en el reencuentro pueden refutar la autoridad a las figuras parentales.

Tanto en los momentos previos a la inmigración como después de que ésta se produzca, tenemos que tener en cuenta que el estrés en el nivel macrosistémico (por ejemplo, pobreza, inmigración, etc.) “puede causar rupturas en la relación de seguridad y apego entre las parejas y entre adultos, así como entre padres e hijos” (Fishbane, 2007).

Teniendo esto presente, los principales objetivos planteados desde el centro en la intervención en reunificación familiar son los siguientes:

- Dar sentido a la separación: posibilitar que todos los miembros de la familia describan su experiencia, y con ello aprender a escuchar y validar la experiencia subjetiva de cada miembro de la familia, aceptando la dualidad del sacrificio y el abandono. Desde ahí crear una historia compleja que integre todas las anteriores, sin negar unas en favor de otras.

Un ejercicio que permite ejemplificar la coexistencia de múltiples realidades ante un mismo hecho consiste en pedir a los miembros de la familia que realicen un dibujo (sin observarse unos a otros) siguiendo las indicaciones del terapeuta, y posteriormente comparar los distintos dibujos y reflexionar sobre ello.

- Reparar el vínculo familiar: crear o recuperar la sensación de seguridad relacional, rescatar el vínculo previo evocando recuerdos y deteniéndose en ellos, y construir nuevas relaciones y proyectos familiares a partir de esta unión.
- Adaptarse y crecer como familia: desarrollar nuevas normas y roles de funcionamiento que se adapten a la familia, al momento de cada uno de los miembros, así como a la cultura de origen y a la actual.

APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

La filosofía del modelo sistémico-ecológico tiene en sí misma las claves para plantear la aplicabilidad de las enseñanzas adquiridas durante la rotación al contexto sanitario español.

Pensar en un transvase directo y sin pulir del modelo Ecológico Roberto Clemente a cualquiera de nuestros recursos de salud mental sería ignorar sus premisas básicas, puesto que el modelo sistémico-ecológico pone precisamente de relieve la importancia de los distintos niveles de la ecología de la persona para la prestación de unos mejores servicios sanitarios. Así, habría que atender a las características propias de nuestro sistema de salud y su contexto para una correcta implementación de la filosofía del centro. Ello no implica una menor aplicabilidad, más bien supone entender que lo que aporta el modelo es una forma de pensar y un corpus de conocimientos y técnicas flexibles, que pueden y deben ponerse en práctica tras un análisis del contexto en el que se ejecuten.

Esta forma de razonar, a mi modo de ver, adquiere relevancia tanto en el modelo asistencial como en lo referente a la enseñanza e investigación en salud mental. Si se me permite la comparación, ampliar el foco de análisis de la Tierra al Sistema Solar posibilita un entendimiento más rico y veraz que si pusiéramos la lente únicamente en la primera. La cantidad de información y formación necesarias para ello pueden parecer abrumadoras, y es posible que haya quien valore esta complejidad como innecesaria. Yo personalmente estimo que cualquier complejidad es poca para poder entender la experiencia humana.

Además de la aplicabilidad de esta forma de pensamiento, el corpus de conocimientos teórico-prácticos de Terapia Familiar Sistémica, así como los relacionados con la evaluación y tratamiento de los problemas de salud mental en población inmigrante, tienen una utilidad manifiesta en nuestro contexto.

La mochila que porta el terapeuta y que incluye los aprendizajes con los que construir un modelo de formulación de caso, así como una mayor cantidad y variedad de recursos de intervención, nunca debería percibirse llena y sin necesidad de revisión. De esta forma, los conocimientos de cada uno de los seminarios afianzados en las intervenciones sistémicas vistas o practicadas contribuyen directamente a este fin.

Por último, y en cuanto a los problemas de salud mental en personas inmigrantes, el Instituto Nacional de Estadística nos habla de 4.848.516 personas extranjeras residentes en España a 1 de enero de 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2019), así como de 643.037 personas procedentes del extranjero (559.309 de nacionalidad extranjera) que establecieron su residencia en España en 2018 (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Estas cifras, y muchas de las vivencias asociadas a ellas, permiten reflexionar sobre la importancia y compromiso ético-profesional de formarse en modelos ecológicos, de cultivar la empatía social, así como de dirigir nuestras intervenciones atendiendo al concepto de competencia cultural.

VALORACIÓN PERSONAL

Cuando recibí la respuesta de Magdalena diciéndome que había sido aceptada para realizar la estancia formativa en la Unidad de Terapia Familiar del Roberto Clemente Center sentí una intensa felicidad y alivio. Quizás algunas de las personas que leéis esta memoria estáis en el proceso de solicitar un rotatorio externo o ya habéis pasado por ello, conociendo de primera mano la incertidumbre que supone dónde realizar una formación de excelencia, la burocracia que acompaña una vez hemos elegido el destino, las dudas respecto a cómo será cuando llegemos allí, etc.

