

**Formación en Terapia Familiar Sistémica desde una
perspectiva de sensibilidad cultural**

Institute for Family and Community Care
ROBERTO CLEMENTE CENTER

BECA ANPIR 2008-2009 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS
DE EXCELENCIA EXTRANJEROS

Becaria:

Núria Junyent Freixenet
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Tutores en el centro de destino:

Magdalena Marino, PSICÓLOGA CLÍNICA
Jaime Inclán, Ph. D., PROGRAM DIRECTOR
E-mail: ji4@nyu.edu
Roberto Clemente Center
Institute for Family and Community Care
540 East 13th street, New York, NY 10009

ÍNDICE

1. Características del centro de destino	3
1.1. Servicios	
1.2. Historia	
1.3. Orientación teórica	
1.4. Filosofía	
2. Actividades realizadas durante la estancia en el centro	6
2.1. Actividad clínica	
2.2. Actividad académica	
3. Otras actividades formativas	11
4. Aplicabilidad en nuestro entorno	13
5. Valoración personal de la estancia	15
6. Referencias bibliográficas	17
7. Bibliografía recomendada	18
8. Agradecimientos	19

1. Características del centro de destino: Roberto Clemente Center

El **Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center (RCC)** 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, situado en el Lower East Side de Manhattan, están afiliados a la *New York University School of Medicine*. Todos los profesionales del centro son bilingües con el objetivo de que los pacientes puedan recibir tratamiento en inglés o español.

1.1. Servicios

El Roberto Clemente Center dispone de 4 programas diferenciados:

➤ The Roberto Clemente Family Guidance Program

Este dispositivo ofrece servicios de psicoterapia poniendo énfasis en la terapia familiar. También ofrecen terapia psicológica individual, terapia de grupo, terapia de pareja, infantil y psicofarmacológica. Los profesionales que trabajan en este servicio (Psicólogos, Psiquiatras y Trabajadores sociales) son todos bilingües y biculturales.

➤ The Silvia Del Villard Program

Este dispositivo proporciona un servicio intensivo y estructurado de intervención y rehabilitación. Este programa va dirigido a pacientes con dificultades psiquiátricas severas teniendo como objetivo prevenir la re-hospitalización psiquiátrica, facilitar el retorno a la comunidad y promover un funcionamiento comunitario óptimo de los pacientes que están desvinculados de los servicios de salud mental.

➤ The Roberto Clemente Primary Care Service

Este dispositivo 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. Los médicos que trabajan en el servicio son también bilingües y orientados a

atender la salud de toda la familia y a la interconsulta con salud mental y realizando tareas de prevención y promoción de la salud.

➤ The HIV-Primary Care Clinic

Este fue el 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.

1.2. Historia

El RCC destaca por ser un centro pionero en incorporar la sensibilidad cultural en la intervención en Salud Mental en un contexto de máximo pluralismo sociocultural como es E.E.U.U., así como en el propósito de hacer accesibles los recursos de Salud Mental a las minorías más desfavorecidas socialmente. El primer programa del RCC, el servicio de consultas externas de salud mental, fue establecido en 1983. Fue el primer programa de Salud Mental en el Estado de Nueva York en proponer la cultura como parte esencial del tratamiento psicológico a través de un equipo de profesionales bilingües y biculturales.

1.3. Orientación teórica

Los programas del RCC comparten una orientación sistémica familiar. El comportamiento individual se entiende en el contexto de la familia, la comunidad y la sociedad, que establece los parámetros para entender el comportamiento, la salud y la enfermedad. El modelo de ecosistema considera el contexto familiar y social del comportamiento en las intervenciones.

La trayectoria teórica del centro siempre ha sido estimulada y orientada a partir de la práctica clínica (Inclán, 2007). Así, a principios de los noventa, el marco sistémico-estructural (Minuchin *et al.*, 1967) 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 que tiene en cuenta la estructura familiar, los límites y los subsistemas, 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.

Esta dificultad se abordó desde la perspectiva de la *Empatía Social*. Este concepto hace referencia al nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad histórica, material y social del paciente (Inclán, 2009). 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 (Inclán, 2009). Además, la posibilidad de utilizar la misma lengua facilita este proceso. Otro de los referentes teóricos es Uri Bronfenbrenner y su concepto de ecosistema (Bronfenbrenner, 1979), 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.

