



**X BECAS ANPIR 2014-2015 PARA LA  
PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN  
CENTROS DE EXCELENCIA  
EXTRANJEROS**

Memoria de la rotación externa

Del 1 de noviembre de 2015  
al 31 de enero de 2016.



**HISPANIC CLINIC, CONNECTICUT  
MENTAL HEALTH CENTER –  
YALE UNIVERSITY SCHOOL OF  
MEDICINE, DEPARTMENT OF  
PSYCHIATRY.**

**NEW HAVEN, CONNECTICUT,  
USA.**

Leticia León Quismondo

PIR-4 Hospital Universitario Príncipe de Asturias,  
Alcalá de Henares, Madrid.



## ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CENTRO DE DESTINO</b> .....	6
1. La Hispanic Clinic del Connecticut Mental Health Center .....	6
2. Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry .....	13
<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b> .....	18
1. Objetivos de la rotación.....	19
2. Actividad clínica-asistencial .....	20
3. Actividad formativa .....	24
4. Actividad investigadora .....	27
<b>APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO</b> .....	30
<b>VALORACIÓN PERSONAL</b> .....	34
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN CASTELLANO</b> .....	40

## INTRODUCCIÓN

---

En las décadas de los años 50-60, surgieron una serie de movimientos que discutían las formas tradicionales de las ciencias sociales. Estos nuevos movimientos, entre otras acciones, proponían realizar intervenciones en la comunidad, lo que dio lugar a la llamada “*psicología comunitaria*”.

En Estados Unidos se utilizó por primera vez el término “*psicología comunitaria*” en 1965, en una conferencia de psicólogos que se celebró en Swampscott. Fue entonces cuando surgió el constructo “*sentido de comunidad*”, introducido en el año 1974 por Seymour B. Sarason, un destacado psicólogo, profesor de la Universidad de Yale (Sarason, 1974). La psicología comunitaria pretende un trabajo en la comunidad que permita a las personas solucionar por sí solas sus dificultades, es decir, que las personas sean autónomas para poder gestionar su bienestar. Este planteamiento fue muy revolucionario para la época, siendo el origen del enfoque de empoderamiento.

Así, algunos autores defienden que la “*recuperación*” se basa en identificar las capacidades y fortalezas de cada persona para apoyarla en el manejo de su enfermedad mental. Al mismo tiempo se pretende conseguir una vida satisfactoria y un sentido de pertenencia a la comunidad. Por lo tanto, el objetivo principal es apoyar a las personas en sus propios esfuerzos para manejar y superar las adicciones y enfermedades mentales en el proceso de reconstrucción de sus vidas. En este sentido, resulta clave el trabajo en la comunidad y surge el término “*salud comunitaria*” (Davidson, Tondora, Staeheli-Lawless, O'Connell & Rowe, 2009).

Esta perspectiva enfatiza que la comunidad en la que vive la persona es un determinante esencial y poderoso de su salud. Se entiende que la comunidad hace referencia al entorno físico en el cual vive la persona, pero también al entorno social, cultural, interpersonal y emocional. Los entornos institucionales, la pobreza, la discriminación y el trauma pueden contribuir y exacerbar el desarrollo de una enfermedad mental. Sin embargo, ambientes de apoyo, respetuosos, solidarios y de participación proporcionan piedras angulares en el proceso de recuperación (Davidson et al., 2009).

En este sentido, la población de origen latino que emigra a Estados Unidos con la idea de construir un futuro en este país se encuentra con enormes dificultades a la hora de acceder a los servicios, tanto de salud como de otro tipo. De ahí que surjan iniciativas para ofrecer una mayor cobertura y atender a las necesidades específicas de la población de origen latino que reside en Estados Unidos, y que cada vez es más numerosa. Así es como surge la Hispanic Clinic (Clínica Hispana) del Connecticut Mental Health Center (CMHC) (Centro de Salud Mental de Connecticut), en New Haven. Su propósito es cubrir las necesidades en materia de salud mental de la población latina monolingüe, siempre desde la perspectiva de la comunidad y la recuperación. Asimismo, la clínica ha realizado y continúa realizando diversos estudios de investigación acerca de los condicionantes culturales de la enfermedad mental (Ansell et al., 2010; Bamatter et al., 2010; Becker, Añez, Paris & Grilo, 2010; Blue, Añez, Paris, Hawkins & Page, 2007; Puhl et al., 2011; Samuel, Añez, Paris & Grilo, 2014).

La presente memoria recoge información relativa a la rotación que realicé en la Hispanic Clinic del Connecticut Mental Health Center y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, en New Haven, Estados Unidos. En primer lugar, se expone una descripción general del centro de destino. A continuación, se presentan las actividades realizadas durante mi estancia allí. Posteriormente, se realiza una breve reflexión acerca de la aplicabilidad de este tipo de intervención a nuestro contexto y una valoración personal de la experiencia. Para finalizar, se recomienda alguna bibliografía sobre el tema en castellano.

## CENTRO DE DESTINO

---

### 1. La Hispanic Clinic del Connecticut Mental Health Center

La Hispanic Clinic (Clínica Hispana) forma parte del Connecticut Mental Health Center (CMHC) (Centro de Salud Mental de Connecticut), situado en la ciudad de New Haven, en el estado de Connecticut.

Connecticut es uno de los 50 estados de Estados Unidos, localizado en la región de Nueva Inglaterra ("*New England*"), en la región noreste. Su capital es Hartford, y entre sus ciudades principales se señalan Bridgeport, New Haven, Stamford, Waterbury, Norwalk, New Britain, Danbury, Bristol y Meriden.

El estado de Connecticut abarca una superficie de 14359 kilómetros cuadrados. Es el tercer estado más pequeño en extensión territorial de Estados Unidos. Sin embargo, es el cuarto estado más densamente poblado del país.

