

MEMORIA DE ESTANCIA

Institute for Family and Community Care
ROBERTO CLEMENTE CENTER



Convocatoria Becas ANPIR 2010-2011
PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS
EN CENTROS DE EXCELENCIA
EXTRANJEROS

Cynthia Binelli Capurro

Corporació Sanitària Parc Taulí

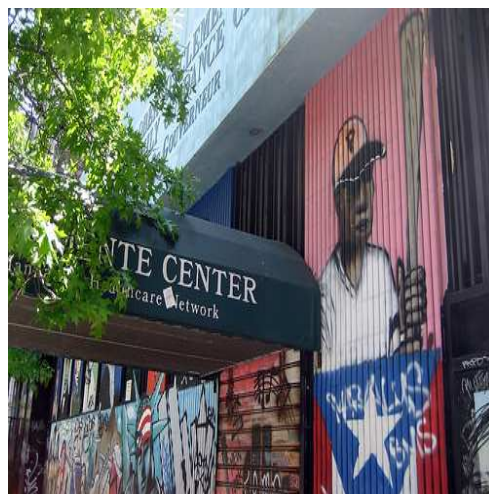
ÍNDICE	Pág.
1. Introducción:	
1.1 Características del centro.....	3
1.2 Servicios.....	4
1.3 Historia, orientación y filosofía del centro.....	5
1.4 Características del equipo de trabajo.....	7
2. Actividades Realizadas:	
2.1. Clínica.....	8
2.2. Docente.....	13
2.3 Información práctica sobre la rotación.....	16
3. Aplicabilidad a nuestro entorno.....	17
4. Valoración personal.....	18
5. Agradecimientos.....	19
6. Referencias bibliográficas.....	20
7. Bibliografía recomendada	21
8. Anexo: Información de pasos a seguir para realizar la rotación.....	24

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Características del centro

La siguiente memoria recoge información correspondiente a la rotación externa realizada en el “Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center”, en el periodo de mayo a agosto del 2011.

El “Institute for family and community care Roberto Clemente Center” (RCC) fue creado en 1982 y se establece como el primer programa en el estado de Nueva York en proponer los aspectos culturales como un componente esencial en la atención de personas en el ámbito de la salud mental y comunitaria. Se trata de un centro de salud mental comunitaria de orientación sistémica familiar, y enmarcado dentro de la filosofía de sensibilidad cultural, de manera que los aspectos culturales y sociales particulares se consideran claves para entender la situación de la persona o familia. Por ello, todos los profesionales del centro son bilingües y biculturales. Ubicado en el “Lower East Side” de Manhattan, el RCC forma parte del “Gouverneur Diagnostic and Treatment Center” y del “South Manhattan Network of the New York City Health and Hospitals Corporation” (HHC). Así, el RCC acoge tanto pacientes derivados de diferentes dispositivos de salud, como pacientes que deciden venir al centro de forma particular sin necesariamente ser derivados por una institución.



Roberto Clemente Center
540 East 13th Street
New York, NY, 10009

Main Phone: (212) 387 7400
Fax: (212)387-7432

www.clementecenter.org

1.2 Servicios

El centro dispone de cuatro programas clínicos y dos programas formativos:

- Programa Ambulatorio Roberto Clemente de Atención Familiar: “The Roberto Clemente Family Guidance Program”

Programa que ofrece dentro de sus servicios “Counseling” y psicoterapia con especial énfasis en “Counseling” familiar y la terapia familiar. Además, ofrece terapia psicológica individual, terapia de grupo, terapia de pareja, y terapia de juego para niños. Aunque el centro ofrece terapia psicofarmacológica, se considera la psicoterapia el tratamiento principal, y es requisito necesario para acceder al tratamiento farmacológico. Se trata del programa en el que realizan rotaciones/estancias la mayoría de los profesionales, residentes y estudiantes.

- Programa de atención continuada: The Sylvia Del Villard Program:

Dispositivo que proporciona un servicio intensivo y estructurado de intervención y rehabilitación. Los pacientes participan de forma diaria de 9:00 a.m. a 02:00 p.m. El programa va dirigido a pacientes del ámbito de la salud mental con dificultades severas teniendo como objetivo prevenir la re-hospitalización, facilitar el retorno a la comunidad y promover un funcionamiento comunitario óptimo de los pacientes que están desvinculados de los servicios de salud mental.