Sin embargo, este enfoque más amplio, tampoco olvida la importancia del funcionamiento psicológico individual.

1.4. Filosofía

La filosofía de los programas del RCC incluye los siguientes principios:

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

El RCC es una institución que tiene entre sus prioridades la formación de profesionales sanitarios y reciben estudiantes y residentes de Psicología Clínica, Psiquiatría y Trabajo Social procedentes de E.E.U.U., América Latina y Europa de forma regular, que se incorporan en los programas específicos del centro.

2. Actividades realizadas durante la estancia en el centro

Durante la estancia en el RCC realicé actividades clínicas como terapeuta, con el apoyo de la supervisión, y actividades de tipo académico en forma de seminarios y observación de sesiones.

2.1. Actividad clínica

Durante los meses de formación en el centro tuve la oportunidad de llevar un total de 10 casos como terapeuta principal, entre terapia individual y familiar, realizar observaciones en más de 30 sesiones de terapia familiar y estar como observadora en 2 grupos terapéuticos.

El proceso clínico que se sigue en el centro cuando llega un paciente consta de distintas fases:

- Screening Process

El RCC atiende adultos, niños y adolescentes. Los criterios de exclusión para empezar a tratarse en el centro son no estar abstinentes, padecer algún retraso mental o síndrome orgánico cerebral. En estos casos los pacientes son derivados a centros especializados del sector para que reciban tratamientos específicos.

Cuando el paciente se encuentra en un estado psicopatológico agudo que requiere hospitalización, desde el RCC se derivan los pacientes a los dos hospitales de referencia del sector que son el Beth Israel Hospital o al Bellevue Hospital Center.

Los pacientes pueden acudir a la clínica o llamar para pedir cita o, de forma más habitual, algún dispositivo o servicio se pone en contacto con el Clinical Services Coordinator del RCC para concertar una cita. Los servicios derivantes son muy diversos; hospitales, centros de atención primaria así como instituciones sociales y en el caso de los niños, de colegios, institutos o agencias de protección de menores.

- Intake process

El proceso de *intake* o acogida consta de tres visitas que los pacientes realizan durante el primer mes, dos con el psicólogo y una con el psiquiatra.

Durante el proceso de *intake* se hace hincapié en la **evaluación sistémica del caso**. A modo de ejemplo, algunas de las cuestiones que suelen enfatizarse son:

- ✓ ¿Quién es el derivante y cuál es su relación con la familia. Qué rol tiene el derivante en la familia?
- ✓ ¿Qué estaba pasando en la familia (nuclear y extensa) en el momento que empezó el problema? ¿Si el problema había empezado hace tiempo, que les llevó ahora a pedir ayuda? Si el síntoma es descrito como una constante, cuando y como fueron los cambios de intensidad.
- ✓ ¿Cómo estos acontecimientos afectaron a la organización de la familia?
 - ¿Cómo se organizaba la familia antes del problema?
 - ¿Cómo se reorganizó la familia después del problema?
- ✓ Identificar en relación al problema:
 - Una secuencia de interacción.
 - Identificar las soluciones intentadas.
 - Cómo la familia imagina/ve/crea que será la situación en el futuro y si creen que será mejor o peor.
- ✓ Significado metafórico de problema/síntoma. Incluye entender:
 - Punto del ciclo vital familiar empezó el problema.
 - El lenguaje de la familia.
 - Las creencias, explicaciones y premisas de cada miembro sobre el problema.
- ✓ Estructura familiar
 - Jerarquía
 - Límites
 - Sistema marital y parental
- ✓ Presiones externas, soportes y potenciales soportes de la familia
- ✓ Objetivos

- Que esperan/quieren del tratamiento los miembros de la familia.
- Clarificar demanda.

El objetivo de estas visitas es determinar si es apropiada la admisión al centro o hay otros dispositivos más adecuados para tratarles, y recoger la información necesaria para realizar un diagnóstico clínico y relacional.

