

XVIII Becas ANPIR 2023 para la promoción de estancias en centros de
excelencia extranjeros

**‘Psicoterapia y rehabilitación en Perú: acercamiento a la
psicotraumatología a través del programa *Allin Kawsay*’**

Junio – Julio 2023



Júlia Albero García

R3 Psicología Clínica

Hospital Universitari Doctor Peset, València



ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Descripción del centro de destino	6
❖ Historia	
❖ Ubicación y espacio físico	
❖ Organización y estructura	
❖ Población atendida	
3. Programa <i>Allin Kawsay</i>	11
❖ Introducción	
❖ Criterios de inclusión	
❖ Criterios de exclusión	
❖ Flujo de admisión, personal implicado y funciones	
❖ Características y estructura	
❖ Terapia de Exposición Escrita (WET, Written Exposure Therapy)	
❖ Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	
4. Actividades realizadas	22
❖ Cronograma semanal	
❖ Actividades asistenciales	
❖ Actividades formativas	
5. Aplicabilidad en nuestro contexto	28
6. Valoración personal	29
7. Agradecimientos	32
8. Referencias bibliográficas	33
9. Bibliografía esencial	36
❖ En castellano	
❖ En inglés	
10. Datos de contacto centro de destino	37

1. Introducción

La presente memoria tiene como propósito compartir mi aprendizaje y experiencia de rotación durante los meses de junio y julio de 2023 en el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) de Lima, Perú. El objetivo principal de la rotación ha sido acceder a un aprendizaje específico, tanto teórico como práctico, de la intervención multidisciplinar en trauma y violencia de género mediante el programa **Allin Kawsay**, llevado a cabo por el departamento de Rehabilitación y Psicoterapia de este hospital.

*

La **violencia de género** está definida como un fenómeno social de múltiples y diversas dimensiones, forjado por un sistema patriarcal que da lugar a la subordinación estructural de las mujeres y que tiene consecuencias negativas en el desarrollo humano, social y político, en la expresión de las potencialidades y habilidades de los seres humanos; conlleva limitaciones funcionales, trastornos mentales, mayor número de visitas a las instituciones de salud y perpetúa las relaciones de poder que minimizan el papel y el estatus de la mujer en la sociedad en ámbitos como la familia, la escuela y el trabajo entre otros (Fernández et al., 2005; Castañeda y Torres 2015). Constituye una violación a los derechos humanos que rompe el derecho a la vida, la dignidad, la integridad física y moral, la igualdad, la seguridad, la libertad, la autonomía y el respeto a las mujeres. Además, está determinada por condiciones socioculturales, históricas y políticas concretas y es de carácter estructural, social, político y relacional (Jaramillo-Bolívar y Canaval-Erazo, 2020). Incluye distintas formas de violencia, entre ellas la violencia física, psicológica y sexual, en las que se centra la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, promulgada por el Gobierno de España.

En 2013 la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia de género como un problema prioritario en salud pública, que requería de intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios. En esta línea, los datos estadísticos recientes revelan que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021), lo que refleja la magnitud de esta problemática social a nivel mundial. En España, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en el año 2019

por la Delegación del Gobierno contra la violencia de género, arrojaba datos tan alarmantes como que el 14,2% de mujeres de 16 o más años, había sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja en algún momento de su vida, subiendo la cifra a un 32,4% cuando se contemplaba también la violencia psicológica y económica. Más aún, los datos estadísticos proporcionados actualmente por la web del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España (2023), indican que **el número de víctimas mortales por violencia de género asciende a 1.235 desde 2003**, evidenciando las gravísimas consecuencias de esta problemática social.

Además, **la violencia de género tiene un grave impacto sobre la salud de las víctimas supervivientes**, que a nivel físico informan de mayor prevalencia de enfermedades tipo circulatorio, cardíaco, dolor crónico y artritis entre otros (Fernández-Fillol, 2022), así como de consecuencias psicológicas; entre las que se encuentran la pérdida de autoestima, ansiedad, desesperación, problemas de sueño y pensamientos de suicidio (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019), que pueden llegar a conformar cuadros clínicos de trastorno mental tales como la depresión, ansiedad, consumo de sustancias (Vaca-Ferrer et al., 2021) y **el que para muchos autores es considerado el más común entre mujeres supervivientes de violencia de género, el Trastorno de Estrés Postraumático o TEPT** (Nathanson, 2012; Pill et al, 2017).

Todo esto pone de manifiesto la importancia de una intervención especializada para abordar las secuelas psicológicas y los problemas de salud mental derivados de la violencia de género. En consecuencia, resulta imperativo para las y los especialistas en psicología clínica disponer de una formación sólida y de calidad en esta materia que permita dar respuesta a esta problemática e intervenir de manera adecuada, tanto a nivel específico en pacientes con cuadros clínicos estrechamente derivados de una situación de violencia, como a nivel general, adoptando una perspectiva de género en la intervención psicoterapéutica de cualquier paciente.

Asimismo, el trauma es considerado por muchos autores como un factor de riesgo transdiagnóstico para el desarrollo de problemas de salud mental (Hogg et al., 2023), con lo que la formación en este ámbito durante la rotación supone un conocimiento muy útil, extrapolable a otros casos de personas víctimas de experiencias traumatogénicas.

El HVLH ofrece una muy buena oportunidad de aprendizaje tanto de la intervención psicoterapéutica en mujeres víctimas de violencia, centrada en los cuadros de estrés postraumático, como del tratamiento del trauma psicológico en general.