- Programa de atención primaria: “The Roberto Clemente Primary Care Service “

Se trata de un dispositivo que proporciona atención primaria (medicina de familia, pediatría y ginecología) a los residentes del sector, teniendo como hospitales de referencia el “Bellevue Hospital Center” y el “Gouverneur Hospital”. Se realiza además íter-consulta con salud mental y tareas de prevención y promoción de la salud.

- Programa de atención al VIH: “The HIV Primary Care Clinic”

Se trata del primer programa comunitario de atención al VIH de la ciudad de Nueva York, ofreciendo evaluaciones y tratamiento médico completo, así como atención a la salud mental en personas afectadas.

- Programa de formación del Instituto para la atención familiar y comunitaria: “The Insitute for Family and Community Care”

Se trata del programa de formación del RCC. Proporciona orientación familiar-sistémica y orientación a población inmigrante o con dificultades sociales. Ofrece programas para residentes de psicología clínica y trabajadores sociales así como seminarios y cursos para profesionales de la salud mental.

- Programa de formación en Humanidades: “The Clemente Course in the Humanities”

Se trata de un programa de formación orientado a gente de bajos recursos que fue marginalizada por el sistema de educación tradicional en el que se ofrece un programa de educación superior en humanidades (cursos de literatura, filosofía, historia o escritura) de manera gratuita.

1.3 Historia, orientación y filosofía del centro

Desde sus inicios a principios de los años ochenta, la trayectoria del RCC surge y es estimulada a partir de la práctica clínica (Inclan y Albores, 2007). El centro lleva su nombre en honor a los valores y el trabajo de la estrella de “baseball” puertorriqueña Roberto Clemente, quien se implicó en la causa de discriminación que sufrían jugadores Africano-Americanos y Latinos en el “baseball”. A lo largo de su vida, además de haber llegado a la cumbre deportiva, Clemente creó varios programas para niños e intervino en varias causas humanitarias. Roberto Clemente murió en un trágico accidente aéreo en año nuevo de 1972, mientras se trasladaba a Nicaragua

con ayuda humanitaria, transportando medicinas para víctimas de un terremoto.

Comenzando por su edificio, el RCC se presenta a sí misma como una institución comunitaria, que procura facilitar atención a todas las personas –incluyendo las clases más desfavorecidas- intentando alejarse de los aspectos peyorativos que rodean a la salud mental. Por ello, en 1996, un conocido muralista de la zona (CHICO), plasmó en las paredes exteriores de su edificio la esencia de la filosofía del centro. En el muro queda representado la mezcla de diferentes culturas latinoamericanas, razas e identidades dentro del período de inmigración a Norte-América, así como los principales representantes de valores defendidos por el centro: Simón Bolívar (liberador de America del Sur), Benito Juárez (reformador de la constitución Mexicana), Luisa Capetillo (feminista Puertorriqueña), Ramón E. Betances (reconocido médico y líder liberador Puertorriqueño), José Martí (líder de la independencia de Cuba), Julia de Burgos (poeta Puertorriqueña), y Archbishop Romero (líder sobre derechos de los pobres).

El RCC comienza su trayectoria englobada dentro del marco teórico sistémico-estructural (Minuchin, 1974) para luego ampliarse hacia un modelo que incluyera y tuviera en cuenta los aspectos socio-culturales: el modelo sistémico-ecológico (Inclan, 2009). Así, el RCC incluye en su filosofía:

- Servicios basados en una orientación comunitaria.
- Orientación familiar sistémica.
- Sensibilidad cultural (programas bilingües/biculturales).
- Énfasis en el entrenamiento de profesionales y su desarrollo.
- Colaboración con agentes comunitarios y sociales.

En consecuencia, de especial importancia se consideran todas aquellas situaciones y factores sociales que afectan a las familias, dentro de los cuales se incluyen la inmigración, la pobreza, población carcelaria, familias

de acogida, aspectos relacionados con roles de género y promoción de competencias. Ello, dentro de un ambiente donde la tolerancia, la empatía social, la humanidad, y la reflexión resultan imprescindibles para comprender diferentes realidades.

En reconocimiento a esta labor, tanto el RCC como el Dr. Jaime Inclan, director de centro, han recibido diversos premios, entre ellos 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 American Family Therapy Academy), el premio Phillip Zlatchin (otorgado por la New York University, NYU) y el Premio Carolyn Attmeave (otorgado por la American Psychological Association) por su trabajo en el desarrollo del Programa del Roberto Clemente. Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental (CAASP Program) seleccionó al RCC como modelo nacional de programa de atención culturalmente competente.