En 2006, el estado contaba con una población de 3504809 personas, de las cuales el 74,5% eran blancos (europeos o descendientes de europeos), el 11,2% latinos o hispanos, el 9,5% negros, el 3,3% asiáticos y el resto personas de otras razas (United States Census, 2006). Así, se puede observar que la población latina o hispana constituye el segundo grupo más numeroso de habitantes en el estado de Connecticut.

La renta per cápita del estado es una de las mayores entre los 50 estados estadounidenses. Hay, sin embargo, una gran disparidad en los ingresos en todo el estado. Por ejemplo, Hartford, la capital, es una de las diez ciudades con más bajo ingreso per cápita de todo Estados Unidos y la más pobre del estado de Connecticut. Al

igual que Bridgeport, New Haven y otras ciudades del estado, Hartford está rodeado de ricos suburbios.

New Haven, en el estado norteamericano de Connecticut, es el municipio principal en Greater New Haven. Es la segunda ciudad más grande en Connecticut (después de Bridgeport), con una población de 129779 personas en 2010. La renta per cápita para la localidad era de 16393 dólares. Alrededor del 24,4% de la población estaba por debajo del umbral de pobreza (United States Census, 2010).

En la ciudad se localiza la Universidad de Yale, que constituye una parte integral de la economía del municipio.

El Connecticut Mental Health Center (CMHC) (Centro de Salud Mental de Connecticut) se encuentra situado en el número 34 de Park Street, New Haven, en el estado de Connecticut (Estados Unidos). Fue fundado en 1966 y es uno de los centros de salud mental más antiguos de Estados Unidos.

El CMHC es el resultado del convenio establecido entre el Departamento de Salud Mental y Adicciones de Connecticut (Department of Mental Health and Addiction Services; DMHAS) y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale.

El centro fue inaugurado en 1966 como parte de una nueva visión: tratar a las personas con enfermedad mental en sus comunidades. Así, lleva prestando atención a personas con enfermedad mental unos 30 años, atendiendo a más de 5000 personas al año.

Como centro de salud mental, el CMHC ofrece tratamiento a personas con psicosis, depresión, ansiedad, adicciones, etc. Asimismo, también se llevan a cabo programas para personas que no tienen hogar, que están en grave riesgo de enfermedad mental, o que están involucrados en el sistema de justicia penal. Estos servicios clínicos se complementan con una serie de programas de rehabilitación destinados a mejorar el funcionamiento y la calidad de vida.

Como he señalado anteriormente, la población latina/hispana en Connecticut alcanzaba el 11,2% del total de la población del estado en 2006, siendo la segunda etnia más numerosa del estado e incrementándose en un 50% en la última década (United States Census, 2006).

En 2012, la Comisión de Asuntos Latinos y Puertorriqueños (CALP), realizó un estudio para evaluar el estado de los latinos residentes en Connecticut a través de seis importantes indicadores: la calidad de vida, la autosuficiencia y la vivienda, la educación y los menores, la discriminación y la cultura, la seguridad pública y el estado de la sanidad (The Latino and Puerto Rican Affairs Commission, 2012).

En cuanto a la calidad de vida en general, el 28,3% dijo que al compararla con la de dos años atrás, era o bien “igual, pero pobre” o “peor”. El 13,8% declaró que su sueldo había bajado en el último año. El total de personas que manifestó estar sin empleo o buscando trabajo fue del 12%. La tasa de desempleo de la población hispana en Connecticut es la tercera más elevada de Estados Unidos, después de Rhode Island y Nevada.



En relación al ámbito académico, casi dos tercios de las personas encuestadas dijeron que les hubiera gustado seguir estudiando, pero que no lo hicieron por el coste que ello supone.

Por otro lado, hay una preocupación muy grande por la discriminación, ya que los encuestados dijeron haber sentido discriminación en el trabajo (38%), al ser parados por la policía (35,3%), al buscar empleo (31%) o al buscar una vivienda (27,5%) o un préstamo (21,3%).

Al pedirles que calificaran el sistema judicial de Connecticut a la hora de pronunciar sentencias justas e imparciales, solo el 22,3% ofreció una calificación positiva.

En cuanto a la atención sanitaria, casi 1 de cada 4 de las personas encuestadas (el 23,8%) respondió que en alguna ocasión a lo largo del año anterior necesitó un médico, pero que no acudió por el coste que suponía. El número de personas con seguro médico disminuyó un 11,3% respecto a los cinco años anteriores. Además, en muchas ocasiones, el acceso a la atención sanitaria se ve dificultada por el hecho de que muchas personas de origen latino no hablan inglés.

Este estudio encontró también que todos estos factores influyen en el estado emocional de la población latina. Casi la mitad de los encuestados, el 47,9%, dijeron que en los últimos 30 días se habían sentido tristes, sin ánimo o deprimidos. Y un 4,8% indicó que en los últimos 12 meses hubo un momento en que pensó en quitarse la vida.

Por todos estos motivos, se ha hecho necesario el desarrollo de servicios específicos para atender a esta población. Es en este contexto en el que se crea la Hispanic Clinic (Clínica Hispana), fundada en el año 1973.

La Hispanic Clinic forma parte del Connecticut Mental Health Center, situándose en el primer piso del número 34 de Park Street, New Haven, Connecticut.

La Hispanic Clinic ofrece un servicio clínico especializado, proporcionando servicios ambulatorios en materia de salud mental a la población latina y monolingüe del área de la ciudad de New Haven y alrededores. De este modo, se proveen servicios culturalmente adaptados y orientados a la recuperación en materia de salud mental y adicciones a la población latina.

Para ser admitidos en la Hispanic Clinic, los clientes tienen que cumplir los siguientes requisitos:

- Tener 18 años o más.
- Ser monolingües (hispanoparlantes).
- Estar recibiendo alguna ayuda del estado (es decir, estar cubierto por algún seguro médico del estado, como *“Medicare”* o *“Medicaid”*, o no tener derechos de ayuda, es decir, no cumplir los requisitos para recibir un seguro médico del estado).
- Cumplir criterios para necesitar atención en los servicios de salud mental o adicciones.