2. Descripción del centro de destino

❖ Historia

El HVLH tiene su origen en el antiguo Hospital Civil de La Misericordia, también conocido como Hospicio de Insanos o Manicomio del Cercado. Dicha entidad fue fundada en 1859 en un contexto de efervescencia médico-científica en favor del alienismo, corriente protopsiquiátrica que comenzó a manejar las nociones de curación, reinserción social y terapia en el “alineado mental”. Esto fue un paso importante para la superación del paradigma de la asistencia en loquerías, caracterizado por la presencia de locales inadecuados, abuso, castigo e inhumanidad. Sin embargo, a pesar del éxito que representó en su momento, la ineficiente infraestructura y la falta de capacidad para recibir pacientes hicieron que en 1897 se impulsara la construcción de un nuevo centro (Stucchi, 2012).

Tras un largo proceso de construcción dilatado por el fallecimiento del director principal del proyecto, así como por el desinterés estatal y la falta de apoyo gubernamental, se funda en 1918 el Asilo Colonia de la Magdalena, un complejo de pabellones, jardines e instalaciones de diversa índole que alojó a más 560 pacientes de ambos sexos.



Figura 1. Vista panorámica del Asilo Colonia de la Magdalena en 1920.

El Asilo Colonia nació como un paso intermedio entre el manicomio cerrado o de reclusión y la colonia agrícola o de puertas abiertas, tendencia de la época desarrollada en diversos países europeos y Argentina bajo la denominación *open door*. Se introdujo la laborterapia, método terapéutico que consistía en potenciar las habilidades cognitivas, sociales y funcionales de los pacientes a través de la actividad productiva: labranza, arte, lectura, etc. Asimismo, se abolieron las viejas técnicas de coerción y se impulsó la profesionalización de la

asistencia, lo que conllevó el retiro de congregaciones religiosas, como las Hermanas de la Caridad, del servicio (Stucchi, 2012; 2018).

En 1930 pasó a llevar el nombre de Víctor Larco Herrera en honor al filántropo y benefactor peruano del mismo nombre, quién dotó de importante apoyo económico al establecimiento durante los años 1919-1922.

Con el paso de los años y el proceso de modernización y desinstitucionalización, el Asilo Magdalena pasó de ser el primer centro psiquiátrico de Latinoamérica, basado en un sistema manicomial, al hospital especializado, rehabilitador y comunitario que es ahora.

En la actualidad el HVLH es una institución pública cuya misión es brindar servicios especializados de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

❖ Ubicación y espacio físico

El HVLH se ubica en Av. del Ejército 600, en el barrio limeño de Magdalena del Mar. Consiste en un recinto de más de 20 hectáreas de terreno en las que se ubican 20 pabellones, de los cuales 12 se encuentran en funcionamiento. La infraestructura se caracteriza en su mayor parte por ser de un estilo colonial, con techos altos de aproximadamente cinco metros y paredes de 40 cm de espesor. Los edificios son sismorresistentes, de una altura máxima de dos plantas y se distribuyen a lo largo de todo el terreno, dejando espacio a zonas ajardinadas que se utilizan para descanso y diferentes actividades recreativas y terapéuticas.

Los pabellones se distribuyen de la siguiente manera:

- Pacientes agudos: pabellones nº1 (hombres) y nº20 (mujeres).
- Pacientes farmacodependientes: pabellón nº18 (hombres).
- Pacientes crónicos en rehabilitación: pabellón 2 (psicogeriatría, mixto), pabellón 8 (discapacidad intelectual, mixto), pabellones nº 5 y 13 (mujeres) y pabellones nº 4, 9, 12 (hombres).
- Pacientes de Cuidados Especiales (UCE): pabellón UCE.
- Pacientes de Psiquiatría Forense (INPE): pabellón forense – INPE.

Además, también dispone de edificios dedicados a fines administrativos y docentes, módulo de Consultas Externas (CC.EE.) de Adultos, departamento de CC.EE. Infanto-Juvenil, Servicio de Emergencias y otros (departamento de Nutrición y Dietética, Lavandería, Capilla etc.). Para mayor detalle consultar Figura 2.

Asimismo, el hospital cuenta con la denominación de Monumento Histórico del Perú (Resolución Jefatural N° 284-88-INC-J, 18 de mayo de 1988), lo que lo hace un bien inmueble imprescriptible, inalienable e intangible. Además de lo arquitectónico, también custodia un valioso patrimonio bibliográfico, documental, escultórico, pictórico y científico, el cual data desde el siglo XIX y se encuentra conservado en el Museo de Historia de la Psiquiatría y la Biblioteca Enrique Encinas.



Figura 2. Plano de Ubicación General del HVLH.

❖ Organización y estructura

Entre los múltiples servicios que ofrece, cuenta con Servicio de Consulta Externa de Adultos, Departamento de Niños y Adolescentes, Servicio de Emergencias, Unidad de Farmacodependencia, Departamento de Hospitalización de agudos y crónicos, Servicio de Psiquiatría Forense y Unidad de Rehabilitación y Psicoterapia. En esta última, se lleva a cabo la actividad asistencial especializada en rehabilitación psicológica y psiquiátrica integral a los pacientes afectados en su desempeño biopsicosocial. Depende de la Dirección General y cuenta a su vez con dos servicios, el Servicio de Rehabilitación Integral y Terapia Ocupacional y el Servicio de Psicoterapia.