1.5 Características del equipo de trabajo.

El equipo de trabajo del RCC, incorpora, siguiendo su filosofía, un equipo multidisciplinar fijo de unos 15 profesionales entre psicólogos clínicos, dos psiquiatras, y trabajadores sociales con formación específica en psicoterapia. El centro cuenta además, con dos médicos de familia. A ello, debe sumarse un importante número de estudiantes de máster de psicología, estudiantes de máster en trabajo social, estudiantes de doctorado de psicología clínica, y residentes de diferentes partes del mundo que realizan su rotatorio. Muchos de esos estudiantes permanecen durante largos periodos de tiempo, ya que su sistema académico exige realizar práctica clínica supervisada por un número determinado de horas para obtener el título correspondiente. Ello, convierte el RCC en un centro con una importante actividad y asistencia formativa. Debe resaltarse, que debido a la divergencia entre el sistema español y el norte-americano, en el RCC,

todos los profesionales (psicólogos clínicos, trabajadores sociales con formación específica, y psiquiatras) pueden realizar terapia, puesto que todos poseen una licencia para ello, requisito indispensable en Estados Unidos de América (USA). En concreto, en el RCC tanto psicólogos clínicos como trabajadores sociales especializados realizan psicoterapia, mientras que los psiquiatras realizan labores más centradas en aspectos clínicos psiquiátricos y de control de medicación. El sistema que permite obtener el título de psicólogo clínico implica realizar un doctorado en psicología clínica, que compagina formación en investigación y labores clínicas, y que conlleva un promedio de al menos 5-7 años. Sin ello, no se obtiene una licencia como psicólogo clínico, y por tanto, no se puede tratar pacientes como tal. Por otra parte, no existe un sistema nacional de formación público para residentes en psicología clínica y el doctorado es la única vía para obtener el título. Igualmente, como he mencionado anteriormente, debe considerarse, -que con diferentes condiciones laborales-, otros profesionales, como los trabajadores sociales con formación específica, pueden realizar psicoterapia si poseen formación y una licencia.

2. Actividades realizadas en el centro

2.1 Actividad Clínica

Durante los meses de rotación se me asignaron 13 pacientes, entre terapia individual y familiar, la mayoría de ellos nuevos en el centro, por lo que fui la encargada de realizar el proceso de evaluación ("Intake"). La frecuencia de visitas en el centro es de terapia semanal.

El proceso a realizar una vez el paciente pide una cita es el siguiente:

- Screening Process:

El centro atiende a adultos, niños y adolescentes. Generalmente, son los mismos pacientes los que piden cita de forma telefónica, tras ser derivados de

diferentes dispositivos (institutos, servicios sociales, hospitales, asociaciones), o haber conocido el centro por familiares y amigos.

Durante el “screening” telefónico se recogen los datos personales del paciente y el motivo de consulta. En caso de que el paciente no sea apto para el centro, se encuentre en un estado agudo por el cual deba ser hospitalizado, o cumpla alguno de los criterios de exclusión, se le re-deriva o recomiendan alternativas donde puede ser atendido. Se consideran criterios de exclusión: no estar abstinentes en el caso de las adicciones, padecer retraso mental, demencia, y síndrome orgánico cerebral.

- Intake Evaluation:

El proceso de “Intake” o acogida, consiste en entrevistas que tienen el objetivo de recopilar información para realizar la formulación clínica del caso, incluyendo un diagnóstico clínico. Generalmente, se realizan tres visitas de 60 minutos con un psicólogo clínico y una visita de valoración con un psiquiatra. La reglamentación del Sistema de Salud exige que este proceso y la admisión (o no) de los pacientes al centro sea llevada a cabo en un máximo de un mes. Tratándose de tres entrevistas de 60 minutos, se puede recoger amplia información para realizar la formulación del caso. Puesto que se trata de un centro orientado a la terapia familiar y que resalta la importancia de los aspectos socio-culturales, la formulación del caso se realiza haciendo especial hincapié en la historia familiar y en los procesos migratorios y sociales que la acompañan. De hecho, un 80% de los pacientes atendidos en el centro son inmigrantes o descendientes de inmigrantes.

Especial importancia se da a los siguientes aspectos durante el proceso:

- Origen del paciente y origen de los padres.
- Posición del paciente dentro de la familia en el nacimiento (número de hermanos, posición dentro de los hermanos, otros parejas/matrimonio de los padres, otros hijos, etc.).
- Características de la infancia (caracterizada por pobreza, inestabilidad, estabilidad, abuso, trauma, violencia doméstica, drogas...).

