

MEMORIA ROTACIÓN EXTERNA

**BECA ANPIR 2010-2011 PARA LA PROMOCIÓN DE
ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS**

La terapia sistémica desde una aproximación ecológica y su praxis con familias latinas en Norteamérica

**Palabras Clave: Terapia sistémica; Enfoque ecológico; Supervisión en vivo;
Inmigración.**

**Institute for Family and Community Care
ROBERTO CLEMENTE CENTER**

Becaria:

**Ana C. García Blanco
Psicólogo Interno Residente 3º año
Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia)**

Tutores en el centro de destino:

**Magdalena Marino, PSICÓLOGA CLÍNICA
Jaime Inclán, Ph. D., DIRECTOR DEL CENTRO
Roberto Clemente Center
Institute for Family and Community Care
540 East 13th street, New York, NY 10009
www.clementecenter.org**

ÍNDICE

1. Descripción del centro de destino.....	3
1.1. Historia	
1.2. Orientación teórica	
1.3. Servicios	
1.4. Características del equipo	
2. Actividades realizadas.....	10
2.1. Actividad clínica	
2.2. Actividad académica	
2.3. Actividad investigadora	
2.4. Otras actividades formativas	
3. Aplicabilidad en nuestro contexto.....	17
4. Valoración personal.....	20
5. Agradecimientos.....	22
6. Referencias bibliográficas.....	23
7. Bibliografía recomendada.....	25

LA TERAPIA SISTÉMICA DESDE UNA APROXIMACIÓN ECOLÓGICA Y SU PRAXIS CON FAMILIAS LATINAS EN NORTEAMÉRICA

1. Descripción del centro de destino

1.1. Historia

El Centro Roberto Clemente (CRC) fue el primer programa de salud mental ambulatorio de Nueva York (1982) en proponer que la cultura es un componente esencial del tratamiento de la salud mental. El CRC es una institución de Salud Mental Comunitaria de orientación sistémica que forma parte del *Gouverneur Diagnostic and Treatment Center* y del *South Manhattan Network of the New York City Health and Hospitals Corporation (HHC)*. Los servicios ofrecidos en el centro están afiliados a la *New York University School of Medicine*.

El centro está fundado y dirigido por el Dr. Jaime E. Inclán en 1983. El Dr. Jaime E. Inclán obtuvo su doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Nueva York y es Profesor Asociado de Psiquiatría Clínica en la Escuela de Medicina de la misma Universidad. Es 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 *Family Process*, *Psychology of Men and Masculinity* y *Redes*.

El centro que dirige recibió este nombre en homenaje al beisbolista puertorriqueño Roberto Clemente, que murió en un accidente aéreo en 1972 mientras llevaba ayuda para las víctimas del terremoto de Nicaragua de ese año. Está ubicado en Lower East Side "Loisaida" y forma parte de la Corporación de Hospitales de la ciudad de Nueva York (HCC). Actualmente atiende a cerca de 20.000 pacientes al año, siendo el 90% de ellos hispanos.

El CRC ha ido incluyendo programas adicionales: *Sylvia Del Villard Continuing Day Treatment Program*; *Institute for Family and Community Care (1992)*; *Primary Health Care Program (1998)*; *HIV-Primary Care Clinic (1999)*.

Reconocimientos, premios y publicaciones han documentado el éxito del programa. El Dr. Inclán ha recibido los siguientes premios: *Franz Fannon Award (Post Graduate Center for Mental Health)*, *Rafael Tavarez Memorial Award (Association Hispanic Mental Health Professionals)*, *Viva Loizaida, Lower East Side Hero*, *The Innovative Contribution to Family Therapy Award (American Family Therapy Academy)*, *Phillip Zlatchin Award (NYU)* y *Carolyn Attmeave Award (American Psychological Association)* por su trabajo en el desarrollo del Programa del Centro Roberto Clemente.

El Instituto Nacional de Salud Mental (*CAASP Program*) seleccionó Centro Clemente como un Programa Modelo Nacional para la atención a la comunidad culturalmente competente. *The Family Therapy Networker Magazine* destacó el Programa del CRC como un modelo y un programa innovador de salud mental comunitaria.

1.2. Orientación teórica

Los programas del RCC comparten una orientación sistémica familiar. El modelo ecosistémico defiende que se tenga en cuenta el contexto familiar y social a la hora de explicar las conductas del paciente y su categorización como patológicas o saludables.

La trayectoria teórica del centro siempre ha sido estimulada y orientada a partir de la práctica clínica. Así, a principios de los noventa, el marco sistémico-estructural orientó la línea teórica del RCC pues resultaba un enfoque útil para abordar las problemáticas que presentaban las familias que acudían al centro. Sin embargo, este modelo tuvo que ser ampliado para poder dar atención a otros aspectos como la pobreza, la diversidad cultural y de valores, la inmigración y las distintas dinámicas de familias procedentes de otros contextos socio-culturales (Inclán y Albores, 2007).

La orientación teórica general adoptada en la actualidad se basa en los principios y métodos del modelo estructural-ecológico. En casos de familias pobres e inmigrantes, las dificultades en y entre los miembros de la familia, se dan en un entorno de

dificultades económicas, ajuste de normas, costumbres y valores. El estrés de estas condiciones se evidencia en las interacciones intergeneracionales (padres e hijos) y en la pareja.