El programa *Allin Kawsay* depende administrativamente del Servicio de Psicoterapia, aunque, como veremos más adelante, participan especialistas de múltiples departamentos.

Además, (en el entramado administrativo que es el HVLH) también existen departamentos configurados por especialidades (Psicología, Enfermería, Farmacia etc.), que dependen de la dirección general y que, o bien se subdividen en unidades independientes con su propia actividad o desarrollan su labor en los servicios arriba mencionados.

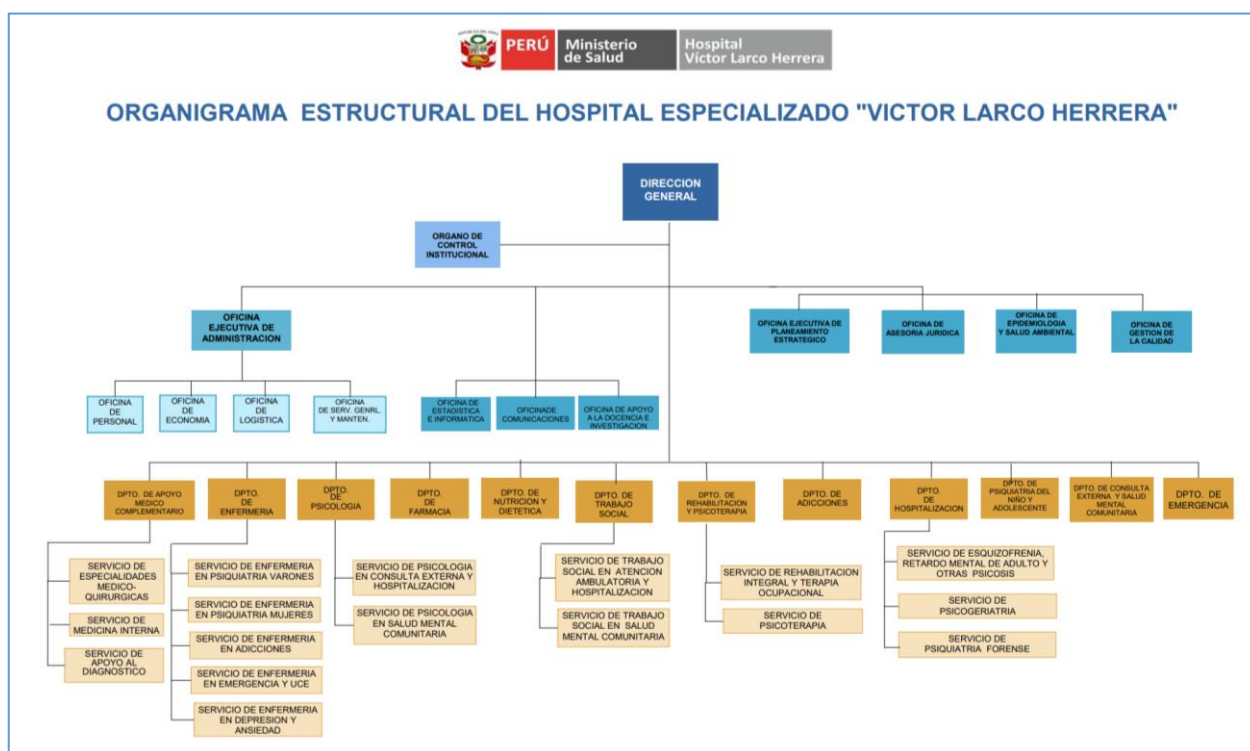


Figura 3. Organigrama estructural del HVLH.

❖ Población atendida

En 1966 y según la resolución del Decreto Supremo N° 146/66-DGS del 17 de junio, el centro pasó de ser gestionado por la Sociedad de la Beneficencia Pública de Lima a depender del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) del Ministerio de Salud (MinSa), que se configura como la mayor red de asistencia sanitaria pública del país. El MinSa ofrece un Seguro Integral de Salud (SIS) dirigido a todos los peruanos y extranjeros residentes en el Perú que no cuenten con otro seguro de salud vigente (proporcionado por su empleador o privado). Es por esto que, a nivel socioeconómico, la mayor parte de la población a la que atiende el HVLH es de bajos recursos. También admiten pacientes ‘pagantes’, que simplemente abonan la tarifa por cada atención recibida.

Por otro lado, como hospital especializado, el HVLH ofrece un nivel de atención terciaria, con dispositivos que proporcionan asistencia tanto ambulatoria (en CC.EE.) como de hospitalización (en los diferentes dispositivos mencionados). En la ciudad de Lima las intervenciones en Salud Mental se siguen llevando a cabo principalmente por los tres hospitales psiquiátricos clásicos de la ciudad. Sin embargo, existe desde hace unos años, y especialmente desde la pandemia por la COVID-19, un mayor hincapié en la intervención comunitaria, promovida desde las instituciones de gestión sanitaria, que se ha traducido en un incremento de la inversión en los centros comunitarios así como en la elaboración de protocolos de atención que inciden en los niveles primarios y secundarios de intervención.

Por último, a nivel de características psicopatológicas, el centro atiende todo tipo de perfiles y edades, aunque no se dispone de unidades específicas en todos los casos (ej. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidad de Trastornos de Personalidad etc.).