Por lo tanto, el perfil de paciente que se atiende en la clínica es el de una persona adulta, que únicamente habla español, con muy escasos recursos económicos (muchas veces en situación de calle o de acogida en albergues) y con algún tipo de trastorno mental o problemas de adicción.

La Hispanic Clinic brinda diferentes servicios de tratamiento orientados a la recuperación. Entre ellos se incluyen:

- Triage (evaluaciones iniciales de clientes derivados a la clínica para determinar si cumplen los requisitos para ser atendidos, y si es así, decidir la mejor opción de tratamiento para cada caso).
- Terapia ambulatoria (psicoterapia individual y/o grupal). Se llevan a cabo grupos de consumo de sustancias, violencia doméstica y duelo por la pérdida de un ser querido.
- Ambulatory Specific Adjunctive Program (ASAP; Programa Complementario Específico Ambulatorio). Consiste en un programa de psicoterapia grupal, dos días a la semana, además de los servicios habituales de terapia ambulatoria. Está dirigido a los clientes que necesitan un apoyo más intensivo.
- Además, la clínica ofrece actividades gratuitas para los clientes, como clases de canto, tejido, ritmos latinos (samba, bachata, zumba) o relajación, que forman parte del proceso de recuperación y a las que los clientes pueden acudir acompañados de quien deseen.

La filosofía de la Hispanic Clinic es que las personas son participantes activos en su propio proceso de recuperación, en lugar de receptores pasivos de atención. Ellos participan activamente en la formación de los objetivos de su cuidado, en la elección de los medios para trabajar hacia estos objetivos, y en compartir la responsabilidad para alcanzarlos.

Todos los clientes son evaluados y tratados por un equipo multidisciplinar, que incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos y enfermeros. Todos ellos son bilingües y biculturales, representativos de la cultura latina.

Se realiza una reunión de equipo semanal (staff meeting), a la que acuden todos los trabajadores de la clínica. Una vez que el cliente es evaluado, se expone su caso en la reunión semanal. En función de su perfil y su problemática se le asigna un terapeuta, que será la persona de referencia a partir de ese momento para el cliente. El terapeuta es el que llevará el peso del tratamiento y quien decidirá, junto con el cliente, si es adecuado para su caso incluirle en algún grupo terapéutico, tener seguimiento con el psiquiatra, acudir a citas con la enfermera, etc.

Los clientes pueden acudir a la clínica bien por su propia iniciativa o ser derivados por algún servicio de salud. La clínica, además, ayuda a coordinar derivaciones a recursos en la comunidad. Los clientes no tienen que pagar ninguna cantidad económica por ser atendidos ni por los medicamentos que se les proporcionan.

La Hispanic Clinic también funciona como ancla de coordinación del CT Latino Behavioral Health System; CT LBHS (Sistema de Salud Latino de Connecticut). El CT LBHS representa un esfuerzo conjunto entre trece organizaciones de Connecticut que se han

unido para ampliar y mejorar la red de servicios de tratamiento dirigidos a la comunidad latina, adaptándolos a las necesidades específicas de esta comunidad.

Además de la labor clínico-asistencial y acorde con la misión de enseñanza del Connecticut Mental Health Center y la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, la Hispanic Clinic también se dedica al estudio de enfermedad mental y adicciones en las poblaciones latinas con el objetivo de contribuir al desarrollo de prácticas basadas en la evidencia. Fue premiada en 2009 con el Premio a la ciencia en la categoría de trastornos comórbidos (SAMHSA Science and Service Award – Co-occurring Disorders Category).

Por último, la Hispanic Clinic es un lugar de formación para los alumnos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale y del programa de residencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale. Además, la clínica sirve como centro de formación para los estudiantes de prácticas de múltiples disciplinas, como trabajo social, psicología y becarios posdoctorales.

## **2. Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry**

La Universidad de Yale (en inglés Yale University) es una universidad privada ubicada en New Haven, Connecticut (Estados Unidos).

Destaca por ser una de las instituciones educativas privadas más reconocidas de Estados Unidos y el mundo. Fundada en 1701, es la tercera institución de enseñanza superior más antigua de Estados Unidos. Cuenta con el segundo sistema bibliotecario universitario más grande y forma parte de la Ivy League.

La Universidad de Yale cuenta con diversas escuelas y facultades, entre las que se encuentra la Escuela de Medicina de Yale (Yale University School of Medicine). Fundada en 1810, la Escuela de Medicina de Yale es un centro de renombre mundial para la investigación biomédica, la educación y la atención sanitaria avanzada. Dentro de la Escuela de Medicina de Yale se sitúa el Departamento de Psiquiatría (Yale Department of Psychiatry), fundado en 1930.

El Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale es un líder mundial en la atención al paciente, investigación y educación. Además de su misión formativa con sus estudiantes, sus programas de investigación han producido grandes avances en campos tan diversos como la neurociencia molecular, genética, neuroimagen, psicofarmacología, psicoterapia, rehabilitación, servicios de salud, psiquiatría forense, epidemiología y política sanitaria, siendo pioneros en nuevos tratamientos.

Además de las conferencias del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale a las que pude asistir, las cuales detallo más adelante, tuve la oportunidad de trabajar dos días a la semana en uno de los programas de investigación de la Universidad: Yale Program for Recovery and Community Health (Programa para la Recuperación y Salud Comunitaria). Su sede se sitúa en Erector Square, Building One, en el número 319 de Peck Street, New Haven, Connecticut.

Este programa, liderado por Larry Davidson, se dedica a la investigación y al trabajo para transformar los programas de salud. El propósito es que éstos sean culturalmente sensibles y se orienten hacia la recuperación y la inclusión social de los individuos, las familias y las comunidades. Se busca promover la recuperación, la

autodeterminación y la inclusión de personas con enfermedad mental y abuso de sustancias. Para ello, se basan en potenciar sus puntos fuertes y las contribuciones valiosas que pueden hacer a sus comunidades. Para el Yale Program for Recovery and Community Health, el término “*recuperación*” se utiliza para referirse a los procesos por los cuales las personas que viven con enfermedades mentales y/o adicciones averiguan o aprenden cómo reducir al mínimo las discapacidades asociadas con estas condiciones, de forma que logren una vida segura, significativa y constructiva en la comunidad. Este programa tiene servicios y soportes orientados a promocionar este sentido de recuperación. Por lo tanto, en lugar de tratar o rehabilitar personas, la responsabilidad principal se convierte en la de apoyar a las personas en sus propios esfuerzos para manejar y superar las adicciones y trastornos mentales en el proceso de reconstrucción de sus vidas.