- Relación con la figura primaria durante la infancia.
- Historia de migración de la familia (¿cuándo?, ¿cómo?, etapa, fecha, experiencia).
- Queja y motivo de consulta del paciente/familia.
- Ciclo vital de la familia.
- Momento en que empieza el problema y decisión de pedir ayuda.
- Historia de tratamientos.
- ¿Cómo afecta el problema a la familia?
- ¿Cómo han afrontado el problema?: el antes y el después.
- Significado del problema dentro de la familia: importancia del significado, creencias y explicaciones de cada miembro.
- Situación económica y social de la familia en la actualidad.
- Dinámicas familiares en la actualidad.
- Aspectos ecológicos y de la familia de origen relacionados con la problemática y el síntoma actual del paciente.

En definitiva, el proceso de “Intake” se trata del proceso de evaluación, mediante el cual se recoge la información del caso, incluyendo un diagnóstico clínico, para realizar la formulación clínica del caso y determinar si es apropiada la admisión al centro, o se debe derivarle a un dispositivo mas adecuado para atenderle.

- Family Treatment Planning Seminar (Case Disposition)

Se trata de un seminario de dos horas que se realiza de forma semanal, donde cada terapeuta presenta delante del equipo un caso (tras haberle realizado el proceso de “Intake” y haber realizado la visita con el psiquiatra) y posteriormente se decide el formato mas adecuado para tratar al paciente, los principales objetivos de tratamiento, y las recomendaciones del resto del equipo. Generalmente, se presentan entre 3-6 casos por sesión.

- Creación del “Individual Master Treatment Plan”

Para cada paciente admitido al centro, su terapeuta crea el “Master Treatment Plan”, es decir, realiza el protocolo creando un plan de tratamiento individualizado considerando la información recogida en el proceso de “Intake”, las recomendaciones del “Case Disposition” y el diagnóstico y la valoración por parte del psiquiatra. Así, para cada paciente, y partiendo de su problema particular, se realiza y registra un plan de tratamiento a corto y largo plazo (tres meses y dos años respectivamente). Una vez cumplido el plazo de tres meses, se revisa si los objetivos han sido cumplidos, si se encuentran todavía en proceso, si no han sido alcanzados, y se renueva el plan.

- Terapia Familiar y Terapia Individual

Como he mencionado anteriormente, llevé de forma permanente, 13 casos entre terapia individual y familiar, que visité de forma semanal. En aproximadamente la mitad de los casos el idioma principal durante la terapia era inglés, y en la restante mitad el español. Tratándose de un centro de orientación sistémica, se procura ver a los pacientes en sesiones familiares, con excepción de aquellos casos que la indicación terapéutica hace recomendable un enfoque individual o grupal. Los motivos de consulta son variados, y desde un punto de vista clínico, se ven pacientes y familias con diferentes problemáticas. Generalmente los pacientes comparten aspectos comunes: familias inmigrantes, en diferentes etapas del proceso de inmigración, (desde los recién llegados –muchos de ellos en medios peligrosos y de forma ilegal donde el proceso de adaptación se convierte en el principal objetivo-, hasta segundas y terceras generaciones de inmigrantes, donde los aspectos culturales e intergeneracionales, resultan particularmente interesantes desde un punto de vista psicoterapéutico), muchos de ellos con dificultades económicas y sociales, y con frecuente historia de múltiples acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida. Es así, que en muchos casos los acontecimientos traumáticos forman parte del tratamiento. Aunque el centro atiende pacientes de múltiples nacionalidades, el origen de gran parte de los

pacientes atendidos en la clínica es centroamericano. En su gran mayoría, los pacientes son colaboradores, están motivados a venir al centro, y agradecen y valoran el espacio terapéutico. En mi caso, atendí como terapeuta principal a pacientes y familias norte-americanas, latinoamericanas, y asiático-americanas. En cuanto a los diagnósticos, en general, fueron variados, encontrándome y llevando casos que incluyeron, TDAH mas dificultades de adaptación o conducta en niños, depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia, trastorno por estrés post-traumático, procesos de duelo, y dificultades sociales y relacionadas con el proceso de migración. Puesto que la filosofía del centro incluye la terapia familiar y la atención bicultural, ambos aspectos eran tenidos en cuenta en la terapia. Así, los objetivos de la intervención se diseñan, no únicamente por las características de un trastorno en particular, sino teniendo en cuenta aspectos relacionales y del proceso cultural y migratorio. Por otra parte, resulta interesante observar que en muchos casos, ambos aspectos –el familiar y el cultural- confluyen y están relacionados con el motivo de consulta.