3. Programa *Allin Kawsay*

❖ Introducción

El Programa Psicoterapéutico Multidisciplinar *Allin Kawsay*, que en lengua quechua significa ‘vivir bien’, es un programa multidisciplinar de alta especialización en psicotraumatología y está dirigido a mujeres que han estado expuestas a violencia de género en edad infanto-juvenil, adulta o en la actualidad. El programa ha demostrado tener un impacto positivo sobre las participantes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo síntomas de estrés traumático y de depresión comórbida (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2019). En 2019 el programa fue premiado en el Concurso Nacional del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del gobierno peruano por ser un ejemplo de buenas prácticas en el ámbito sanitario.

❖ Criterios de inclusión

- Edad: 18 a 60 años.
- Género: mujeres.
- Comorbilidades médicas no psiquiátricas controladas.
- Puntaje en la Lista de Chequeo de Trastorno de Estrés Postraumático de seis preguntas o (PCL-6; Han et al., 2016), mayor a 14 puntos.

❖ Criterios de exclusión

- Psicosis activa.
- Persona con diagnóstico de discapacidad intelectual (categorías F70 a F79 de la CIE-10 /OMS).
- Persona con diagnóstico de trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (F60.3, CIE-10 /OMS) que no haya recibido tratamiento psicoterapéutico previo específico para esta condición con resultados favorables.

-Persona con diagnóstico actual de algún trastorno mental y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (categorías F10 a F19 de la CIE-10 /OMS) que no haya recibido tratamiento psicoterapéutico previo específico para esta condición con resultados favorables, y que no presente recaídas al momento de ingresar al programa.

-Persona con diagnóstico de trastorno de la ingestión de alimentos (comprendidos en las categorías F50 de la CIE-10 /OMS) que no haya recibido tratamiento psicoterapéutico previo específico para esta condición con resultados favorables

❖ Flujo de admisión, personal implicado y funciones

La potencial usuaria es derivada por su psiquiatra tratante del servicio de CC.EE., quien realiza un primer registro de los datos, una valoración del riesgo actual de la paciente (explorando factores que puedan afectar a su integridad física y psicológica), aplica los criterios de inclusión y exclusión, y administra la escala PCL-6 (Han et al., 2016). De obtener una puntuación clínicamente significativa (mayor o igual a 14 puntos), el clínico valora si están satisfechas sus necesidades básicas y si presenta estresores psicosociales agudos. Si están satisfechas ingresa directamente al programa. De no estarlo, trabajo social inicia una intervención centrada en la situación de riesgo y facilita el acceso a recursos institucionales y medidas de seguridad. Cuando la paciente ya no se encuentra en situación de amenaza y dispone de un ambiente adecuado y una red mínima de apoyo, ingresa en el grupo.

Una vez iniciado el programa, las pacientes son atendidas en formato grupal por los diferentes especialistas implicados en la intervención. Los miembros que componen el equipo son:

-Tres psiquiatras. Dos de ellos, entre los que se encuentra el actual director del programa, el Dr. Donald J. B. Cabrera Astudillo (médico psiquiatra especializado en psicotraumatología) actúan como terapeuta principal y coterapeuta. Sus funciones principales son: supervisar el programa de manera íntegra, realizar intervención en crisis en caso de desbordamiento emocional de alguna de las pacientes, llevar a cabo el entrenamiento en técnicas de enraizamiento, focalización sensorial e imaginación guiada y administrar la Terapia de Exposición Escrita (WET, Written Exposure Therapy). El tercero de ellos actúa como responsable de gestión y recursos.

-Dos psicólogos. Son las responsables de la administración de cuestionarios iniciales: escala breve de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL-Bref; Organización Mundial de la Salud, 1998), la segunda versión del inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996) y la lista de chequeo para síntomas del trastorno de estrés postraumático para población civil de administración semanal (PCL-S; Weathers et al., 1993). También son las encargadas de trabajar el procesamiento cognitivo.

-Dos enfermeras. Realizan la parte más general de la psicoeducación y trabajan la adherencia al tratamiento. Es especialmente una de ellas quien realiza la intervención y cuenta con otra enfermera que actúa como figura de apoyo en caso de necesitarlo.

-Tres trabajadoras sociales. Su principal función es la de llevar a cabo visitas domiciliarias (canceladas temporalmente por la pandemia por COVID 19 y todavía no retomadas durante mi estancia), orientación social y de recursos administrativos e institucionales, psicoeducación sobre conceptos de violencia de género y refuerzo de lo aprendido. Se alternan semanalmente entre las tres para llevar a cabo la intervención.

-Dos tecnólogos médicos en terapia física y rehabilitación. Desarrollan el entrenamiento en técnicas de respiración, Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

Para mayor comprensión, se facilita diagrama de flujo, personal implicado y funciones principales desempeñadas (figura 4).