Asimismo, se trabaja en la identificación, evaluación y difusión de las formas en las que los profesionales pueden ofrecer esta ayuda dirigida a promover y facilitar los esfuerzos propios de la persona.

Algunas líneas de investigación dentro de este programa son:

- *Person-centered planning research project (proyecto de investigación de planificación centrada en la persona)*: consiste en examinar el desarrollo e implementación de un modelo de atención llamado “*planificación centrada en la persona*” en el sistema de salud mental. Este modelo de atención incluye estrategias autodirigidas al bienestar, programas de integración comunitaria, servicios de apoyo entre iguales (peer support) y colaboración entre el terapeuta

y la persona para la planificación de un tratamiento individualizado y ajustado a sus necesidades.

- *Citizenship measure development project (proyecto de desarrollo de una medida de la ciudadanía)*: busca crear una medida de la ciudadanía a través de un proceso de investigación participativa utilizando mapas conceptuales.

- *Citizens-community enhancement project (proyecto de mejora entre ciudadanos y comunidad)*: consiste en un programa de cinco meses diseñado para proporcionar a los clientes ayuda para obtener acceso a recursos y el ejercicio de sus derechos. También se pretende que adquieran habilidades para mejorar su capacidad de cumplir con sus funciones y responsabilidades, así como desarrollar relaciones positivas y de apoyo en la comunidad. Incluye un grupo de apoyo llamado “*What’s up?*” (“¿qué pasa?”), cuyo propósito es compartir experiencias libremente y sin sentirse juzgados.

- *Peer engagement specialists (especialistas en enganche entre iguales)*: mediante el apoyo mutuo, las personas con su propia experiencia de la enfermedad mental y/o adicciones proporcionan apoyo, esperanza y educación a otras personas que están recibiendo tratamiento en salud mental. El personal de peer support (apoyo entre iguales) está entrenado y recibe un salario por ayudar a los clientes en su proceso de recuperación.

- *Evaluation of the Connecticut supported employment program (evaluación del programa de empleo sostenido en Connecticut)*: se pretende



evaluar los resultados de un programa de empleo sostenido, puesto en marcha en el estado de Connecticut, con el objetivo de ayudar a las personas con enfermedad mental y/o adicciones de origen latino o envueltos en problemas con la justicia a conseguir trabajo en un entorno integrado en la comunidad.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

---

Mis tareas durante la rotación se dividieron en tres áreas: clínica-asistencial, formativa e investigadora. Asistía tres días a la semana a la Hispanic Clinic, donde participaba en la parte clínica-asistencial. Los otros dos días restantes acudía al Program for Recovery and Community Health, donde colaboraba en un proyecto de investigación que detallaré más adelante. La labor formativa se intercalaba entre estas dos actividades en función de la oferta de la misma, que variaba semanalmente, teniendo un tiempo fijo establecido para la asistencia a los “*Grand Rounds*” del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, que tenían lugar los viernes por la mañana. Los “*Grand Rounds*” consistían en sesiones generales del Departamento de Psiquiatría en las que diferentes profesionales exponían distintos temas de interés en relación a la salud mental.

A continuación, se presenta un cronograma general que muestra las actividades realizadas de forma habitual en una semana representativa de la estancia en la rotación:

Horario	Lunes (Hispanic Clinic)	Martes (PRCH)	Miércoles (Hispanic Clinic)	Jueves (PRCH)	Viernes (Hispanic Clinic)
9:00 10:00	Actividad asistencial	Colaboración en proyecto de investigación	Grupo terapéutico ASAP	Colaboración en proyecto de investigación	Grupo terapéutico ASAP
10:00 11:00		Staff meeting			Yale Psychiatry Grand Rounds
11:00 12:00					
12:00 13:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
13:00 14:00	Grupo de relajación / canto	Colaboración en proyecto de investigación	Actividad asistencial	Colaboración en proyecto de investigación	Grupo de tejido
14:00 15:00	Actividad asistencial				
15:00 16:30					Ritmos latinos

### 1. Objetivos de la rotación

Los objetivos a alcanzar durante el periodo de rotación eran los siguientes:

- Ampliar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo clínico de la persona con trastorno mental desde una perspectiva comunitaria, multidisciplinar y multicultural.
- Profundizar en los condicionantes culturales, sociales, y epidemiológicos de los trastornos mentales, emocionales, del comportamiento y relacionales.
- Conocer los aspectos socio-culturales, creencias y valores, que influyen en el concepto salud-enfermedad.

- Adquirir experiencia en el trabajo con grupos de riesgo y situaciones especiales: familias desestructuradas; víctimas de maltrato; inmigrantes; personas y colectivos en riesgo de exclusión social.
- Conocer los dispositivos sociales y sanitarios disponibles en la red de salud mental de Connecticut y los criterios y procedimientos de derivación para un mejor cumplimiento del programa de rehabilitación.
- Adquirir conocimientos y habilidades para la coordinación con los diversos recursos de la red de salud mental de Connecticut involucrados en el soporte, apoyo y rehabilitación integral de las personas con trastorno mental.
- Conocer el funcionamiento de la Hispanic Clinic, como resultado de la colaboración entre el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale y el Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción de Connecticut (DMHAS).

Para el cumplimiento de estos objetivos, durante la rotación se han realizado actividades en el ámbito clínico-asistencial, formativo e investigador.

## **2. Actividad clínica-asistencial**

La actividad clínica-asistencial se llevó a cabo en la Hispanic Clinic del Connecticut Mental Health Center. Asistía a la clínica tres días a la semana, participando en las actividades que allí se realizaban.