La teoría sistémico-ecológica asume conductas en familias y en sistemas humanos en constante desarrollo evolutivo, comprendiendo que los sistemas humanos son parte y expresión de una más amplia y compleja red ecológica de historias, culturas, valores y significados. La terapia familiar sistémica (TFS) es un instrumento clínico que dirige el quehacer de los terapeutas que observan la conducta humana a través del prisma de la teoría sistémica. En el centro se trabaja desde ambas posiciones y por ello denominan a su enfoque estructural-ecológico (Inclán, de los Santos y Prats, 2009).

La TFS desplaza el interés de teorías psicológicas tradicionales del individuo al sistema; es decir, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Se interesa por las pautas de interacción. La interacción se convierte en la fuente de información. Esto supone un salto cualitativo donde antes de considerar un significado atribuido a un comportamiento, "el por qué", se consideran las interacciones sociales donde ocurre, el "cómo".

El foco no es el individuo como fuente de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que tienen lugar interacciones que incluyen las expresiones sintomáticas. Por tanto, la intervención será un intento por introducir un cambio significativo en la interacción familiar, que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado.

La teoría propone que todos los miembros de la familia están involucrados en igualdad de condiciones en la dinámica de la familia. De manera similar, los partidarios de la idea de co-dependencia afirman que existen otras personas importantes, además del paciente identificado, que están implicadas "demasiado cerca" en la dinámica del síntoma, hasta tal punto que el sistema familiar complementa la patología. El tratamiento de la co-dependencia se ha de considerar en relación con la narrativa cultural arraigada y con los valores, especialmente los que conciernen a la familia. Al respecto, Inclán y Hernández (1992) ilustran la necesidad de revisar el modelo de co-

dependencia en términos socio-culturales para el uso eficaz de la terapia con clientes hispanos pobres.

Los puristas de las épocas iniciales en terapia familiar son cada vez menos. Sin embargo, siempre podremos descifrar, y creemos que es prudente tener una orientación principal, alrededor de la cual se organice la terapia. Llevar la terapia desde un enfoque propio permite ensanchar la exploración del problema utilizando técnicas de otras perspectivas sistémicas, a la vez que se mantiene el enfoque e intensidad en la terapia.

Dentro del estilo estructural-ecológico, la terapia estructural se centra en la estructura familiar, las normas y patrones que organizan el modo en que interactúan los miembros de la familia. El mapa estructural de la familia (el prisma que organiza la información) se construye sobre conceptos familiares funcionales (esposos, hijos,...) y disfuncionales (coaliciones intergeneracionales, triangulaciones), límites (fronteras emocionales que fortalezcan subsistemas funcionales) y jerarquía (ejercicio de poder o fuerza en torno a la facilitación de, o protesta contra las funciones ejecutivas del sistema) (Minuchin y Gamburg, 1979). Mientras la familia interactúa, el terapeuta analiza el problema estructural en ella, establece hipótesis sobre el problema y asume la responsabilidad en la dirección del proceso terapéutico. El estilo terapéutico varía en cuanto al nivel de directividad del terapeuta.

Por su parte, el modelo ecológico tiene su fundamento en la teoría de Bronfenbrenner (1986) y su concepto de ecosistema, que postula que la conducta individual se puede explicar mejor al comprender el contexto ambiental en el que se presenta. En este sentido, el Macrosistema que define Bronfenbrenner incluiría dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas. El enfoque introduce el concepto de "empatía social", es decir, el nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad histórica, material y social del paciente. Esta cualidad del terapeuta, junto un dominio teórico y práctico aumenta la efectividad y mejora la relación porque disminuye las diferencias cognitivas y la distancia emocional del terapeuta hacia su paciente.

Con todo ello, podríamos concluir que la filosofía del programa Clemente incluye los siguientes principios: servicios basados en una orientación comunitaria, orientación familiar sistémica, sensibilidad cultural a través de programas bilingües/biculturales, énfasis en el entrenamiento de profesiones y en el desarrollo de conocimiento y colaboración con agentes comunitarios y sociales.

1.3. Servicios

Así, el CRC maneja seis servicios con sus programas:

A. Clínica externa de Salud Mental (programa de orientación familiar)

Proporciona recomendaciones y servicio de psicoterapia, con énfasis en la orientación psicopedagógica familiar y la terapia familiar. Otros servicios que ofrece: terapia individual, terapia de grupo, terapia de pareja, terapia para la ludopatía y farmacoterapia. Los profesionales de la Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, y Orientadores), todos bilingües y biculturales, proporcionan servicios para una media de 300 clientes al año. El coordinador de los servicios clínicos es Andrés Torrens. El Coordinador de los Servicios Médicos es Miguel Vilaró.