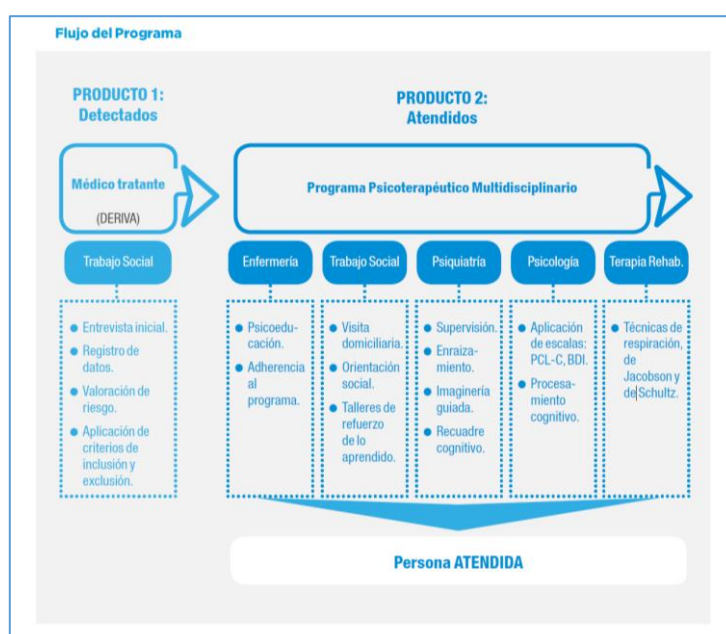


Figura 4. Flujo del programa, personal y funciones.

❖ Características y estructura

Estructura longitudinal

El programa se realiza en formato grupal a lo largo de 16 sesiones semanales, articuladas siguiendo una estructura progresiva y coherente basada en el modelo trifásico de intervención en trauma (Steele, et al., 2017). En este modelo, se establecen tres módulos de tratamiento: estabilización, procesamiento e integración.

En el módulo de **estabilización** (cuatro sesiones), se pretende llevar a cabo un protocolo de actuación en crisis y un estudio social individualizado que identifique la violencia en curso y lleve a cabo las intervenciones interinstitucionales necesarias. También lleva a cabo psicoeducación sobre el trauma y la disociación, entrenamiento en habilidades de regulación de las emociones y aprendizaje sobre estilos de vida saludables entre otros. Además, se realiza la capacitación de las usuarias en técnicas de enraizamiento.

En el módulo de **procesamiento** (ocho sesiones), se pretende preparar a las usuarias para abordar los eventos traumáticos, trabajando las cadenas de evitación y resistencias. Se lleva a cabo principalmente mediante una adaptación grupal de la WET, que explicaré más adelante, y técnicas basadas en la Terapia de Procesamiento Cognitivo. Se realiza integración adicional, se profundiza en la psicoeducación para mejorar la regulación emocional y se refuerzan las técnicas de enraizamiento.

Por último, en el módulo de **integración** (cuatro sesiones), se busca la aceptación incondicional de lo sucedido, así como desarrollar significado y propósito en la vida. Se realiza psicoeducación sobre resiliencia, autovalía, valores y narración creativa. Por último, se establece un plan de prevención de recaídas.

Estructura transversal

Las pacientes acuden semanalmente al grupo en horario de jueves de 8:00 a 13:00 aproximadamente. Cada grupo está formado por unas 8-12 mujeres y la participación en el programa no excluye la terapia individual. Respecto a la organización de actividades dentro de cada sesión, se puede decir que durante una sesión promedio, la paciente recibe psicoeducación, entrenamiento en técnicas de enraizamiento y/o imaginación guiada,

psicoterapia guiada (más focalizada en la regulación emocional, en el procesamiento mediante WET o en la integración, según la fase del programa) y talleres de relajación.

Se facilita horario en la siguiente figura (5) para mayor comprensión.

Horario	Actividad	Responsable
8:00 h - 8:30 h	Psicoeducación.	Enfermera
8:30 h - 9:00 h	Orientación, talleres psicoeducativos e intervenciones sociales.	Trabajadora social
9:00 h - 10:15 h	Psicoterapia de acuerdo a sesiones programadas (enraizamiento, imaginación guiada, recuadre cognitivo e integración)	Médico psiquiatra
10:15 h - 12:15 h	Psicoterapia de procesamiento cognitivo de acuerdo a sesiones programadas.	Psicóloga
12:15 h - 13:00 h	Psicorrelajación (técnicas de respiración, de Jacobson y de Schultz).	Tecnóloga médica

Figura 5. Horario y estructura de las sesiones.

Por último, dada la importancia que tienen la WET y los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) como herramientas centrales del programa, así como por representar parte nuclear de mi aprendizaje durante el rotatorio, considero oportuno explicarlas más en profundidad en los siguientes apartados.

❖ Terapia de Exposición Escrita (WET, Written Exposure Therapy)

La WET (Sloan and Brian, 2019) es un tratamiento breve y manualizado de cinco sesiones que ha demostrado tratar eficazmente el trauma. Constituye el resultado de más de 15 años de investigación científica de sus autores sobre el tratamiento del estrés postraumático y la dosis mínima necesaria para producir cambios clínicamente significativos en los pacientes. A día de hoy se posiciona como una de las alternativas terapéuticas con mayor coste-beneficio para la intervención en este campo y ha demostrado ser igual de eficaz que otros tratamientos *gold standard* para el estrés postraumático, como es el caso de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (Sloan et al., 2018; 2022).