Las diferencias intergeneracionales relacionadas con aspectos migratorios son importantísimas en este aspecto. Debe tenerse en cuenta que muchos pacientes, son criados en entornos culturales y bajo unos valores muy diferentes - y en muchos casos opuestos-, a su familia de origen, lo que inevitablemente produce una influencia. Estas diferencias, que en muchas ocasiones son motivo de grave conflicto a nivel familiar, con todas las consecuencias que ello puede implicar, pueden representar, un objetivo de tratamiento. El ejemplo mas simple y claro de estas diferencias intergeneracionales y culturales puede ser, hijos que no dominan en profundidad el idioma de origen de sus padres, con padres que no dominan en profundidad el idioma de sus hijos. Ello crea, en el nivel más elemental, dificultades de comunicación dentro de una familia.

En cualquier caso, los objetivos y estrategias de tratamiento, como he comentado anteriormente, no se basan únicamente en función del diagnóstico, sino que son siempre diseñados para cada caso en particular y teniendo en cuenta las características y circunstancias personales y sociales del

paciente/familia y siguiendo la guía de los comentarios por parte del equipo de la presentación del caso, y de las supervisiones semanales.

- Participación en Grupo Psicoterapéutico de Apoyo a mujeres víctimas de acontecimientos vitales traumáticos (AVT)

De forma semanal, participé en un grupo de mujeres víctimas de AVT. Se trata de un grupo de mujeres, todas ellas víctimas de múltiples acontecimientos traumáticos, incluyendo pobreza, abusos físicos, abusos sexuales, procesos inmigratorios difíciles, y situaciones de vida delicadas. El grupo es principalmente de apoyo y orientado a rescatar los aspectos más rescatables de estas señoras. Además de este grupo, el centro ofrece otro tipo de grupos, dependiendo del año lectivo, dentro de los cuales se encuentran: grupos de apoyo para diferentes rangos de edad, grupo para mujeres víctimas de violencia doméstica, grupo para manejo de dolor, grupo de socialización para niños, el grupo de apoyo para adolescentes, grupo de asertividad, y grupo para abuelos en tercera edad, entre otros.

2.2 Actividad Docente

- Didactic Seminar on Family Therapy

Se trata de un seminario semanal de tres horas orientado a explorar la teoría y aplicabilidad de las diferentes corrientes dentro de la terapia familiar. El esquema de trabajo consistía en la lectura previa de la teoría -proporcionada previamente- la introducción a la teoría, y posteriormente, la discusión y aplicación de sus técnicas y estrategias concretas a un caso práctico. Cada semana, alguno de los residentes que participábamos en el seminario era el encargado de traer por escrito un resumen de algún caso de su agenda, junto con su genograma, de manera que el caso era analizado desde el punto de vista de la teoría estudiada ese día. Ello resultó una manera práctica y amena de explorar la parte teórica, y resultó muy útil a los residentes por las recomendaciones concretas para su caso por parte del resto de los oyentes.

El esquema seguido fue el siguiente:

Seminario 1 (Junio 15)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿ Qué es la familia? • Tipos de Familia • Ciclos en la familia y transiciones • ¿Por qué terapia de familia?
Seminario 2 (Junio 22)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensar al pensar en las familias? • Evaluación de familias y diferentes corrientes. • Características de las familias. • Componentes a considerar en el tratamiento de familias: cultura, género, orientación sexual, ética. Aprender a pensar en la culturalidad. • Discusión de familias vistas en RCC
Seminario 3 (Julio, 6)
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia familiar estructural • Jay Haley. MRI • Prescripciones invariantes. Intervenciones paradójicas. • Discusión de caso
Seminario 4 (Julio 13)
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia familiar estructural. Límites. Coaliciones. • Vídeo Salvador Minuchin • Discusión del vídeo

Seminario 5 (Julio 20)
<ul style="list-style-type: none">• Aproximación Transgeneracional: Murray Bowen/ Terapia de sistemas• Genogramas• Terapia de familia en colegios. Terapia de familia en la sociedad contemporánea.• Cultura y terapia de familia• Inmigración y terapia de familia • Discusión de un caso
Seminario 6 (Julio 27)
<ul style="list-style-type: none">• Terapia de pareja y de familia: utilizando la evaluación y creando planes de tratamiento• Genograma práctico y Ecomapas • Discusión de un caso
Seminario 7 (Agosto, 3)
<ul style="list-style-type: none">• Postmodernismo/Constructivismo Social• Terapia focalizada en la solución de problemas • Discusión de un caso
Seminario 8 (Agosto, 10)
<ul style="list-style-type: none">• Terapia Narrativa• Habilidades dentro de la terapia narrativa• Vídeo • Discusión de un caso
Seminario 9 (Agosto, 17)
<ul style="list-style-type: none">• Resumen y reflexión de los diferentes enfoques dentro la terapia familiar

- Advanced Family Therapy Seminar

Se trata de sesiones extraordinarias que realizamos con el Dr. Inclan, director del centro, donde se exploraban diferentes conceptos relacionados con la terapia familiar, el enfoque ecológico, y la importancia de los aspectos culturales.