Pude participar como observadora en algunos de los grupos desarrollados en la clínica:

- Ambulatory Specific Adjunctive Program (ASAP, Programa Complementario Específico Ambulatorio): se trata de un grupo terapéutico llevado a cabo por una psicóloga. Se realiza dos días a la semana, durante tres horas cada día. En él participan clientes que necesitan una supervisión más intensiva por encontrarse en un momento de mayor riesgo (por ejemplo, mayor riesgo de suicidio o sintomatología psicótica activa). Es decir, es un recurso intermedio entre la terapia ambulatoria y la hospitalización. Se trata de un grupo abierto en el que los clientes pueden incorporarse en cualquier momento, siempre que su inclusión en el grupo haya sido acordada con su terapeuta. Una vez que los clientes comienzan el grupo, el tiempo de estancia es de dos meses, aunque esto puede ser revisado en función de las necesidades del cliente. En el grupo pueden participar todo tipo de clientes, con independencia de su diagnóstico o problemática, con lo que se conforma un grupo heterogéneo. Pueden estar incluidos en el grupo hasta 10 pacientes al mismo tiempo. No existe un guión predeterminado para cada sesión, sino que más bien los clientes expresan sus preocupaciones y dificultades y el grupo trata de ayudarles con ellas. El papel del terapeuta es el de facilitador del desarrollo del grupo, con un enfoque centrado en las fortalezas de los clientes.
- Grupo de relajación: tiene una frecuencia quincenal y una hora de duración. Es llevado a cabo por un bailarín de danza clásica que colabora con la clínica. Al igual que el anterior, es un grupo abierto y continuo, en

el que pueden participar clientes indistintamente de su problemática. El objetivo es que puedan aprender técnicas de relajación y respiración. Durante las sesiones se practican ejercicios que los clientes pueden realizar después en casa.

- Grupo de canto: este grupo se alterna con el grupo de relajación, por lo que al igual que el anterior tiene una frecuencia quincenal y una hora de duración. Se trata de un grupo abierto y es llevado a cabo por una especialista en canto que también colabora con la clínica. Así, los clientes pueden aprender técnicas de vocalización y emisión de sonidos, siendo lo más importante poder cantar juntos como una actividad compartida entre todos que genera sentimiento de pertenencia y de comunidad.
- Grupo de ritmos latinos: este grupo se realiza una vez a la semana y tiene una duración de hora y media. Es un grupo abierto. Es impartido por una bailarina de ritmos latinos que enseña a los clientes distintos pasos de baile (samba, bachata, zumba), pudiendo aprender coreografías y bailarlas todos juntos. El objetivo es la activación conductual de los clientes, al mismo tiempo que se crea un contexto en el que poder relacionarse con otras personas a través del baile.
- Grupo de tejido: es un grupo abierto, realizado un día a la semana, durante dos horas. Es llevado a cabo por una trabajadora social de la clínica. En este caso, además de poder aprender a tejer, el objetivo es nuevamente compartir. En este grupo son los mismos clientes los que se enseñan unos a otros cómo realizar el tejido, de manera que uno puede

ser al mismo tiempo experto y aprendiz, propiciando de esta manera un aumento del sentido de autoeficacia.

Por otro lado, también pude participar activamente en las sesiones individuales de evaluación (triaje) de los clientes nuevos, en sus dos modalidades (screening e intake), así como en las reuniones de equipo (staff meeting), mediante la presentación de los casos evaluados.

Las evaluaciones screening son evaluaciones cortas que se realizan a los clientes antes de admitirles en la clínica, para comprobar que cumplen los requisitos anteriormente comentados para recibir tratamiento en la Hispanic Clinic. Si el cliente cumple los requisitos, se le da una siguiente cita para una evaluación en profundidad de su caso (evaluación intake). La evaluación intake tiene una duración aproximada de dos horas y media y en ella se recoge la historia clínica del cliente, se evalúan sus necesidades y se fijan los objetivos del caso. Esta evaluación se puede hacer en un día o dos, según la tolerancia del cliente. Una vez realizada la evaluación intake, el caso se presenta en la reunión de equipo semanal (staff meeting), en la que se comenta el caso y se decide quién será el terapeuta que se hará cargo del tratamiento, en función de las características y la problemática individual de cada cliente.

### 3. Actividad formativa

La actividad formativa se llevó a cabo tanto en dependencias del Connecticut Mental Health Center como en la Universidad de Yale y el Program for Recovery and Community Health.

Durante mi estancia de tres meses, pude acudir a las siguientes actividades formativas:

#### Cursos y conferencias de la Universidad de Yale:

- *"Person centered planning in an era of health care integration"*. Janis Tondora, PsyD, y Maria Restrepo-Toro, BSN. Yale Program for Recovery and Community Health. 6 horas.
- *"Understanding mentally ill sexual offenders: what community mental health providers should know..."*. Laurie L. Guidry, PsyD. Center for integrative psychological services. 3 horas.
- *"The organized mind: thinking straight in the age of information overload"*. Daniel Levitin, PhD. McGill University. 1 hora.
- *"Clinical area current works series announcement: the neuroscience of major depression: focus on anhedonia"*. Dr. Pizzagalli. Harvard Medical School/McLean Hospital. 1,5 horas.

#### Grand Rounds de la Universidad de Yale:

- *"Mental health in media"*. James Hamblin, MD. Editor de la revista "The Atlantic". 1,5 horas.