- Family Treatment Planning Seminar (Case Disposition)

Tras realizar el proceso de *intake* el caso se presenta al equipo en el *Case Disposition*. Este seminario semanal de tres horas de duración tiene como objetivo establecer el diagnóstico y los objetivos terapéuticos así como definir el formato más indicado para tratar al paciente. Los clínicos presentan los casos y se establece si el paciente va a seguir tratamiento individual, familiar o grupal y que orientación y objetivos son los más adecuados.

- Clinic Program Group

Otro de los programas destacados RCC es el *Clinic Program Group*, dado que se considera que los grupos tienen un gran potencial terapéutico y además, permiten la optimizar la atención asistencial. En este sentido, el programa de grupos terapéuticos es muy amplio ya que intenta dar respuesta a las demandas de la población.

A continuación se detalla el programa de grupos del centro:

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
✓ Women's Support	✓ Know Yourself Better	✓ Surviving Trauma	✓ Support	✓ Geriatric Support
✓ Assertiveness	✓ Surviving Trauma	✓ Today's Women	✓ Relationship building	✓ Support Group
✓ Women's Support	✓ Support	✓ Pain/Symptoms Management	✓ Healthy Living	✓ Support Group
✓ Women's Trauma Survivors	✓ Women's support	✓ Writing about Self Esteem	✓ Symptoms Management	
✓ Teens Helping Teens	✓ Women's empowerment		✓ Assertiveness	
	✓ Grandparents		✓ Social Skill	
	✓ Body Image&Mood		✓ Relaxation	
	✓ Gay&Lesbian			
	✓ Girls			

Como se puede observar hay muchos grupos orientados a apoyo a mujeres y a la intervención específica en Trastorno por Estrés Post-Traumático, dado que es un diagnóstico frecuente en el centro asociado a relaciones abusivas, ya sea en la infancia o en la edad adulta, y a condiciones sociales desfavorecidas.

Durante mi estancia pude asistir como observadora de forma regular a grupos de Surviving Trauma y de Women's Support.

2.2. Actividad académica

- Didactic Seminar on Family Therapy

Se trata de un seminario teórico semanal de dos horas de duración dirigido por M. Hernández en el que participamos todos los residentes 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.

Las familias con las que se trabaja en el RCC son mayoritariamente Latinoamericanas (caribeñas, centro y suramericanas) de clase trabajadora y, frecuentemente hay por lo menos un miembro desempleado (Inclán, 2007). El trabajo con estas familias implica que el terapeuta tenga en cuenta los estresores psicosociales complejos que la mayoría de ellas han vivido antes, durante, o posteriormente a la inmigración, que establecen parámetros importantes en sus historias familiares e individuales (Hernández, 1996). Tanto si una familia está ilegal o no, el proceso de inmigración suele estar asociado a experiencias de pérdidas, represión política y socioeconómica o terror, tortura y otras experiencias traumáticas que dejan profundas heridas emocionales y relacionales. Además, cuando un inmigrante llega a Estados Unidos, empieza un proceso psicológico complejo. Las familias no solo no tienen tiempo de elaborar las experiencias traumáticas acumuladas durante la migración, sino que además se enfrentan con el estrés de sobrevivir, adaptarse e integrarse en un nuevo entorno. La falta de documentación, de una red social y la rápida caída de su estatus socioeconómico les lleva a una situación de marginalidad.

Sin duda, una de las mayores dificultades tiene que ver con adaptarse a una nueva cultura. La *aculturación* es un proceso complejo y multigeneracional que requiere una negociación constante entre la cultura de origen y la nueva cultura, que fuerza a la familia a modificar los valores, comportamientos, sistema de creencias, los patrones relacionales y las actitudes (Hernández, 1996). Este proceso suele activar conflictos relacionales y emocionales como los roles familiares, las normas familiares y los valores que eran congruentes culturalmente en Centro América y que son menos funcionales en Estados Unidos.

El conocimiento de estos aspectos culturales y sociales se considera fundamental para poder intervenir de forma eficaz con estos pacientes. En el seminario se revisa la bibliografía sobre el tema y, a través de videos de casos, se analiza y discute como los factores sociales, culturales y las experiencias traumáticas afectan al funcionamiento familiar e individual, a la psicopatología y qué intervenciones son las más adecuadas.