La primera sesión requiere aproximadamente 60 minutos y se centra en brindar información general sobre los síntomas de estrés postraumático, los mecanismos de mantenimiento de dichos síntomas y por qué escribir sobre la experiencia traumática será beneficioso para tratar la sintomatología. Tras la psicoeducación inicial, se dan instrucciones sobre la forma de escritura (detalles sobre el evento, pensamientos y emociones sentidas durante el mismo etc.) y por último se realiza la narrativa escrita durante 30 minutos. Durante las siguientes cuatro sesiones, de 40 minutos aproximadamente, el paciente reescribe el relato del evento traumático, con una lectura en voz alta efectuada por parte del clínico al inicio de cada sesión. Esta lectura inicial actúa como elemento central de la exposición. Al final de cada sesión, se pregunta por la experiencia de escritura y se realiza un breve cierre, avisando a los pacientes de que es normal tener pensamientos, imágenes y sentimientos relacionados con el trauma en los días siguientes a la exposición y que es importante permitirse experimentarlos, en lugar de tratar de alejarlos. Por último, en la quinta sesión se explora cómo el paciente planea seguir adelante y se le anima a completar la narrativa con su vida actual y su futuro.

En el HVLH se realizó una adaptación para su uso grupal en el programa *Allin Kawsay*. Durante las sesiones tres y cuatro del programa, pertenecientes a la fase de estabilización, las pacientes realizan su línea de vida, ubicando los recuerdos más destacados, tanto agradables como desagradables y puntuándolos del 0-100 en unidades subjetivas de ansiedad (SUDS). Una vez hecho esto, escogen un recuerdo desagradable para trabajarlo en el proceso de narrativa escrita. Según el protocolo original de la WET (Sloan and Brian, 2019), si el cliente tiene un evento claro y discreto que está conectado con los síntomas, debe escribir de manera específica sobre él durante todas las sesiones de escritura. En caso de contar con varios eventos específicos que resulten perturbadores, deberá seleccionar, de entre todos los de su línea de vida, aquel que genere mayor malestar y/o esté más relacionado con sus síntomas de evitación. Si el cliente sigue informando de que existen varios eventos prominentes, se utiliza en primer lugar el criterio de viveza del recuerdo y por último la preferencia del usuario. Sin embargo, en el programa no se les pide que escojan su recuerdo más perturbador, sino que el criterio es la preferencia de la paciente.

Una segunda modificación consiste en omitir la parte de psicoeducación inicial de la primera sesión de WET, puesto que en el programa esto se realiza durante las cuatro primeras

sesiones de tratamiento. En la quinta sesión, se inicia directamente la primera narrativa del evento traumático.

Otra diferencia importante, fruto del formato grupal y el carácter multidisciplinar del programa, consiste en disponer de distintas intervenciones durante la mañana, tanto antes como después de la narrativa del trauma. Como se observa en la figura 5, en el horario del día la narrativa está ubicada (en la segunda fase) después de las intervenciones de enfermería y trabajo social, y antes de las llevadas a cabo por psicología y tecnología médica. Esto permite preparar a las pacientes para efectuar la narrativa y sobre todo, ayudar a reducir el malestar residual tras la exposición, bajando considerablemente las SUDS asociadas al recuerdo, en comparación con la versión individual.

Respecto a la exposición antes de cada sesión de escritura, se realiza mediante grabaciones realizadas por el clínico, que son escuchadas por las pacientes estando en grupo, pero de manera individual, mediante el uso de auriculares y reproductores mp3. Cada semana se graban en audio los relatos de cada paciente y se preparan para la siguiente sesión de exposición antes de la narrativa. De esta forma, se previene el *debriefing* y sus posibles consecuencias negativas.

Por último, es importante destacar que de forma paralela y sincrónica a la administración de la WET, se trabajan los aspectos cognitivos de la experiencia traumática en el espacio desarrollado por psicología. Se explora el significado del evento traumático en la vida de cada paciente identificando los puntos de estancamiento, que son los relacionados con interpretaciones disfuncionales del evento traumático, del tipo “ocurrió por mi culpa” o “ya no puedo confiar en nadie”. Se analiza cómo el evento ha afectado a las creencias de seguridad, confianza, poder, control, estima e intimidad y se facilita la reinterpretación mediante el uso del diálogo socrático y la psicoeducación. Igual que la WET, el procesamiento cognitivo se inicia en la quinta sesión del programa.

❖ Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Los PAP están definidos como una técnica de apoyo humanitario para personas que se encuentran en situaciones de crisis y que tiene como objetivo recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas (Montenegro y Figueroa, 2016). Se

utiliza habitualmente en situaciones de emergencia, como un accidente de tránsito, un desastre natural, una crisis humanitaria etc. Los PAP buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de las personas, atendiéndolas en la medida de lo posible y proporcionándoles cinco elementos básicos: calma, seguridad, autoeficacia, conexión y esperanza (Hobfoll et al. 2007). Se focalizan en escuchar al afectado sin insistirle en hablar sobre el tema, en reconfortarlo y ayudar a calmarlo con técnicas de relajación y en llevar a cabo una breve psicoeducación que dote de significado su experiencia emocional. Parte importante de esta técnica es estar disponible para aquellos que necesiten apoyo y ayuda, de ninguna manera forzando u obligando a aquellos que no la necesitan o que se hayan negado a recibirla (Organización Mundial de la Salud et al., 2012).

Actualmente la evidencia científica señala el impacto positivo de los PAP, tanto a la hora de reducir síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y distrés, como de mejorar el estado de ánimo e incrementar las sensaciones de seguridad, conectividad y control (Hermosilla et al., 2023). La Organización Mundial de la Salud (2022) también recomienda esta intervención en situaciones de emergencia y prioriza que sea llevada a cabo por profesionales sanitarios.