- *"Modelling predisposition to schizophrenia using stem cells"*. Kristen Jennifer Brennand, PhD. Icahn School of Medicine Mount Sinai Hospital. 1,5 horas.
- *"Harnessing neuroplasticity through computer-presented and physical brain-training exercises: medical and educational outcomes"*. Bruce Wexler, MD. Yale School of Medicine. 1,5 horas.
- *"Understanding and addressing racism as a fundamental determinant of health"*. Yin Paradies, PhD. Research Alfred Deakin Research Institute for Citizenship and Globalization. 1,5 horas.
- *"Dopamine and beyond in psychosis: implications for treatment"*. Oliver Howes, MD, PhD. Institute of Psychiatry Kings College London. 1,5 horas.
- *"Emergence of cognition from action"*. Gyorgy Buzsaki, MD, PhD. Neuroscience Institute New York University. 1,5 horas.
- *"Paths to psychosis: is precision medicine in the cards for psychiatry?"*. Raquel E.Gur, MD, PhD. University of Pennsylvania. 1,5 horas.
- *"Report on Yale Department of Psychiatry diversity study"*. Yale Department of Psychiatry diversity task force report and town hall forum. 1,5 horas.

Formación en Program for Recovery and Community Health:

La formación en este programa se realizó durante una semana de manera intensiva, pudiendo asistir a las siguientes conferencias:

- *“Person-centered recovery planning, PCRP system implementation issues”*. Maria E. Restrepo-Toro, Janis Tondora, PsyD. System transformation area leader. 2,5 horas.
- *“Recovery-oriented practice: developing innovative and sustainable recovery-oriented policies and programs”*. Larry Davidson, Ph.D. Director Program for Recovery and Community Health. 2 horas.
- *“Citizenship framework”*. Michael Rowe, Ph.D. Co-Director Program for Recovery and Community Health. 1 hora.
- *“Integration of behavioral health and primary care”*. Martha Staeheli, Ph.D. Evaluation director CMHC Behavioral Health Home Project. 1,5 horas.
- *“Citizenship class”*. Patricia Benedict, B.A. Director, citizens project, Bridgett Williamson, recovery peer specialist. 2 horas.
- *“People in recovery as peer supporters and researchers”*. Kim Guy, Yolanda Herring, Richard Youins. 2 horas.
- *“Mortality and supported employment”*. Mark Costa, Angels González Ibáñez. 1,5 horas.
- *“Stigma and discrimination”*. Miraj U. Desai, Ph.D. Associate research scientist. 1,5 horas.
- *“The role of the families (National Alliance of Mental Illness, NAMI) & lived experience”*. Claire Bien. 1,5 horas.

- *“Financial health”*. Annie Harper, associate research scientist, financial health project. 1,5 horas.
- *“Shared decision making, qualitative research”*. Anthony Pavlo, associate research scientist, PhD. 1 hora.
- *“Community organizing”*. Billy Bromage, MSW. Director of Community Organizing, Yale Department of Psychiatry. 1,5 horas.

#### **4. Actividad investigadora**

La labor investigadora giró en torno a la actividad que se desarrolla habitualmente en el Yale Program for Recovery and Community Health, donde acudía dos días a la semana. Pude participar en las reuniones de equipo generales (staff meeting) que se realizaban cada semana con todo el personal, en las que se trataban aspectos relacionados con las líneas de investigación en curso y se aportaban nuevas ideas sobre cómo aumentar la participación de las personas con enfermedad mental en la comunidad.

Durante mi estancia, pude colaborar en el proyecto de investigación *“Evaluation of the Connecticut supported employment program”*. Este proyecto se basa en estudios previos que muestran que el empleo contribuye a la recuperación satisfactoria de los problemas de adicción y enfermedad mental, además de que se correlaciona con incrementos en la autoestima y la satisfacción vital (Mueser et al., 2004). Sin embargo, se ha visto que la población latina con enfermedad mental y/o con alguna causa penal

pendiente tiene más dificultades a la hora de conseguir un empleo integrado en la comunidad (Mueser, Bond, Essock & Clark, 2014).

Así, el objetivo de este programa es mejorar la prestación de empleo sostenido, adaptando este servicio a la población latina y/o con causas penales pendientes del estado de Connecticut. Para conseguir esto, el proyecto pretende evaluar las dificultades y barreras que este sector de la población encuentra a la hora de conseguir un empleo sostenido, así como los resultados a largo plazo tras haber participado en el programa de empleo.

La metodología consiste en la administración de una serie de cuestionarios antes de que la persona comience a trabajar. En estos cuestionarios se hacen preguntas relativas a las dificultades con las que estas personas se encuentran a la hora de conseguir un empleo sostenido. Más tarde, cuando finaliza el programa de empleo sostenido, se administran de nuevo cuestionarios para evaluar aspectos como, por ejemplo, si la persona continúa trabajando o no, las dificultades con las que se ha encontrado o la satisfacción con el empleo.

Dado que el proyecto está aún en proceso, no se disponía de resultados tras la finalización del programa de empleo sostenido, aunque sí se tenían los resultados de los cuestionarios previos administrados a las personas antes de comenzar el programa.

De esta manera, mi colaboración consistió, en un primer momento, en realizar una búsqueda bibliográfica y lectura de textos para tener una base teórica y conceptual acerca del programa. Después, en el estudio y la familiarización con los cuestionarios

que ya habían sido aplicados. Y por último, en la síntesis de los resultados obtenidos de dichos cuestionarios acerca de las barreras que las personas identificaron.

Así, los resultados obtenidos de este análisis fueron los siguientes. Se identificaron como dificultades y barreras más importantes a la hora de acceder a un empleo sostenido: tener antecedentes penales, no haber trabajado anteriormente, la falta de motivación, la barrera del idioma para los latinos que no hablan inglés, la falta de adherencia a la medicación, la discriminación, las dificultades en la entrevista de trabajo y los escasos conocimientos de informática. Por lo tanto, estos resultados deberían tenerse en cuenta a la hora de mejorar los servicios de empleo sostenido dirigidos a la población latina con enfermedad mental y/o con causas penales pendientes.

En el marco de esta investigación, también pude participar en reuniones de coordinación con otros recursos de salud mental del área circundante de New Haven, quienes se encargaban de realizar la captación y seguimiento de los pacientes participantes en la investigación. Así, en estas reuniones se realizaba una supervisión de los profesionales participantes y se resolvían las dudas o dificultades que pudieran surgir a lo largo del proceso en relación con la investigación.

## APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

---

Tanto la Hispanic Clinic como el Program for Recovery and Community Health se basan en la idea de que las personas son participantes activos en su propio proceso de recuperación. Así, desarrollan programas culturalmente sensibles orientados hacia la recuperación, en los que se busca promover la autodeterminación y la inclusión de personas con enfermedad mental en sus comunidades a través de sus puntos fuertes y las contribuciones valiosas que pueden hacer a sus comunidades.

En Estados Unidos la investigación tiene un papel muy relevante. De esta manera, la existencia de un organismo investigador con gran potencia económica y de gran prestigio, como es la Universidad de Yale con su Program for Recovery and Community Health, concede a la idea de la salud mental comunitaria mucha más fuerza para ser respaldada por las instituciones e implementada por los clínicos en su práctica diaria.

El desarrollo de la psicología comunitaria en España es bastante reciente y se vio propiciado por los cambios sociales y políticos que se produjeron en los años setenta: la Constitución de 1978, la descentralización del poder central hacia las comunidades autónomas y la puesta en marcha de ampliaciones importantes en la cobertura de prestación de los servicios sociales (Musitu, 2004).

Una característica fundamental de la psicología comunitaria en España en relación a los países anglosajones es que la creación de la disciplina se anticipó a la existencia de una formación académica en psicología comunitaria en las universidades.

Sin embargo, en otros países el surgimiento tuvo lugar en los departamentos de personalidad y clínica de las universidades (Musitu, 2004).

Durante los años ochenta, ayuntamientos y diputaciones crearon en España gabinetes psicopedagógicos, centros de salud mental y servicios sociales comunitarios. En estos centros surgieron equipos interdisciplinarios, que intentaron dar una orientación comunitaria a su trabajo. Sin embargo, fueron los servicios sociales comunitarios, incluyendo los gabinetes psicopedagógicos, los que en la década de los noventa se convirtieron en el escenario más frecuente de las intervenciones comunitarias (Musitu, 2004).

Hay que tener en cuenta que es también en la década de los noventa cuando se impulsa el desarrollo económico en España, con un crecimiento del sector de la construcción y el turismo. A partir de este momento, se requiere una gran cantidad de mano de obra y esto se convierte en el factor más importante de la atracción migratoria.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2006), la mayoría de las personas inmigrantes en España provienen de Iberoamérica (36,21%), de los cuales 11,13% proceden de Ecuador, 6,40% de Colombia, 3,63% de Argentina, 3,59% de República Dominicana, 3,37% de Bolivia, 2,31% de Perú y 1,75% de Brasil. Les siguen después los procedentes de la Unión Europea (34,45%) y del norte de África (14,83%).

Por lo tanto, con los cambios sociales, políticos y el aumento de la población inmigrante se hizo necesario un cambio en el modelo de atención a la salud mental, de manera que se pudiera atender a las necesidades de esta población y al mismo tiempo respetar los valores de cada cultura y promover su participación en la comunidad.

Así, se puede decir que la psicología comunitaria en España es una disciplina reciente, pero que poco a poco ha ido avanzando en los últimos años hacia su desarrollo en nuestro país. Por ello, opino que sería muy positivo que la psicología comunitaria en España continúe desarrollándose y progresando, enriqueciéndose para ello de las aportaciones de otros países, con el fin de crear una psicología comunitaria realmente adaptada a las necesidades de la población.

## **SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS**

La atención sanitaria en Estados Unidos es una de las más caras del mundo y supone un 15% del producto interior bruto americano. Aunque la atención sanitaria es, probablemente, la mejor del mundo para la población con elevados recursos económicos, su alto coste y la poca intervención estatal implican que esta sea precaria e incluso inexistente para la población desempleada o con escasos recursos económicos.

Existe un dominio del sector privado sobre el público en materia de salud. En el sector privado hay dos formas de obtener un seguro médico. La más común es a través de un empleador. La segunda es contratar un seguro privado de manera individual.

En el sector público, existen dos seguros principales cubiertos por el estado: “*Medicare*” y “*Medicaid*”. Explicaré a continuación en qué consisten cada uno de estos seguros públicos.

“*Medicare*” es un programa federal que asegura a personas a partir de 65 años o más jóvenes consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud. Se trata



de un programa administrado por el gobierno y es llamado *“single payer”* o *“pagador único”*, lo que significa que el gobierno es la única entidad que actúa como aseguradora.

Por otro lado, *“Medicaid”* es un programa destinado a las personas con escasos recursos económicos. En este grupo se incluyen las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores, personas con discapacidad y padres de familia que cumplen los estándares de pobreza del país.

En 2011, el 49% de la población estadounidense recibía un seguro médico privado por medio de su empleador, el 18% tenía *“Medicaid”*, el 16% no gozaba de ningún seguro médico (es decir, 50 millones de personas), el 13% estaba cubierto bajo *“Medicare”* y solo el 5% tenía un seguro médico independiente (Del Salto, 2013).

Así, solo el 31% de los estadounidenses están cubiertos por un seguro médico del estado (*“Medicare”* o *“Medicaid”*), mientras que un 16% carece de seguro médico al no cumplir los requisitos. Esto supone un gran problema a la hora de la atención a la salud en general y la salud mental en particular, ya que un importante porcentaje de personas no cumplen los requisitos para tener un seguro del estado, pero tampoco pueden permitirse económicamente contratar un seguro privado.

Esta es una de las grandes diferencias entre el sistema de salud en Estados Unidos y nuestro sistema de salud en España, en el cual todas las personas pueden recibir una atención sanitaria cubierta por el estado, con independencia de sus ingresos económicos.

## VALORACIÓN PERSONAL

---

Para mí la experiencia ha sido plenamente satisfactoria. Tener la oportunidad de acudir a un centro de gran prestigio, como es la Universidad de Yale y sus centros asociados, como la Hispanic Clinic o el Program for Recovery and Community Health, y poder trabajar durante estos meses codo a codo con los grandes profesionales que trabajan allí ha supuesto para mí un enorme privilegio.