- Individual Clinical Supervision

Se trata de un espacio semanal individual o en parejas asignado a cada residente para supervisar los casos asignados, y plantear dudas y dificultades desde un punto de vista clínico o administrativo.

2.3 Información práctica sobre la rotación

Mi calendario de rotación implicaba un horario de 33 horas semanales repartidas en 4 días fijos a la semana. Obligatoriamente debían realizarse 2 tardes hasta las 8:00 p.m., ya que es el único horario en el cual muchas familias pueden acudir al centro. Este horario, de ninguna manera es el definitivo para todos los rotantes, sino que fue el asignado para esta rotación en particular, por lo que puede ser sujeto a cambios en futuras rotaciones.

En cuanto al idioma, cuanto mayor sea el nivel de inglés, más se facilita el trabajo administrativo y más facilidad existe para que se le asignen casos a uno, ya que muchos pacientes y familias, especialmente las que incluyen niños, hablan únicamente inglés.

En la temporada de invierno, suelen realizarse más actividades y seminarios de tipo teórico dentro y fuera del centro, además de la posibilidad en algunos casos de realizar observaciones de sesiones en vivo tras el espejo unidireccional. Adicionalmente, durante la temporada de invierno, se paga a

todos los residentes que estén participando en el centro, el “*Annual Psychotherapy Networker Symposium*” (Washington, DC).

Se adjunta un anexo con información práctica de los pasos a seguir para solicitar una estancia. Debe considerarse que el centro recibe un gran número de solicitudes entre residentes de psicología clínica (PIRes), residentes de psiquiatría (MIREs), y alumnos de máster de terapia de familia, por lo que se recomienda realizar la solicitud con tiempo. Generalmente se acepta a varios alumnos por cada ciclo de rotación, procurando incluir de forma equilibrada en cada ciclo, residentes de psicología clínica y psiquiatría, y alumnos de master en terapia de familia.

3. Aplicabilidad a nuestro entorno

Durante mi estancia en el RCC, me enfrenté no solo a un sistema sanitario y de trabajo diferente, sino a un contexto, unos recursos, y una filosofía diferente a la habitual en mi propio entorno de trabajo. En cuanto al ámbito de la terapia de familia, considero que tanto los conocimientos como la experiencia práctica son aplicables a nuestro territorio, a pesar de que los recursos y las posibilidades en general, son evidentemente diferentes. En cuanto al enfoque bicultural, considero que progresivamente, será no solo necesaria sino valorada, la competencia cultural entre los profesionales de salud. Nos enfrentamos a una nueva realidad, donde se estima que actualmente y según los últimos datos del informe de la Instituto Nacional de Estadística de 2011 residen en España, 5,7 millones de habitantes de nacionalidad extranjera, lo que representa el 12,2% de una población total registrada de 47,1 millones de personas (INE, 2011). Ello plantea, indudablemente, un nuevo reto para los profesionales sanitarios y en la salud mental (Hernández et. al, 2009) y un nuevo reto en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas culturalmente competentes (González, Barrera y Holleran, 2010). Y en este sentido, la formación en terapia intercultural tiene sentido y cada vez mas, será necesaria en nuestro entorno, no solo desde un punto de vista teórico, - donde va haciéndose cada vez mas evidente que los aspectos culturales condicionan los

resultados de cualquier intervención sanitaria-, (Marticano y García, 2004), sino de un punto de vista actitudinal, ya que una actitud abierta, flexible, y dispuesta a considerar la diferencia cultural como algo enriquecedor, nos convierte indudablemente, no solo en profesionales mas capaces, sino profesionales mas humanos. Por otra parte, deben considerarse algunos factores específicos en el ámbito de la salud mental en particular, donde se evidencia una dificultad a la hora de realizar un diagnóstico clínico, con una mayor prevalencia de diagnósticos inespecíficos en población inmigrante (García y Poyo, 2006) así como procesos concretos relacionadas con el proceso de inmigración, tales como el duelo migratorio o el proceso de aculturación, donde puede ser particularmente adecuado realizar una intervención (Pereyra, 2010).