B. Programa de tratamiento de seguimiento diario (programa de Sylvia Del Villard)

Proporciona orientación intensiva y estructurada y servicios de rehabilitación. Este programa se hace cargo de las necesidades de los clientes con trastornos mentales graves. Su objetivo es: prevenir la rehospitalización, facilitar el retorno a la comunidad, y promover el funcionamiento óptimo en la comunidad de los clientes que son dados de alta de las instituciones. Los clientes participan diariamente, desde las 9:00 hasta las 14:00 horas, en actividades de grupo, servicios de psicoterapia, reciben la medicación estabilizadora, participan en talleres ocupacionales artísticos. Las reuniones con la familia se realizan por las tardes. Se sirve la comida diariamente. Todo el equipo es bilingüe y bicultural. El Coordinador del Servicio Clínico para este programa es Miguel Hernández.

C. Servicio de Atención Primaria.

Proporciona un servicio actualizado de cuidados de salud de atención primaria (medicina general, pediatría y obstetricia-ginecología) para los residentes del área. Los cuidados especializados se administran en el Hospital Bellevue y el Hospital Gouverneur. Los servicios se ofrecen entre las 8:00 y las 20:30 horas. Los doctores son bilingües (español) y orientados a descubrir las necesidades de salud de la familia en global. Ellos son también el enlace con los servicios de Salud Mental del CRC para cubrir un estado de salud general. El Administrador de los Servicios Médicos es Luisa Rivera.

D. Cuidados clínicos primarios del paciente VIH.

Es la primera clínica en Nueva York de cuidados básicos e iniciales del paciente con VIH basados en la comunidad. Establecida en 1985 y reestablecida de nuevo en 1999. Ofrece evaluación médica integral y tratamiento, incluyendo orientación nutricional, servicio de salud mental, y manejo del caso. El Coordinador del Servicio Clínico es María Santana.

E. Instituto para los cuidados de la familia y la comunidad.

Este es el programa de formación del CRC. Ofrece formación en Terapia Sistémica de Orientación Familiar con especialización en trabajo con población urbana latina, pobre, e inmigrante. Los componentes de la formación incluyen: Prácticas experienciales en psicología (Jaime Inclan, Coordinador); Prácticas en trabajo social (Miguel Hernández, Coordinador); y Seminarios de formación y talleres para personal sanitario de salud mental. El director de la formación en el Instituto de Cuidados Familiares y de la Comunidad es Miguel Hernández.

F. Curso en Humanidades.

Fundado por Earl Shorris y establecido primero en el CRC (1995) en colaboración con Bard College. Ofrece a la gente pobre, que está marginada por el sistema educativo establecido, una oportunidad para mejorar la calidad de sus vidas a través del acceso a

un nivel de educación universitaria en humanidades (literatura, historia, filosofía, cursos de escritura). Los participantes tienen la posibilidad de adquirir 6 créditos universitarios por este curso. El programa es ofrecido libre de gastos económicos para los participantes. El Coordinador del curso es Julie Regan.

1.4. Características del equipo

La rotación, donde se llevan a cabo las actividades asistenciales por parte del residente, se desarrolla en las consultas externas de Salud Mental dentro del Programa de Orientación Familiar de Roberto Clemente. El equipo está compuesto por 7 psicólogos (de los cuáles 5 son clínicos y 2 están adquiriendo la maestría en psicología clínica), 6 trabajadores sociales (todos ellos con la maestría o especialización en asistencia clínica), 2 psiquiatras y cuatro administrativos (poseedores del título de trabajador social pero sin especialización). En EEUU es necesario tener una licencia, adquirida mediante la maestría, para poder ejercer actividades asistenciales con pacientes, por parte de cualquier especialidad. En España, estamos todavía muy lejos de alcanzar este nivel de calidad. En nuestro país, bajo ciertas condiciones, un psicólogo podría sentarse frente a un cliente sin necesidad de ser clínico o de tener una formación especializada, en EEUU esto sería impensable.

2. Actividades realizadas

En cuanto al programa formativo en Terapia Familiar para residentes en Psicología Clínica, está previsto comprenda 30 horas semanales. Se requieren conocimientos en evaluación psicodiagnóstica e interés en la terapia familiar. Durante este periodo se contemplan actividades de entrenamiento o capacitación a través de seminarios, supervisión de casos, observación de sesiones y actividades clínicas como terapeuta.

2.1. Actividad clínica

Las actividades clínicas están especializadas en factores ambientales y sociales como son la inmigración, el género, la pobreza, el encarcelamiento, la promoción de las competencias, la salud mental de los adolescentes, familias de acogida, familias de matrimonios mixtos, el sobrepeso y la obesidad, la educación y la capacitación.

La actividad clínica se desarrolla en las consultas externas de Salud Mental dentro del Programa de Orientación Familiar de Roberto Clemente. Proporciona servicios de *counseling* y psicoterapia con énfasis en la orientación y terapia familiar. Otros servicios son: terapia individual, terapia de grupo, terapia de pareja, terapia de juego y farmacoterapia. Cada residente tiene una responsabilidad asignada de hacer entrevistas con pacientes. Como apoyo al trabajo que se hace, el participante tiene un supervisor clínico y un supervisor administrativo.