Realizar la rotación en un centro que acoge con frecuencia residentes, estudiantes y profesionales en formación, me permitió empezar este camino disponiendo de información sobre cómo se organizaría la rotación y suponiendo cierta estructura y acogimiento por parte del equipo. A pesar de la lentitud de los trámites, todo el proceso de solicitud, aprobación y gestión estuvo claramente estructurado y explicado para su tramitación. Además, una vez en el centro, existe un proceder más o menos estandarizado, de tal forma que nuestras actividades están bastante definidas desde el principio.

Valoro de forma especialmente positiva que tanto Oscar como Magdalena, los principales supervisores de mi estancia, favorecieran en todo momento el aprovechamiento idiosincrático de la rotación, ajustando el contenido todo lo posible a mis intereses. De esta forma, participé principalmente en sesiones de terapia familiar y de pareja, primando aquellos casos en los que se trabajaba con niños o adolescentes y/o en los que había un componente de trauma. Es para mí un valor añadido la forma de ser de ambos, Oscar por ser uno de los terapeutas más auténticos y comprometidos que he conocido hasta la fecha, y Magdalena por su desarrollo profesional, implicación y estilo terapéutico. También agradezco a ambos haberme valorado de forma tan positiva como persona y como profesional durante los meses que compartimos. Sin duda el valor humano del centro es algo que se siente desde que cruzas sus puertas, no únicamente por los profesionales, sino también por los compañeros con los que he podido compartir esta experiencia.

A nivel formativo, la organización flexible de la estancia posibilita compaginar el logro de conocimientos y habilidades con otro tipo de experiencias que arraiguen dichos aprendizajes; favoreciendo desde el centro que así sea. En cuanto al cronograma establecido, la combinación de formación teórica y práctica permite una adquisición más

completa de las competencias asociadas al rol de Terapeuta Familiar. Además, el hecho de poder participar como coterapeuta con diferentes profesionales proporciona varios estilos terapéuticos, convirtiéndolo en una práctica aún más enriquecedora. Por otro lado, me he sentido gratamente sorprendida trabajando de forma rutinaria como equipo clínico, llevándome conmigo el gusto y beneficios de esta forma de proceder.

Los aprendizajes experienciales, reglados y no reglados, han tenido un gran peso en mi estancia, por lo que no puedo dejar de hacer mención a ellos en esta memoria. Nueva York es sin lugar a dudas una ciudad con infinitas opciones y posibilidades, donde la existencia de contrastes es constante pero a la vez conforma una totalidad unitaria. Esta diversidad favorece la obtención de competencias habitualmente menos citadas que también aumentan nuestra efectividad como terapeutas, como son la apertura o la empatía social, y con ello la capacidad de establecer una sólida alianza terapéutica con un mayor rango de pacientes. Poder aprender de otras culturales y formas de experimentar la realidad, sea a través de lo gastronómico, las conversaciones – en contexto terapéutico o fuera de él – con diferentes personas, o la oferta cultural de la ciudad, constituyen parte de estos aprendizajes.

Para mí, los principales aspectos negativos de la rotación tienen que ver con la organización del centro y con la carga asistencial y burocrática. En cuanto a la organización, a pesar de que la rotación sigue un programa relativamente estandarizado, los primeros días están poco estructurados, requiriendo un periodo de tiempo – quizás demasiado – hasta la construcción del horario y asignación de coterapeutas y pacientes. Además, el sistema de salud de Estados Unidos demanda realizar una serie de trámites y registro informático de la asistencia que conlleva una parte importante del horario de los profesionales. Así pues, sea porque algunos profesionales son más tendientes a la desorganización, sea por la sobrecarga de otros, o por las necesidades que plantea el entorno (durante mi rotación se tuvo que preparar y realizar una auditoría), a veces las respuestas a las necesidades planteadas por los rotantes se prolongan en el tiempo.

Por otro lado, y en lo referente a la carga asistencial, dado que los profesionales no ven diariamente un elevado número de pacientes, cuando estos no acudían a las citas aumentaba de forma considerable y en ocasiones en exceso el tiempo libre. Ambos hechos suponen una limitación respecto a la cantidad de sesiones en vivo en las que participar.

Creo que es importante mencionar, especialmente para las personas que se planteen acudir al centro, que una parte importante de la rotación la construye el rotante. Las estancias internacionales están organizadas de tal forma que los niveles de exigencia y aprendizaje dependen en gran medida de la persona, de tal manera que aprovechar la rotación y disminuir el impacto negativo de los puntos anteriores puede ser paliado en la medida que se esté dispuesto a flexibilizar el cronograma, leer más sobre Terapia Familiar y ver alguna de las muchas sesiones de terapia que están grabadas.