Me siento muy agradecida a todas las personas con las que he trabajado estos meses por haber compartido conmigo todos sus conocimientos, así como por su cercanía, respeto, calidez humana y por tratarme como una más del equipo desde el primer día.

La experiencia ha sido sin duda enriquecedora, tanto a nivel profesional como a nivel personal. Por un lado, he podido cumplir con los objetivos marcados para esta rotación, que me han ayudado a mejorar a nivel profesional como psicoterapeuta. Por otro lado, la experiencia de conocer otra cultura, otro sistema de salud, otras formas diferentes de trabajar... ha supuesto para mí una maravillosa experiencia a nivel personal. En definitiva, supone salir de tu zona de seguridad y tener que amoldarte y adaptarte a otra forma de vivir, a otra forma de concebir las relaciones humanas, a encontrarte cada día con un desafío nuevo.

Vuelvo con muchas ganas de poner en práctica lo aprendido, ya que para mí esta experiencia ha sido magnífica en todos los sentidos.

## AGRADECIMIENTOS

---

En primer lugar, quiero agradecer al comité de becas de ANPIR por apoyar mi proyecto. Sin duda, su ayuda económica facilitó que este proyecto se trasladara del papel a la realidad.

Al Hospital Príncipe de Asturias, por la oportunidad brindada para completar mi formación como psicóloga clínica.

A Alberto Fernández Liria, por su apoyo incondicional a este proyecto y a las iniciativas de los residentes.

A mi tutora, Sira Orviz, por haberme apoyado y animado a realizar esta experiencia.

A todo el equipo de la Hispanic Clinic, por su calidez humana, sus consejos y por hacerme sentir como una más desde el primer día.

A Luis Añez, en especial, por su interés, su implicación, apoyo, su trato siempre agradable y por todos los complicados trámites que tuvo que realizar para que todo esto fuera posible.

A Larry Davidson y todo el equipo del Program for Recovery and Community Health, por compartir conmigo todos sus conocimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Ansell, E. B., Pinto, A., Crosby, R. D., Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., et al. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 275-281.

Bamatter, W., Carroll, K. M., Añez, L. M., Paris, M. Jr., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2010). Informal discussions in substance abuse treatment sessions with Spanish-speaking clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 353-363.

Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2010). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in monolingual Hispanic outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 178(2), 305-308.

Blue, H. C., Añez, L., Paris, M., Hawkins, D., & Page, R. (2007). Ethnicity, mental health care disparities and culturally competent care at the Connecticut Mental Health Center. En: S.C. Jacobs and E.E.H. Griffith (Eds.). *40 Years of Academic Public Psychiatry* (pp. 123-140). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Davidson, L., Tondora, J., Staeheli-Lawless, M., O'Connell, M. J., & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.

Memoria de estancia en Hispanic Clinic, Connecticut Mental Health Center y Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry (New Haven, Connecticut, USA)

Del Salto, K. (marzo de 2013). Cómo funciona el sistema de salud en los Estados Unidos. *La Voz*. Recuperado de <http://www.bard.edu/campus/publications/lavoz/archivo/archivo.php?id=11328>

Instituto Nacional de Estadística. (2006). *Población extranjera por sexo, país de nacionalidad y edad*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>

Mueser, K. T., Bond, G. R., Essock, S. M., & Clark, R. E. (2014). The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 113-122.

Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., et al. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 479-490.

Musitu, G. (2004). Surgimiento y desarrollo de la psicología comunitaria. En: G. Musitu, J. Herrero, L. M. Cantera, y M. Montenegro. (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 3-17). Barcelona, España: Editorial UOC.

Puhl, R. M., White, M. A., Paris, M., Añez, L. M., Silva, M. A., & Grilo, C. M. (2011). Negative weight-based attitudes in treatment-seeking obese monolingual Hispanic

patients with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 737-743.

Samuel, D. B., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2014). The convergence of personality disorder diagnoses across different methods among monolingual (Spanish-speaking only) Hispanic patients in substance use treatment. *Personality Disorders*, 5(2), 172-177.

Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.

The Latino and Puerto Rican Affairs Commission. (2012). *Latino socio-economic study*. Recuperado de <https://www.cga.ct.gov/lprac/pages/2012%20LPRAC%20Socio%20Economic%20Study%20Released%20April%2018%202012.pdf>

United States Census. (2006). *Selected characteristics of the native and foreign-born populations*. Recuperado de [http://web.archive.org/web/20090124092630/http://factfinder.census.gov/servlet/STTable?\\_bm=y&-context=st&-qr\\_name=ACS\\_2006\\_EST\\_G00\\_S0501&-ds\\_name=ACS\\_2006\\_EST\\_G00\\_&-tree\\_id=306&-redoLog=false&-\\_caller=geoselect&-geo\\_id=04000US09&-format=&-\\_lang=en](http://web.archive.org/web/20090124092630/http://factfinder.census.gov/servlet/STTable?_bm=y&-context=st&-qr_name=ACS_2006_EST_G00_S0501&-ds_name=ACS_2006_EST_G00_&-tree_id=306&-redoLog=false&-_caller=geoselect&-geo_id=04000US09&-format=&-_lang=en)

Memoria de estancia en Hispanic Clinic, Connecticut Mental Health Center y Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry (New Haven, Connecticut, USA)

United States Census. (2010). *2010 Census U.S. Gazetteer Files*. Recuperado de <http://www.census.gov/geo/maps-data/data/gazetteer.html>

## BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN CASTELLANO

---

Martín Aranga, I. (2007). Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 23, 71-82.

Martínez Moneo, M., & Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 63-75.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Musitu, G., & Buelga, S. (2004) Desarrollo comunitario y potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 167-195). Barcelona: UOC.

Pérez Sales, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Suárez-Balcázar, Y. (1998). La psicología comunitaria en las comunidades hispanas de Estados Unidos. En A. Martín (Ed.), *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones* (pp. 107-119). Madrid: Síntesis.