Durante los 3 meses de formación tuve la oportunidad de llevar un total de 10 casos como terapeuta desde distintos abordajes: familiar, de pareja e individual. La periodicidad de las visitas con cada caso es semanal. Tras realizar la recepción y las primeras entrevistas con los pacientes donde se recogía la historia clínica y los posibles objetivos terapéuticos, el equipo del CRC valoró que 2 de estos 10 casos no eran apropiados para el centro y fueron derivados a otros recursos más óptimos para su situación particular. El tipo de demanda y el tipo de abordaje de cada caso aceptado por el centro se resume en el siguiente cuadro:

Motivo de consulta	Abordaje
Pérdida ambigua por inmigración	Terapia familiar
Maltrato infantil	Terapia familiar
Problemas de individuación en paciente con psicosis secundaria al consumo de anabolizantes	Terapia familiar
Psicosis de inicio tardío tras duelo complicado	Terapia familiar
Conflictos en pareja reconstituida con distinto origen sociocultural	Terapia de pareja
Conflictos en pareja reconstituida con un miembro transexual	Terapia de pareja
Pérdida ambigua por inmigración	Terapia individual
Trastorno esquizotípico de la personalidad con otros trastornos comórbidos	Terapia individual

Además, para el entrenamiento en la actividad clínica se realizan distintos seminarios de supervisión que enriquecen enormemente nuestra formación como terapeutas. Los seminarios de supervisión pueden ser directos (el terapeuta supervisor interviene como experto junto con el terapeuta en formación) o indirectos (el terapeuta en formación expone al grupo un caso y recibe orientación del terapeuta experto y del equipo de compañeros).

2.2. Actividad académica

El centro oferta programas de formación para diversos profesionales sanitarios interesados en la terapia familiar y reciben estudiantes y residentes de Psicología Clínica, Psiquiatría y Trabajo Social procedentes de E.E.U.U., América Latina y Europa.

En el Instituto de Atención Comunitaria Familiar se desarrolla el programa de capacitación del CRC. Se ofrece formación en terapia familiar orientada al trabajo especializado con sistemas de población urbana pobre, inmigrante y latina. Las actividades de capacitación para psicólogos clínicos residentes incluyen:

- Seminarios didácticos en Terapia Familiar 2 horas /semana
- Seminarios (Estructural/Estratégica) 2 horas / semana
- Supervisión clínica de familias en vivo 3 horas / semana
- Supervisión clínica individual 1 hora / semana
- Formulación de Casos Clínicos 2 horas / semana

Los facultativos de la formación son:

- Jaime Inclán
- Kamala Mottl
- Michelle Scheinkman
- Mabel Quinonez
- Miguel Hernandez
- Enrique De Urquiza
- Héctor Goa
- Magdalena Marino

Durante mi estancia asistí a los siguientes seminarios de formación:

- “Didactic Family Therapy Seminar”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. M. Hernández.

Se trata de un seminario teórico semanal de dos horas de duración dirigido a todos los estudiantes en formación del centro. Durante los meses de la rotación se realizó el Módulo de Salud Mental e Inmigración, específicamente dedicado a los aspectos psicopatológicos y socioculturales asociados a los procesos migratorios.

La metodología de las clases consistía en el visionado de unos vídeos donde familias inmigrantes en los EEUU de distintas etnias contaban sus experiencias. El seguimiento de estos casos fue longitudinal a lo largo de varios años. En ellos podríamos apreciar las distintas fases del proceso migratorio y debatir con posterioridad los estresores psicosociales a los que se enfrentan y los aspectos resilientes que les han permitido adaptarse en mayor o menor medida a la nueva cultura.

- “Family Therapy Strategies and Interventions Seminar”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. J. Inclán. M. Vilaró.

Seminario semanal de dos horas de duración dirigido por el Dr. Inclán (psicólogo clínico) y el Dr. Vilaró (psiquiatra). Tras realizar el proceso de recepción de los pacientes donde se recogía la historia clínica, se presenta el caso al equipo donde

intervienen tanto todos los estudiantes y residentes en formación como todos los profesionales de la plantilla. El objetivo es establecer una criba de pacientes para dilucidar si son un caso apropiado para el centro o se beneficiarían más en otro tipo de recursos, si este fuera el caso, recibimos una orientación para realizar la derivación. Para ello se establece un diagnóstico y se plantean distintos objetivos terapéuticos de cada caso particular y el formato de terapia más adecuado para tratar al paciente: individual, familiar o grupal.

- “Live-Clinical Supervision Seminar”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. M. Hernández.

Se trata de un seminario de tres horas de duración con periodicidad semanal. La supervisión puede ser tanto directa como indirecta. En la supervisión directa, se realiza una pre-sesión donde se expone el caso que se va a llevar a consulta, el equipo plantea hipótesis y posibles intervenciones. Normalmente, los casos son de familias que ya han sido visitadas en el centro y que el terapeuta en formación ha encontrado algún tipo de dificultad en la intervención. Tras la pre-sesión, tanto el terapeuta experto como el terapeuta habitual, ven a la familia mientras el equipo observa detrás del espejo. Después de la sesión, se analiza y discute en equipo y se orienta la intervención.

- “Individual-Clinical Supervision”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. M. Marino.