Dentro de los PAP, el protocolo organizado **ABCDE** (Montenegro y Figueroa, 2016) estructura la intervención en los siguientes cinco pasos:

- **Escucha Activa** (10-20min.): escuchar al paciente con conciencia plena del mensaje que nos traslada, haciéndole llegar al interlocutor que entendemos lo que nos está comunicando. Es frecuente el uso de técnicas como el parafraseo o el reflejo empático.
- **Reentrenamiento de la (B)entilación** (10min.): tras la primera escucha activa y comprensiva de la problemática del paciente, se trata de disminuir la intensidad emocional en los casos en los que sea necesario. Principalmente se utilizan técnicas de respiración. En este caso se adopta el reentrenamiento en ventilación siguiendo un patrón respiratorio 4-4-4. Inicialmente se explica brevemente la lógica de la técnica a la persona, realizando hincapié en que la forma de respirar puede modificar nuestras emociones ayudando a inducir un estado de relajación. Seguidamente se ensaya con la persona la inspiración en cuatro tiempos, exhalación en cuatro tiempos y pausa durante cuatro tiempos más sin coger aire, realizando primeramente modelado y después acompañamiento durante la técnica. Se dan instrucciones de seguir

utilizándole en casa tres veces al día o cada vez que uno se sienta desbordado emocionalmente.

- **Categorización de necesidades:** se identifican las necesidades de la persona y se jerarquizan, orientándola a utilizar sus propios recursos en primer lugar y en segundo lugar a hacer uso de sus redes de apoyo personales y comunitarias.
- **Derivación a redes de apoyo:** en caso de necesitar derivación a las redes de apoyo específicas o a servicios y/o instituciones profesionales, se realiza dicha derivación.
- **Psico – Educación:** se normalizan las reacciones emocionales extremas en situaciones de crisis y se da información sobre los síntomas esperables. Se señalan también los síntomas que harían necesario acudir a urgencias de salud mental (ideación suicida, agresividad hacia sí mismo y terceros, trastorno psicológico previo en riesgo de descompensación severa producto del trauma). También se trabajan estrategias básicas de afrontamiento del estrés (ej. descansar adecuadamente, utilizar las técnicas de respiración, compartir la experiencia con familia y amigos, realizar ejercicio físico, evitar el consumo de drogas etc.).

Como originalmente se trata de una intervención de naturaleza social y no psicológica, lo central del protocolo está en asegurar la satisfacción de las necesidades básicas (agua, alimento, techo, abrigo etc.), así como en proveer seguridad, información y apoyo de personas cercanas. Todas estas intervenciones tendrían como efecto secundario mitigar el estrés y la angustia, ayudando al afectado a restablecer el equilibrio biopsicosocial y minimizando el potencial de desarrollar un trauma psicológico (Hobfoll, 1989).

Sin embargo, en el caso de las participantes del programa, los episodios de desbordamiento emocional que pueden experimentar son habitualmente reactivos a conectar con la experiencia traumática y no resultado de una situación de catástrofe o amenaza reciente. Es por esto que **se realizan varias modificaciones a la hora de intervenir ante una crisis emocional**, cambiando la estructura de los cinco pasos.

En primer lugar, al observar un estado de desregulación emocional intenso en alguna de las participantes o alguna señal que pueda indicar estados disociativos, se produce un acercamiento de alguno de los terapeutas o coterapeutas del grupo (habitualmente los psiquiatras del programa o los residentes en formación, que permanecen presentes ejerciendo un rol de observador durante todas las intervenciones). De manera calmada y

discreta se pregunta a la participante si necesita ayuda y se le ofrece retirarse a un lugar más apartado y tranquilo, al fondo de la sala, para llevar a cabo una intervención que facilite la estabilización.

En caso de que la paciente acceda, se inicia el **paso A, de escucha activa**, donde se atiende a la experiencia interna de la paciente y los desencadenantes de la crisis. Se valida y se ofrece apoyo y acompañamiento. Seguidamente se inician las técnicas de desescalada, **paso B**, que consisten principalmente en **técnicas de respiración** (arriba explicadas), pero que pueden ser insuficientes en caso de tratarse de una reacción disociativa o un desbordamiento muy intenso. En estos casos, se llevan a cabo **técnicas de grounding** o **técnicas de focalización sensorial**, ambas con el objetivo de volver a traer a la paciente al aquí y ahora, y reducir la intensidad emocional.

En el programa, las técnicas de *grounding* o enraizado hacen referencia a procedimientos que buscan redirigir la atención hacia la realidad, prestando atención a estímulos del entorno que poseen una valencia neutra o positiva. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Describir con detalle el entorno en el que se encuentra, quienes somos nosotros, quién es ella, cómo ha llegado hoy hasta el hospital, quién la ha acompañado etc. (se le va preguntando por diferentes temas del presente o el pasado inmediato).
- Mencionar cinco objetos del entorno y describirlos con detalle (se le va preguntando por colores, materiales, forma, texturas...).
- Enumerar cinco sonidos que esté escuchando y no le causen angustia.

En las técnicas de focalización sensorial, se busca redirigir la atención hacia las sensaciones corporales mediante la estimulación intensa de los sentidos. Por ejemplo, con olores fuertes, apretando hielos o las púas de un cepillo, escuchando una música determinada, etc. Durante las primeras sesiones se trata de identificar las mejores técnicas de desescalada e intervención en crisis para cada paciente, de manera que sea posible evitar el uso de procedimientos que puedan empeorar la crisis, como por ejemplo coger de la mano a una paciente durante la respiración en casos en los que coger de la mano conecta directamente con situaciones traumáticas relacionadas con los abusos vividos.