- Live Clinical Supervision Seminar y Advanced Family Therapy Seminar

Estos seminarios de tres horas de duración se llevan a cabo todas las semanas y tanto el *Live Clinical Supervision Seminar*, que dirige M. Hernandez, como el *Advanced Family Therapy Seminar*, que dirige J. Inclán, siguen el mismo esquema.

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 las hipótesis y posibles intervenciones. Normalmente, se trata de familias que ya han sido visitadas en el centro y que el terapeuta referente ha encontrado algún tipo de dificultad en la intervención. Tras la pre-sesión, el terapeuta referente y M. Hernandez o J. Inclán 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

Se trata del espacio de supervisión individual semanal asignado a los residentes para supervisar los casos que llevamos como terapeutas. El objetivo de estas sesiones es principalmente la supervisión clínica de los pacientes así como las dificultades y dudas que surjan durante el proceso terapéutico. Otro de los aspectos que también se suele tratar en este espacio son las

dudas relacionadas con cuestiones administrativas, dado que existen diferencias importantes entre el funcionamiento de la seguridad social en Estados Unidos y el nuestro.

3. Otras actividades formativas

- Asistencia a los Grand-Rounds

Sesiones organizadas por el Departamento de Psiquiatría de la New York University y la New York University School of Medicine. En estas sesiones semanales de una hora de duración se presentan revisiones bibliográficas sobre temas de psiquiatría y psicología de adultos. A continuación se detallan las conferencias a las que se ha asistido durante los meses de mi estancia:

- Practicing Psychiatry in the Field with Homeless People (January 15, 2009)
Van Yu, MD. Medical Director.
- Psychiatric Consultations with Special Liaisons (January 22, 2009)
Asher Aladjem, MD.
- *Distinguished Visiting Professor Series* (January 29, 2009)
Risk, Resilience, and Gene X Environment Interactions in Primates
Stephen Suomi, MD.
- Treatment of Complex PTSD: Psychotherapy for the Interrupted Life (February 5, 2009)
Marylene Cloitre, PhD.
- Love in the Time of Crystal Methamphetamine (February 12, 2009)
Petros Levounis, MD.
- Maximizing Treatment Outcome in OCD (February 19, 2009)
Helen Blair Simpson, MD.
- Sodium Imbalance in Psychiatry (February 26, 2009)
Andrea Kondracke, MD.

- The Challenge of Anorexia Nervosa (March 5, 2009)
Evelyn Attia, MD.
- *The Annual Jonathan D. Brodie Lecture* (March 12, 2009)
The Role of Functional Neuroimaging in the Development of Deep Brain Stimulation for Treatment Resistant Depression
Helen Mayberg, MD.
- Therapist Affect Focus and Patient Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy: Theory, Research and Practice (March 19, 2009)
Mark Hilsenroth, PhD.

- Asistencia al Seminario teórico-práctico de Psicoterapia Dinámica Breve:

Sesiones de supervisión semanales impartidas por el Dr. Trujillo, MD dentro del Short-Term Psychodynamic Therapy Program del Bellevue Hospital Center. Las sesiones consisten en la supervisión de casos que se analizan a través de la visualización por televisión de las sesiones y de revisiones teóricas a través de artículos y material bibliográfico que proporcionan los docentes.

- Asistencia al 2009 32nd Annual Psychotherapy Networker Symposium (Washington, DC)

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 2009 pude asistir a las conferencias que se hicieron durante los 3 días y a los siguientes workshops:

- Workshop: Bill O'Hanlon
Part I: Dealing with Your Most Difficult Clients - Bill O'Hanlon, M.S., LMFT 2.00 Hours
Part II: Dealing with Your Most Difficult Clients - Bill O'Hanlon, M.S., LMFT 2.00 Hours

- Workshop: S. Minuchin
 Part I: Structural Family Therapy Today -J.Colapinto, Lic PSICOL (USA), P.Dowds, Ph.D.;
 J.Lappin, LCSW, S.Minuchin, M.D., M.Sullivan, 2.00 Hours
 Part II: Structural Family Therapy Today -J.Colapinto, Lic PSICOL (USA), P.Dowds, Ph.D.;
 J.Lappin, LCSW, S.Minuchin, M.D., M.Sullivan 2.00 Hours