Se trata del espacio de supervisión individual semanal asignado a los residentes para supervisar los casos que llevamos como terapeutas. En este espacio se realiza tanto una supervisión clínica indirecta como administrativa. En el tiempo de supervisión clínica, se abordan los obstáculos acontecidos durante el proceso terapéutico, el supervisor co-orienta la terapia en la dirección del cambio planteando nuevas hipótesis y formas de intervención. En el tiempo de la supervisión administrativa, se suelen tratar las dificultades relacionadas con los aspectos burocráticos concernientes a los casos, el pan de cada día en los Estados Unidos.

- “Advanced Therapy Strategies and Interventions Seminar”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. J. Inclán.

Se trata de un seminario de dos horas con periodicidad semanal dirigido a psicólogos clínicos, estudiantes de psicología y residentes en psicología clínica, los psiquiatras en formación tenían la oportunidad de asistir opcionalmente. En estos espacios se trabajó desde dos metodologías distintas. Cada 15 días teníamos la oportunidad de visionar a través del espejo el seguimiento de una familia cuyo terapeuta era el Dr. Inclán. Cada uno de los cónyuges de esta familia estaba, además, en tratamiento individual. Previamente a cada sesión, los terapeutas individuales exponían la evaluación del encuentro con cada miembro acontecido la semana anterior. Posteriormente, el equipo se situaba detrás del espejo mientras el terapeuta familiar realizaba la terapia. Al finalizar, se discutían las técnicas llevadas a cabo, la evolución de la familia y se reconsideraban las hipótesis y el proceso terapéutico. El otro formato, en los otros quince días alternos, se invitaba al Dr. Inclán como experto y se realizaba una sesión extraordinaria con el caso de un terapeuta en formación. En este caso, el terapeuta en formación se situaba detrás del espejo junto con el equipo. Como en la supervisión directa, se realiza una pre-sesión con todo el equipo donde se analizan los aspectos que se conocen de la familia que se va a ver y se plantean nuevas hipótesis y posibles intervenciones. Después de la sesión, se analiza y discute en equipo y se orienta la intervención.

- “Advanced Family Therapy Seminar”. Centro Roberto Clemente, Nueva York. Héctor Goa.

Se trata de un seminario semanal de una hora de duración. Este seminario consta de una parte más teórica y otra más práctica, en la primera estudiábamos distintas lecturas clásicas de terapia familiar para su posterior debate en clase y en la segunda visionábamos *Films* de intervenciones emblemáticas realizadas por los autores más representativos de la terapia familiar, normalmente recogidas y transcritas a libros de divulgación científica. Con ello, analizábamos los giros dados a la terapia, las distintas técnicas utilizadas, las hipótesis en las que se basaron y como evolucionó el caso durante el seguimiento.

2.3. Actividad investigadora

- "Adult Attachment Interview". Roberto Clemente Center (NY) (2011).

El objetivo del proyecto es evaluar los distintos patrones de apego en el adulto. Los pacientes incluidos son personas mayores de edad, clientes del centro, con dificultades en las relaciones interpersonales actuales. Al paciente se le aplica una entrevista semiestructurada que pretende evaluar los patrones de apego establecidos en su infancia y los mantenidos en la actualidad. Las entrevistas son grabadas y posteriormente transcritas. Mi papel ha consistido en la participación en actividades en el campo de las entrevistas de apego en adultos, aprendizaje del método de entrevista y posterior contribución a la transcripción de las mismas.

2.4. Otras actividades formativas

- "Psychotherapy Networker" National Symposium in Washington, D.C. (29 horas)

El RCC facilita becas a los residentes que están en formación en el centro para asistir al congreso de psicoterapia Psychotherapy Networker Symposium que se organiza todos los años en Washington. En la edición del 2011 pude asistir a las conferencias que se hicieron durante los 3 días y a los siguientes *workshops*:

- Drawing the Human Figure. Rosamund Zander (7 Hours)
- Dancing with Your Brain. Daniel Leven, Rick Hanson, Jody Wager (1 Hours)
- Keynote: Cyber Intimacy and Cyber Solitude. Sherry Turkle (1 Hours)
- Part 1: The New Rules of 21st- Century Marriage. Terry Real, (2 Hours)
- Symposium Greatest Hits Film Program: The Secret Code of Attraction. Helen Fisher (1 Hours)
- Part 2: The New Rules of 21st- Century Marriage. Terry Real (2 Hours)
- Symposium Greatest Hits Film Program: Three Gateways to a Fearless Heart. Tara Brach (1 Hours)

- Special Film Program: Psychotherapy with the Unmotivated Patient. Erving Polster (1 Hours)
- Keynote: Crossing the Unknown Sea. David Whyte (1 Hours)
- Part 1: Working with Emotion in Couples Therapy. Susan Johnson (2 Hours)
- Symposium Greatest Hits Film Program: The Brain through the Lifespan. Louis Cozolino (1 Hours)
- Part 2: Working with Emotion in Couples Therapy. Susan Johnson (2 Hours)
- Symposium Greatest Hits Film Program: The Neurobiology of WE. Daniel Siegel (1 Hours)
- Special Film Program: Live Case Consultation. Otto Kernberg (1 Hours)
- Keynote: The New Science of Trust. John Gottman (1 Hours)
- Hold Me Tight - A New Approach to Intervening with Couples. Kathryn Rheem and Kristy Koser (4 Hours)