4. Valoración personal

Tanto desde un punto de vista profesional, como de un punto de vista personal, la experiencia ha resultado muy enriquecedora para mí. En primer lugar, por haberme permitido conocer e involucrarme en un Sistema Sanitario diferente al mío habitual. En segundo lugar, por la oportunidad de realizar una rotación eminentemente clínica, llevando pacientes como terapeuta principal, aspecto complicado en la mayoría de centros y hospitales de Estados Unidos. Y en tercer lugar, por la diversidad de pacientes y el privilegio de haber formado parte de un equipo multicultural, y acercarme a realidades, costumbres, vivencias y lenguajes diferentes al propio.

A nivel práctico, considero que la rotación compagina el aspecto clínico, la ventaja de llevar casos propios, la facilidad de realizar visitas semanales, la necesaria supervisión clínica, y el soporte y un programa teórico detrás, que ayudan a entender y dar sentido a la rotación. Además, se trata de un centro donde la psicoterapia se considera el tratamiento principal (de hecho, es requisito necesario para acceder al tratamiento farmacológico). En el centro participan residentes y estudiantes de múltiples nacionalidades, lo que crea un ambiente dinámico y joven. Detrás de estas ventajas, existen unas instalaciones antiguas, una importante burocracia administrativa que aprender,

y un sistema informático que hacen necesarias paciencia y conocimientos de inglés suficientes para que el trabajo sea ágil, ya que las historias clínicas y el trabajo administrativo son elaborados. Todo ello, con paciencia y práctica se automatiza, y en ningún caso es superior a las ventajas que ofrece el centro. Por todo ello, recomiendo y animo a otros residentes interesados en la atención a familias, y el enfoque multicultural, a considerar el RCC.

5. Agradecimientos

Quisiera agradecer a la organización y a la comisión científica de ANPIR, por haberme otorgado la beca y haber facilitado que esto fuera posible.

Agradecer a Magdalena Marino, coordinadora de mi rotación, por sus facilidades y su apoyo, y a todos mis compañeros y personal de RCC, especialmente a Marta, María y Anabel.

A Fernando, por acompañarme en esta aventura.

Y por ultimo, quisiera dar las gracias a todos los pacientes y familias que me han acompañado durante estos meses: Gracias por toda su generosidad, y por convertirnos en personas privilegiadas.

6. Referencias Bibliográficas

Inclan, J. (2009). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico. *Redes*, 28: 21-38.

Inclán, J., y Albores, J. (2007). *Terapia de Pareja: Ajustes a Inmigración y Roles de Género*. La Terapia Familiar Desde Iberoamérica. Buenos Aires: Tres Haches. 211-235.

Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón municipal 2006.

Población extranjera por sexo, país de nacionalidad y edad. Consultado el 10 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p04/a2006/10/&file=00011010.px&type=pcaxis>

García; M., Poyo, F. (2006). Inespecificidad en el diagnóstico en la atención a población inmigrante. *Interpsiquis*. Consultado el 14 de octubre de 2011. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqsocial/24943/

González, F., Barrera, M., y Holleran, L. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6:213–39.

Hernández, M., Nesman, T., Mowery, D., Acevedo-Polakovich, I., y Callejas, L. (2009). Cultural Competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services*, 6(8). Consultado el 14 de octubre de 2011. Disponible en : <http://ps.psychiatryonline.org/>

Marticano, F. y García, J. (2004). Los problemas de salud mental del paciente inmigrante. Novartis: Barcelona.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press. (Trad. cast. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa. 1992, 4ª edición).

Pereyra, C. (2010). Experto en psicoterapia e intervención transcultural: duelo migratorio y estrés de aculturación: Duelo migratorio y estrés de aculturación. Consultado el 10 de octubre de 2011. Disponible en <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.2&thid=13211cbc8d1f839e&mt=application/pdf&url>.

7. Bibliografía Recomendada

Anderson, C.M., & Stewart, S. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford Press, 1983. (Trad. cast. *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988)

de Shazer, S. *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford Press, 1982. (Trad. cast. *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós, 1989).

Canino, I., e Inclan, J. (2001). Class, culture, and gender in immigrant families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 601-612.

González, F., Barrera, M., Holleran, L. (2010). Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annu. Rev. Clin. Psychology*, 6:213–39.

Haley, J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976. (Trad. cast. *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu)

Hoffman, L. *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books, 1981 (Trad. cast. *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica,).