- Workshop: Marsha Linehan
 The Paradox of Dialectical Behavior Therapy - Marsha Linehan, Ph.D. 4.00 Hours

4. Aplicabilidad en nuestro entorno

La conciencia de que los aspectos culturales condicionan el resultado de la intervención terapéutica va haciéndose cada vez más evidente, a medida que los profesionales de la salud se ven en la progresiva necesidad de tratar con pacientes pertenecientes a diferentes orígenes culturales o étnicos.

Este fenómeno de la diversidad cultural va ligado, en nuestro medio, al proceso migratorio. Según datos de la Secretaría de Estado para la Extranjería hechos públicos a principios de 2004 residen en España 1.647.011 extranjeros de forma regularizada, a los que se podría añadir otro millón si se consideraran los que no tienen los papeles en regla. Así pues, cerca de 2.500.000 personas residentes en España son extranjeras, lo que supone alrededor de 6% de la población total. Este crecimiento progresivo de los flujos migratorios en España ha planteado un reto para el sistema de salud que se enfrenta a nuevas demandas a las que tiene que dar respuesta (Collazos *et al.*, 2008). Ante esta nueva realidad, el principal objetivo es mejorar la salud de la población inmigrada y su acceso a los servicios pero también la competencia intercultural de los profesionales.

Aunque resulta evidente que nadie puede aspirar a conocer por completo los innumerables aspectos culturales de todas y cada una de las culturas a las que pertenecen los pacientes, sí se puede ampliar el conocimiento sobre ellas, igual que es posible adoptar una actitud flexible, abierta a aceptar la diferencia cultural como algo enriquecedor y que nos lleve a ser culturalmente competentes en el ejercicio de la profesión de Psicólogos Clínicos (Collazos *et al.*, 2008).

El concepto *competencia cultural* no está, todavía, muy extendido en nuestro medio aunque, cada vez más, se va contemplando como uno de los estándares de calidad asistencial a considerar. Este término, de origen estadounidense, hace referencia al “conjunto de conductas, actitudes y políticas que permiten al sistema, dispositivo y/o individuo funcionar de modo eficaz con pacientes y comunidades de origen cultural diverso” (Randall-David, 1989). En el ámbito de la salud mental las competencias culturales nacieron en 1982 con la publicación del informe del Comité de Educación y Formación de la División de Counseling Psychology de la Asociación Americana de Psicología sobre este tema (Sue et al., 1998). Los autores indican que un terapeuta competente:

1. Está en proceso de concienciación sobre sus propios prejuicios sobre la conducta humana, valores, sesgos, conceptos preconcebidos, limitaciones personales, etc.
2. Intenta entender activamente, y sin juicios negativos, la perspectiva cultural de su paciente.
3. Desarrolla estrategias e intervenciones apropiadas, sensibles y relevantes para el trabajo con pacientes que son culturalmente diferentes.

Es, por tanto, necesario considerar algunos aspectos generadores de desigualdades que determinan una especificidad en la atención de la población inmigrada y que pueden actuar como barreras y dificultar el acceso a los servicios de salud e incidir desfavorablemente en la asistencia.

En Catalunya, cada vez más, se tienen en cuenta estos aspectos y se hace hincapié en la formación de los profesionales y en la creación de dispositivos específicos, como el Programa de Psiquiatría Trascultural del Hospital Vall d'Hebron o el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a los inmigrantes y refugiados, en el Hospital Sant Pere Claver.

Por otro lado, la orientación sistémica-ecológica puede ofrecer un marco teórico especialmente indicado para intervenir en estos casos. Tener en cuenta los legados familiares, los conflictos no resueltos en la familia de origen, los valores transmitidos por la cultura, el origen de clase social, los patrones de interacción familiar, la etapa del ciclo vital de la familia, y el entorno social, puede

ser muy útil en la intervención con familias inmigrantes, como modelo que incluye de forma integral estas consideraciones.