3. Aplicabilidad en nuestro contexto

Si América Latina fue antiguamente un clásico destino de emigración para los europeos, ahora es un subcontinente de emigración. De cada diez emigrantes mundiales, uno proviene de esta región y cada hora que pasa son 58 los latinoamericanos que abandonan su tierra. Hasta el final de las dictaduras de los últimos años noventa, los motivos que causaban la explosión de la emigración eran casi exclusivamente políticos, mientras que hoy las razones principales para abandonar el país natal, generalmente para siempre, son las perspectivas de encontrar trabajo y un salario mayor. Estados Unidos y España son los países receptores más importantes de esta ola de inmigración latinoamericana (Gratius, 2005).

Según los últimos censos, un 14% de los ciudadanos estadounidenses son latinoamericanos o de origen latinoamericano. Incluso por delante de los afroamericanos, los llamados *hispanics* representan desde el año 2000 la minoría más numerosa de EEUU. Los 23 millones de mexicanos residentes en EEUU forman el grupo más importante, no sólo de latinoamericanos, sino de todos los inmigrantes en EEUU. Mediante la emigración llevan a cabo la conquista demográfica y cultural de los territorios antaño perdidos frente a EEUU, como California, Nuevo México y Texas (Gratius, 2005).

En España se observa un fenómeno similar. Aunque en menor medida, allí se produce también una conquista sudamericana de la que fue potencia colonial por la llegada masiva de ecuatorianos, colombianos y argentinos. Mientras los hispanos en EEUU se ven, en su mayoría, sometidos a estrictos controles de inmigración, la latinoamericanización en España se ha llevado a cabo de una forma pausada y casi inadvertida. En España, grandes ciudades como Madrid, Barcelona y Valencia cuentan ya un 10% de población latinoamericana. De hecho, en muy pocos años se han establecido en nuestro país más de medio millón de latinos, lo cual representa un 1,3% de la población total. Eso sin contar a los latinoamericanos que llegan con pasaporte español ni a aquellos que lo hacen ilegalmente (Gratius, 2005).

De este modo, las dos grandes potencias para América Latina, una del pasado y otra en el presente, se han convertido en los mayores receptores de emigrantes latinoamericanos. Los pronósticos apuntan a que en menos de cincuenta años un cuarto de los estadounidenses y el 10% de los españoles serán de origen latinoamericano. En ambos países está teniendo lugar lo que el escritor mexicano Carlos Fuentes llama una “reconquista silenciosa”: 40 millones de hispanos en EEUU y más de un millón de latinoamericanos en España van cambiando paulatinamente la imagen de estos dos países, entre otras cosas porque el índice de fertilidad de los inmigrantes es decididamente mayor al de la población autóctona (Gratius, 2005).

La identidad cultural tiene un profundo impacto sobre nuestro sentimiento de integración en la sociedad y sobre nuestra salud física y mental. Nuestro legado cultural hace referencia a nuestra etnicidad, pero también está profundamente influenciado por la clase social, religión, migración, geografía, discriminación por género, racismo, y orientación sexual, además de la dinámica familiar interna. Todos estos factores influyen en el estatus social de la gente en nuestra cultura. Estos factores también influyen en cómo los miembros de la familia asumen su herencia cultural, a otros grupos culturales y preservan las tradiciones culturales (McGoldrick, Giordano & García-Prieto, 2005).

Es importante conocer las estructuras sociales de las que provienen los inmigrantes, sus índices de educación y alfabetización, la forma como se realiza el contacto y la integración en la sociedad de acogida (Capel, 2001). Al respecto, se han encontrado diferencias entre poblaciones de minorías étnicas y poblaciones mayoritarias en los EEUU en términos de orientación relacional, con consecuencias tanto para el *counseling* como para la psicoterapia, estos hallazgos se han evidenciado en afroamericanos (Carter & Helms, 1987), inmigrantes cubanos (Szapocznik, Scopetta, Aranalde, & Kurtines, 1978), inmigrantes coreanos (Donnelly, 1992), portorriqueños (Inclan, 1985), y refugiados del sureste asiático (Gerber, 1994). Sin embargo, nuestros modelos terapéuticos son presentados generalmente como que tienen una aplicabilidad universal. Solo recientemente se ha empezado a considerar tanto los aspectos culturales de nuestros modelos terapéuticos como de los terapeutas.

Además, en la actualidad, incluso se hace referencia a la “competencia cultural” de los profesionales (Fornet Betancourt, 2004).