Hogue, A., Dauber, S., Chinchilla, P., Fried, A., Henderson, C., Inclan, J., Reiner, R., Liddle, H. (2003) Assessing fidelity in individual and family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 137-147.

Inclan, J. (1985). Variations in Value Orientations in Mental Health Work with Puerto Ricans. *Psychotherapy*, 22 (2), 324-334.

Levant, R., Richmond, K., Majors, R., Inclan, J., Rossello, J., Heesacker, M; Rowan, G., Sellers, A. (2003). A multicultural investigation of masculinity ideology and alexitymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(2), 91-99.

Minuchin, S., & Fishman, H.C. *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press, 1981. (Trad. cast. *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1984).

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli, 1975 (trad. cast.: *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós, 1988.).

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. *Pragmatics of Human Communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W. Norton & Co., 1967.

8. Anexo:

**Información de pasos a seguir para realizar la rotación:
INFORMACIÓN BASICA SOBRE PROGRAMA DE
FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA FAMILIA
ROBERTO CLEMENTE CENTER**

ESTANCIAS DE 3-9 MESES

I. REMUNERACIÓN:

No incluye remuneración o cobertura de gastos.

No cubre facilidades de hospedaje, dietas, o transportación.

II. RESPONSABILIDADES CLÍNICAS:

La rotación es en el servicio clínico. Cada participante tiene una responsabilidad asignada de participar en entrevistas con pacientes. Por requisitos de la Visa B1, los participantes vienen en calidad de "Observador". Las horas de participación en contacto directo- entrevistas- con pacientes corresponden, como mínimo, al número de horas que el observador tiene de supervisión y formación y adiestramiento, específicamente nueve (9) entrevistas por semana.

Las estancias son de 3 meses mínimos de duración, y las estancias de 6 y 9 meses son consideradas con prioridad.

Requisitos para postularse: Personas con Licenciaturas o Títulos profesionales completados y mínimo de un año de experiencia clínica (como terapeuta principal.)

Ciclos de rotaciones disponibles:

Hay tres (3) ciclos de rotaciones a considerar:

1. Comenzando el 15 de septiembre
2. Comenzando el 15 de enero
3. Rotación de verano (3 meses y medio)

Solicitudes: Se aceptan solicitudes recibidas antes de:

<u>Rotación</u>	<u>Fecha límite</u>
1. Rotación septiembre:	31 de diciembre
2. Rotación enero:	28 de febrero
3. Rotación verano:	A determinar

La solicitud debe constar de:

- 1.) Carta de presentación, incluyendo descripción de experiencia clínica, duración y fechas solicitadas y nivel de manejo de inglés
- 2.) Copia de Currículum Vitae
- 3.) Carta de Tutor de Residentes o de tutor Académico avalando solicitud.

Para más información y envío de solicitudes:

magdalenamario@hotmail.com

jaimeinclan@gmail.com

Notificación de aceptación, en o antes de:

1. Rotación septiembre: 31 de marzo
2. Rotación enero: 30 de junio
3. Rotación verano: A determinar

Ubicación: El Observador forma parte del equipo clínico de la Clínica Externa de Roberto Clemente, incluyendo el Hospital Diurno

Horario: 30 horas semanales en cuya distribución se deben incluir al menos dos tardes hasta las 8:00 PM

Tipos de casos: El Observador participa en entrevistas de evaluación y, si es considerado posible, otras entrevistas de casos (individuales, familias, parejas, grupos).

Idioma: Las familias hablan español, "spanglish", o inglés. Se asignan de acuerdo a la fluidez de idioma del Observador. Los expedientes e información escrita están redactados en inglés.

Supervisión: Como apoyo al ejercicio de aprendizaje y formación, el observador cuenta con el apoyo de un supervisor clínico y administrativo.

III PROGRAMA DE FORMACIÓN:

Seminarios:	Hrs./semana	Facultad
Básico de terapia familia:	2 horas	Miguel Hernández
Supervisión en vivo	2 horas	Miguel Hernández
Consultas de familias	1 ½ horas	Jaime Inclán
Formulación de Casos	2 horas	Jaime Inclán
Estructural/ estratégica	1 ½ horas	Héctor Goa/Miguel Vilaro
Supervisión	1 horas	Miembro del equipo

VI. CERTIFICACIÓN:

Se otorga a las personas que hayan cumplido los acuerdos temporales y de producción firmados en la carta de aceptación:

Al finalizar el ciclo se presenta:

Diploma de reconocimiento de horas de formación

Carta que documenta la experiencia, formación completada, y evaluación del Observador.

Estos documentos están basados en las horas y las actividades completadas, no las programadas.