A lo largo de los casi cuatro meses que duró mi estancia he podido participar en diversas experiencias formales e informales de aprendizaje, de tal forma que vuelvo a España habiendo ampliado mi base de seguridad, flexibilizado mi forma de actuar en el día a día, gestionando mejor los recursos de los que dispongo, aumentando mi capacidad de aceptación y tolerancia, sintiéndome más segura en el trabajo con las familias, cuestionando, como dice Celia J. Falicov (1995), la aplicabilidad de muchos de los conceptos construidos dentro de una ecología concreta, un momento histórico concreto y en consonancia con instituciones económicas, sociales y políticas del marco cultural dominante; y en definitiva, habiendo experimentado un cambio-2¹ en mí misma.

¹La Escuela del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto plantea la existencia de dos tipos de cambios, los cambios-1 o tipo 1 y cambios-2 o tipo 2. Mientras que los cambios tipo 1 no modifican el sistema y mantienen su homeostasis, los cambios-2 suponen un cambio cualitativo, modificando la lógica, reglas, creencias y premisas del sistema.

AGRADECIMIENTOS

A ANPIR, por el apoyo y difusión otorgado a los residentes para la realización de estancias en centros extranjeros.

A los profesionales y compañeros del centro, por su cálida acogida y reconocimiento.

A todas las personas que han compartido conmigo sus historias, por haberme enseñado tanto sin pretenderlo.

A quienes se emocionaron conmigo, quienes me apoyaron y quienes me recibieron con los brazos abiertos.

A mis padres, por reconocer y fomentar desde pequeña mi curiosidad y apertura a la experiencia.

A Sergio, por volar conmigo a pesar del miedo a las alturas.

REFERENCIAS

- Falicov, C. J. (1995). Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Family process*, 34(4), 373-388.
- Fishbane, M. D. (2007). Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family Process*, 46(3), 395-412.
- Inclán, J. (1985). Variations in value orientations in mental health work with Puerto Ricans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2S), 324-334.
- Inclán, J. (2009). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico. *De familias y terapias*, 19(28), 21-37.
- Inclán, J. (2014). Contribuciones al enfoque sistémico: Modelo Ecológico Roberto Clemente para familias inmigrantes. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Coords.), *Pensamiento Sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 47-72). México: Litteris.
- Inclán, J. y Albores, J. (2007). Terapia de Pareja: Ajustes a Inmigración y Roles de Género. En R. Medina, J. L. Linares y M.R. Ceberio (Eds.), *La Terapia Familiar Desde Iberoamérica* (pp. 211-235). Buenos Aires: Tres Haches.
- Inclán, J. y Marino, M. (2018). Terapia sistémica-ecológica con familias inmigrantes. En A. Moreno (Ed.), *La práctica de la Terapia Sistémica* (pp. 227-255). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2019 y Estadística de Migraciones (EM) - Año 2018. Datos Provisionales* [Comunicado de Prensa]. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/cp_e2019_p.pdf
- Kluckhohn, F. R. y Strodtbeck, F. L. (1961). *Variations in value orientations*. Greenwood Press.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Paris, J. (2007). Why Psychiatrists are Reluctant to Diagnose: Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(1), 35-39.
- Qureshi Burckhardt, A., y Collazos Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles*

del Psicólogo, 27(1), 50-57.

Sisti, D., Segal, A. G., Siegel, A. M., Johnson, R. y Gunderson, J. (2016). Diagnosing, Disclosing, and Documenting Borderline Personality Disorder: A Survey of Psychiatrists' Practices. *Journal of Personality Disorders*, 30(6), 848-856.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA EN CASTELLANO

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.

Campo, C. y Linares, J. L. (2002). *Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones*. Barcelona: Planeta.

De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.

Inclán, J. (2009). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 22, 43-62.

Inclán, J.; Martí Castañer, M. y Gay Pascual, X. (2012). Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémica-ecológica. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 27, 9-58.

Jackson, D.; Bavelas, J. y Watzlawick, P. (1967). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Medina, R.; Laso, E. y Hernández, E. (Coords.). (2014). *Pensamiento Sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. México: Litteris.

Medina, R.; Linares, J., L. y Ceberio, M.R. (Eds.). (2007). *La Terapia Familiar Desde Iberoamérica*. Buenos Aires: Tres Haches.

Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

Moreno, A. (Ed.). (2018). *La práctica de la Terapia Sistémica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

ANEXO I

ENTREVISTA DE ACOGIDA

ELECTRONIC MEDICAL RECORD: BRIEF EVALUATION – RCC

Background

I.D. Basic:

Birth Order:

Structural
Childhood

Environment: Patient's childhood and growing experience was characterized by _

Emotional
Childhood

Environment: Patient's report of Childhood, family / emotional environment and relationship to primary caretakers; Including, *when appropriate* Developmental History, and Sexual History/ High-Risk Behaviors

Migration: Patient's report of Childhood, family / emotional environment and relationship to primary caretakers; Including, *when appropriate* Developmental History, and Sexual History/ High-Risk Behaviors

Education: Level of education completed

Employment: Summary of work history

Presenting Problem

Referral: Patient referred by _ and seeks treatment now due to _

Chief Complaint: Patient's chief complaint (patient's narrative)

Hx. of Presenting

Problem: Analysis of how and when problem started and how it developed into today's problem, including role of alcohol/ substance abuse problems, and sexual history/ high risk behaviors *when appropriate*

Tx. History: Mental Health Treatment history:

Mental Status: Observation of patient during initial evaluation include:

- a) Appearance
- b) Attendance and timeliness
- c) Intellectual functioning and insight
- d) Motivation
- e) Thought or Mood Disorder
- f) Suicidal/ Homicidal History
 - Thoughts of hurting self
 - Thoughts of hurting others
 - Delusions

If yes, explain action plan taken (safety plan; psychiatric consult; etc.)

Family Dynamics

Household: Patient currently lives in a household composed of (genogram)

Family Dynamics: Current family dynamics associated with **problem/ symptom maintenance**

Family Patterns: Family of origin and ecological systems dynamics underlying current problems/ symptoms. (Patterns of **symptom formation**)

Treatment Considerations

Clinical Hypothesis: Early Family life (Attachment), Individual, Couple/ Family dynamics, Social, Ecological

Recommendations: Area of Treatment Focus

Ecological Fields

to consider: Patient and primary caretakers relationship issues (attachment)
Family dynamics: (Family of Origin, Nuclear Family)
Individual Patient Issues: Personality and Stages of Life Issues
School/Education
Work/ Employment (Unemployment)
Community Resources: (Social Services, Tx. Programs, Child Protection, Criminal Procedure, Law status, Religious Affiliation, etc., *as appropriate*)
Migration Issues:
Values-Orientation Issues:
Spouses: (Acculturation, gender roles)
Intergenerational: (Parents-Children; Gender Issues; Developmental and General Values Differences)

ANEXO II

SEMINARIOS

Date	Topic	Presenter
9/17	Making the Jump to Systems	Oscar Ocasio, Ph.D
9/24	Ecological Systems	Jaime Inclan, Ph.D
10/1	Developmental & Structural Point of View	Jaime Inclan, Ph.D
10/8	Columbus Day	****
10/15	Stages of the Interview Process	Jaime Inclan, Ph.D
10/22	Beginning Therapy & Therapist's Role	Jaime Inclan, Ph.D
10/29	Symptom Formation & Developmental Approach	Jaime Inclan, Ph.D
11/05	Stress anxiety & Trauma Treatment	Miguel Vilaro, MD
11/12	Macrosystems and Social Context	Magdalena Marino, LCSW
11/19	Thanksgiving Celebration	****
11/26	Individuation & Differentiation I, II, III	Jaime Inclan, Ph.D
12/03	Individuation & Differentiation I, II, III	Jaime Inclan, Ph.D
12/10	Family Structure & Triangulation	Oscar Ocasio, Ph.D
12/17	Adolescence; a systemic framework	Jaime Inclan, Ph.D
12/24	No seminar	
12/31	No seminar	
1/7	No seminar	
1/14	Adolescence: Intergenerational Families	Cecilia Vera, MA, LCSW
1/21	MLK's day	****
1/28	Adolescence and Immigration: Experience of Staying Back	Magdalena Marino, LCSW
2/4	Family restructuring after separation/divorce	Magdalena Marino, LCSW

2/11	Couples Therapy Concepts; EFT & Systemic theory	Yomarie Rodriguez, Ph.D
2/18	President's Day	****
2/25	Couples Therapy Concepts; Clinical Practice	Jaime Inclan, Ph.D
3/4	Family: Couples Dynamics I	Jaime Inclan, Ph.D
3/11	Family: Parents & Children II	Jaime Inclan, Ph.D
3/18	Group summary and Role Play	Jaime Inclan, Ph.D
3/25	Gender Issues/Gender Roles/ Triangulation	Jaime Inclan, Ph.D
4/1	Couples Therapy & Affairs	Jaime Inclan, Ph.D
4/8	Foster Families & Social Systems	Magdalena Marino, LCSW
4/15	Immigration: Couples Life Project	Jaime Inclan, Ph.D
4/22	Group summary and Role Play	Jaime Inclan, Ph.D
4/29	Closure	Jaime Inclan, Ph.D