Por lo tanto, en nuestro país es necesario adoptar un enfoque ecológico que tenga en cuenta la idiosincrasia del sistema socio-cultural donde se mueven estas familias. La familia, simplemente refleja en su microcontexto los avances o retrocesos del macrocontexto al cual pertenece. Los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia, cuando una familia latina acude nuestro país podríamos considerar que se produce una disonancia entre la estructura familiar de su país de origen y la estructura familiar del país de destino. Si la familia, como sistema abierto en proceso de transformación, es capaz de revisar sus esquemas cognitivos, emocionales y pragmáticos, podrá coevolucionar junto con la sociedad en la que está inmersa y a su vez, permitirá su evolución como sistema y de cada uno de sus integrantes. Para poder tener en cuenta los elementos sociales a la hora de intervenir sobre el mapa estructural familiar, sería útil el poder extrapolar el enfoque estructural-ecológico desarrollado en el CRC con familias inmigrantes latinas. Embebernos de este paralelismo en nuestros servicios sanitarios, donde la inmigración de latinoamericanos crece de manera exponencial, es completamente necesario.

4. Valoración personal

Estimo que la estancia en el CRC es fundamental para completar mi formación como psicólogo interno residente. Considero que es muy importante conocer el trabajo psicoterapéutico sistémico realizado con paciente en centros ambulatorios. Además, comprender la diversidad cultural en el ámbito de la psicología clínica es una apuesta de futuro debido a que es un fenómeno cada vez más presente en nuestras consultas.

Bajo mi punto de vista, los puntos fuertes del rotatorio serían:

- ◆ La experiencia de la multiculturalidad, ya no solo entre los clientes, sino también entre los terapeutas (el CRC acoge estudiantes y residentes europeos, norteamericanos y suramericanos).
- ◆ La relevancia del papel del psicólogo clínico en la comunidad terapéutica. El director del centro era psicólogo clínico, la psicoterapia se considera la línea de trabajo primordial dentro de los objetivos terapéuticos.
- ◆ No obstante, el enfoque adoptado es multidisciplinar no solo en la teoría, sino también en la práctica. El trabajo en equipo es la principal herramienta de intervención, las reuniones y las supervisiones facilitan tal comunicación.
- ◆ El cuidado y la calidad de la atención prestada a los pacientes. La privatización hace que a los pacientes se les considere clientes, el seguimiento más estrecho y continuado de los casos fomentan la adherencia al tratamiento y potencia así las posibilidades de cambio.
- ◆ El tener un número limitado de casos te permite realizar un seguimiento semanal, encuadre difícilmente adoptado en España debido a la presión asistencial.
- ◆ El valor que se le da a la supervisión en todos sus formatos (en vivo o diferida) permite que el entrenamiento en la práctica clínica sea mucho más enriquecedor.
- ◆ La observación de sesiones a través del espejo unidireccional y la discusión de la intervención con posterioridad.
- ◆ La inclusión de seminarios teóricos como complemento a la actividad clínica.

- ◆ La posibilidad ofertada a los residentes de psicología clínica para participar en actividades de investigación.
- ◆ El conocimiento de un sistema sanitario y una bi-culturalidad (inmigrantes latinoamericanos en EEUU) distintos al nuestro.

Por otro lado, los puntos débiles serían los siguientes:

- ◆ Es un centro dotado con muchos recursos de formación teórica pero quizá se les pudiese sacar más partido si se abogara por una mayor organización, por ejemplo, elaborando un programa estructurado para los seminarios o planeando actividades alternativas en el caso de que alguna familia convocada en los seminarios de supervisión in vivo cancele la cita.
- ◆ Los asuntos burocráticos ocupan gran parte del horario laboral, se llegan a convertir en una práctica tediosa de escaso valor formativo.

Desde luego, el resultado del balance es totalmente positivo. Considero que la formación en terapia familiar y en inmigración son dos aspectos fundamentales para nuestra práctica clínica. Por un lado, la familia puede llegar a actuar como catalizador del cambio individual y por otro, el tener conocimientos acerca del impacto migratorio puede ser una herramienta útil para la comprensión de nuestros pacientes latinoamericanos, cada vez más numerosos en nuestros servicios sanitarios.

5. Agradecimientos

A mi familia por su apoyo en esta experiencia.

A Pablo por haberme acompañado en este viaje.

A todos los compañeros del CRC, en especial a Lourdes, M^a José, Julián, Alfonso, Fran y Christian, por haber podido compartir con vosotros tantas hazañas profesionales y personales.

Al equipo del CRC: a Magdalena por sus intensas supervisiones y a Jaime, Héctor y Miguel por hacer sencillas grandes genialidades.

A la junta directiva de ANPIR, por ofrecer a los residentes de psicología clínica tal oportunidad y por la confianza depositada en este proyecto.