A mi entender, haber recibido una formación especializada en un centro que trabaja desde esta perspectiva me permitirá tener más preparación y responsabilidad en la asistencia con pacientes que han crecido y vivido en unas coordenadas nacionales, lingüísticas, culturales, religiosas, etc. muy alejadas de las propias.

5. Valoración personal de la estancia

La posibilidad de rotar por un dispositivo de las características del RCC considero que ha sido una gran oportunidad, dado que ofrece un programa de formación en psicoterapia que combina la práctica clínica con la formación teórica, siempre haciendo hincapié en la sensibilidad social y cultural, que considero fundamentales en la asistencia psicológica.

Entre los puntos fuertes de la rotación, des de mi punto de vista, estarían:

- La posibilidad de realizar entrevistas diagnósticas e intervención psicoterapéutica de casos con psicopatología y problemáticas muy diversas des del principio con el apoyo de la supervisión individual.
- La observación de sesiones a través del espejo unidireccional. Considero que han sido una gran oportunidad de aprendizaje porque permiten observar en directo la intervención y las técnicas psicoterapéuticas con las familias y desarrollar las habilidades de observación.
- Los seminarios teóricos han sido un complemento necesario para la actividad asistencial porque permiten analizar, entender y comprender el contexto y así poder ser más eficaz y empático en la actividad clínica.
- El acercamiento a un contexto social y cultural diferente y la posibilidad de conocer el funcionamiento del Sistema Sanitario de Estados Unidos.
- Disposición muy positiva del equipo del centro a los residentes en formación.

Los puntos débiles serían:

- Es un centro con una orientación comunitaria donde la actividad asistencial y docente tiene más peso que el área de investigación. En este sentido, considero que la rotación sería más completa si los residentes durante la rotación pudieran participar en actividades de investigación.
- Debido al funcionamiento sanitario de E.E.U.U. la parte de gestión administrativa es muy compleja y hay que dedicar una parte importante de tiempo a realizar tareas de gestión.

En conclusión, considero que esta rotación externa ha sido una gran oportunidad para aprender Psicología Clínica en un contexto muy diferente. El hecho de conocer distintas formas de trabajo, un sistema sanitario diferente, otras formas de funcionar de los equipos, creo que es una experiencia muy positiva que permite desarrollar una actitud más abierta y flexible.

6. Referencias Bibliográficas

Achotegui, J. (2002), *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados).

Collazos F., Qureshi A. (2008). *La relación entre el médico y paciente culturalmente diferentes*. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Organon: Barcelona.

Departament de Benestar i Família Govern de la Generalitat de Catalunya. *Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008*.(2005). Consultado el 15 de mayo de 2009. Disponible en: <http://www.gencat.net/benestar/societat/convivencia/immigracio/index.htm>

Hernandez, M. (1996). *Central American Families*. In M. McGoldrick, J. Giordano and K. Pearch (Eds.), *Ethnicity&Family Therapy* (pp 214-224). New York: Guilford Press.

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

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

Randall-David (1989). *Strategies for working with culturally diverse communities and clients*. Washington, DC: Association for the Care of Children's Health.

Sue Dw, Carter RT, Casas JM, Fouad NA, Ivey AE, Jensen M, LaFromboise T, Manese JE, Ponterotto JG, Vazquez-Nutall E (eds) (1998). *Multicultural counseling competencies : Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA, Sage,

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)

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,)

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

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. (Trad. cast. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1995, 10ª ed.)

8. Agradecimientos

Agradezco la ayuda y facilitación de mi estancia en el Roberto Clemente Center (NY) a:

- Mi familia por apoyarme en la decisión de irme y a Bibiana por animarme a pedir la Beca.
- Los miembros de la junta directiva de ANPIR, por considerarme merecedora de una de las Becas para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros 2008-2009.
- A la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Vall d'Hebron y al Ministerio de Sanidad por facilitar la realización de esta rotación externa.
- A todo el equipo del Roberto Clemente Center por su disposición a la formación de los residentes que rotamos. En especial, a Magdalena Marino por la supervisión y coordinación de mis actividades en el centro, a M. Hernández y a J. Inclán. por las sesiones de psicoterapia, a M. Ekwall y a L. Rivera por facilitar mi participación e integración en el centro.