6. Referencias bibliográficas

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Capel, H. (2001) El derecho a la movilidad y los conflictos de la adaptación: grandes expectativas y duras realidades. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Nº. 5, 79-104, 2001
- Carter, R. T., & Helms, J. E. (1987). The relationship of Black value-orientations to racial identity attitudes. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 19, 185–195.
- Donnelly, P. J. L. (1992). The impact of culture on psychotherapy: Korean clients' expectations in psychotherapy. *Journal of the New York State Nurses Association*, 23(2), 12–15.
- Fornet Betancourt, Raúl (2004). *Crítica intercultural de la filosofía latinoamericana actual*. Madrid: Trotta.
- Gratius, S. (2005). *El factor hispano: los efectos de la inmigración latinoamericana a EEUU y España*. Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos.
- Gerber, L. (1994). Psychotherapy with Southeast Asian refugees: Implications for treatment of Western patients. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 280–293.
- Inclan, J. (1985). Variations in value orientations in mental health work with Puerto Ricans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(25), 324.
- Inclan, J., & Hernandez, M. (1992). Cross-Cultural perspectives and codependence: The case of poor hispanics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 245-255.
- Inclán, J., de los Santos, P., & Prats, J. B. (2009). Modelo estructural-ecológico: Rol del terapeuta en promoción de cambio en la familia. *Violencia Familiar*, 272.
- Inclán, J., Albores, J. (2007). *Terapia de Pareja: Ajustes a Inmigración y Roles de Género. La Terapia Familiar Desde Iberoamérica*. Buenos Aires: Tres Haches. 211-235.
- Minuchin, S. Gamburg B. (1979). *Familias y terapia familiar*. Gedisa: Barcelona.
- McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy*. The Guilford Press.

Szapocznik, J., Scopetta, M. A., Aranalde, M. A., & Kurtines, W. (1978). Cuban value structure: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 961–970.

7. Bibliografía recomendada

- Ackermans, A. Andolfi, M. (1990). La creación del sistema terapéutico. Paidós T.F.: Buenos Aires.
- Ausloos, G. Gamburg B. (1998). Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso. Herder: Barcelona.
- Barudy, J. Gamburg B. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós T.F.: Barcelona.
- Bateson, G. Gamburg B. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente. Carlos Lohlé: Buenos Aires.
- Bertalanffy, L.Von; Gamburg B. (1993). Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica: Madrid.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (1997). Los tiempos del tiempo. Paidós T.F.: Barcelona.
- Boszormenyi-Nagy, I. Spark, G. M. (1983). Lealtades Invisibles. Amorrortu: Buenos Aires.
- Bowen, M. Gamburg B. (1991). De la familia al individuo. Paidós T.F.: Barcelona.
- Caillé, P. Gamburg B. (1992). Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma. Paidós T.F.: Barcelona.
- Campanini, A. Luppi, F. (1991). Servicio Social y modelo sistémico. Paidós T.F.: Barcelona.
- Cancrini, L. Gamburg B. (1997). La caja de Pandora. Paidós: Barcelona.
- Cirillo, S. Di Blasio, P. (1991). Niños maltratados. Paidós T.F.: Barcelona.
- Coletti, M Linares, J. L.. (1997). La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Paidós T.F.: Barcelona.
- de Shazer, S. Gamburg B. (1987). Pautas de terapia familiar breve. Paidós T.F.: Barcelona.
- Framo, J.L. Gamburg B. (1997). Familia de origen y Psicoterapia. Paidós T.F.: Barcelona.
- Haley, J. Gamburg B. (1985). Trastornos de la emancipación juvenil y T.F. Amorrortu: Buenos Aires.
- Haley, J. Gamburg B. (1985). Terapia para resolver problemas. Amorrortu: Buenos Aires.

- Hoffman, L. Gamburg B. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica: México.
- Imber-Black, E. Roberts, J. (1991). Rituales terapéuticos y ritos en la familia. Gedisa: Barcelona.
- Linares, J. L. Gamburg B. (1997). Identidad y narrativa. Paidos T.F.: Barcelona.
- Mcgoldrick, M. Gerson, R. (1987). Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa: Buenos Aires.
- Micucci, J. A. Gamburg B. (2005). El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control. Amorrortu: Buenos Aires.
- Minuchin, S. Fishman, C. (1976). Técnicas de terapia familiar. Amorrortu: Buenos Aires.
- Minuchin, S. Gamburg B. (1979). Familias y terapia familiar. Gedisa: Barcelona.
- Napier, C. Whitaker, C. (1982). El crisol de la familia. Amorrortu: Buenos Aires.
- Navarro, J. Gamburg B. (1992). Técnicas y programas en T.F. Paidos T.F.: Barna.
- Onnis, L. Gamburg B. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Paidos T.F.: Barcelona.
- Satir, V. Gamburg B. (1992). Psicoterapia familiar conjunta. La prensa médica mexicana: México.
- Selvini Palazzoli, M. Cirillo, S. (1990). Los juegos psicóticos en la familia. Paidos T.F.: Barcelona.
- Selvini Palazzoli, M. Gamburg B. (1990). Al frente de la organización. Paidos: Barcelona.
- Selvini Palazzoli, M. Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja. Paidos: Barcelona.
- Simon, F.B. Stierlin, H. (1988). Vocabulario de T.F. Gedisa: Barcelona.
- Sluzki, C. Gamburg B. (1997). La red social: frontera de la práctica sistémica. Gedisa: Barcelona.
- Speck, R. Atteneave, C. (1973). Redes Familiares. Amorrortu: Buenos Aires.
- Stierlin, H Gamburg B. (1979). Psicoanálisis y terapia familiar. Icaria: Barcelona.
- Watzlawick, P. Beavin J. (1981). Teoría de la comunicación humana. Herder: Barcelona.
- Watzlawick, P. Weakland, J. (1995). Cambio. Herder: Barcelona.
- White, M. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Epston, D. Paidos T.F.: Barcelona