En el **paso C**, se explora si existe alguna necesidad adicional de la paciente y cuál es su estado emocional actual.

Durante el **paso D**, se comprueba si es necesaria la derivación adicional a algún otro recurso del hospital, por ejemplo es posible derivar al módulo de Emergencias en casos en los que no haya remitido la sintomatología, o si está preparada para volver al grupo.

Finalmente y antes de retomar las actividades grupales, en el **paso E**, psicoeducación, se realiza una breve devolución sobre lo sucedido, encuadrándolo en el marco de las reacciones postraumáticas y ayudando a dotar de significado la experiencia de la paciente.

4. Actividades realizadas

La mayor parte del rotatorio se desarrolló principalmente de la mano del psiquiatra especialista en psicotrauma y director general del programa *Allin Kawsay*, el Dr. Donald J.B. Cabrera Astudillo, con quién compartí espacios terapéuticos en CC.EE. de Adultos, en el Servicio de Emergencias durante las guardias diurnas, en el programa multidisciplinar psicoterapéutico *Allin Kawsay*, en las sesiones de docencia y en las visitas al pabellón de crónicos nº4. Al inicio de la estancia y de manera conjunta, diseñamos un horario que me permitiera el máximo aprovechamiento del rotatorio, profundizando en el aprendizaje del trauma psicológico, pero al mismo tiempo tratando de conocer el máximo número de dispositivos posible y así facilitar una buena visión general del funcionamiento de la institución.

Como ya he señalado, la rotación tuvo lugar en los meses de junio y julio de 2023. El horario laboral era de 8 a 14h y dentro de este pude integrar actividades tanto practico-asistenciales como puramente formativas a nivel teórico, todas ellas en formato presencial.

❖ Cronograma

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 – 13	Servicio de Rehabilitación y Psicoterapia	CCEE	Servicio de Emergencias y Hospitalización – Intervención en crisis	<i>Allin Kawsay</i>	Pabellón de crónicos y Docencia
13 – 14					Supervisión de casos (residentes)
14 – 20					



Actividades asistenciales



Actividades teóricas/formativas



Mixtas

❖ Actividades asistenciales

Durante la estancia en el HVLH tuve completa libertad para establecer el grado de participación y ritmo de trabajo en las actividades asistenciales. Seguí un rol de observadora durante los primeros días, adquiriendo progresivamente un papel más proactivo de observadora participante y finalmente, actuando como coterapeuta en la mayoría de actividades y como terapeuta principal en algunas de ellas.

Servicio de Rehabilitación y Psicoterapia

Dentro del Servicio de Rehabilitación y Psicoterapia, tuve la suerte de poder participar en los distintos talleres de rehabilitación con los que cuenta la institución. Asimismo, pude colaborar con el programa *Allin Kawsay*, que como he comentado previamente, también pertenece a este departamento.

Durante la mañana del **lunes** asistía a los talleres de corte ocupacional que se llevaban a cabo en la unidad. Acudían varios grupos de usuarios en dos turnos, de 8:30 a 10:30 y de 11 a 13 aproximadamente. Desarrollaban las actividades en bloques de dos horas finalizando la ocupación manual con un breve programa de ejercicio físico. Los talleres ocupacionales consistían principalmente en: macramé, arte y pintura, dibujo y origami. Los grupos de usuarios no superaban los cuatro/cinco participantes y acudían tanto pacientes crónicos que residían en el hospital, como pacientes externos que participaban en formato ambulatorio.

Habitualmente mi papel aquí era el de apoyo al terapeuta ocupacional, sirviendo de acompañamiento, guía y modelado a los pacientes durante las actividades.

En esta parte del rotatorio tuve la oportunidad de tener contacto directo con todos los usuarios en un encuadre más distendido e informal; pude conversar con ellos y conocer su vida y sus experiencias, aprendiendo de una manera más cercana y vinculando con la parte más humana de la gente. Esto me permitió extraer una de las conclusiones más valiosas de mi rotatorio y es que, a pesar de no ser pacientes con sintomatología propia de TEPT, todos ellos contaban en su haber con uno o varios acontecimientos traumáticos, así como con circunstancias vitales adversas que habían influenciado el desarrollo de su vida y de su salud mental. De esta manera, confirmé una vez más la idea de que hay que ver al paciente como

un todo, con sus circunstancias, su historia de vida y su contexto, y no únicamente como a un portador de síntomas. También confirmé la importancia del trauma como elemento común a muchos diagnósticos y la necesidad de los clínicos de trabajar desde un enfoque longitudinal, teniendo en cuenta la psicología del desarrollo y los enfoques centrados en el trauma.

CC.EE.

En el servicio de CC.EE. participé en evaluaciones, primeras visitas y seguimientos. Acudía todos los **martes** a la consulta del Dr. Donald J. B. Cabrera Astudillo junto con otros dos residentes de psiquiatría del hospital.

La duración de las visitas era bastante variable. Algunas de ellas de poco más de 10 minutos para revisar el tratamiento farmacológico y ajustar alguna dosis y otras de ellas mucho más extensas, de 45 o 50 minutos, si la intervención se trataba de elaborar un recuerdo traumático o de realizar alguna técnica más específica. Aunque el perfil psicopatológico de los pacientes era bastante diverso, lo cierto es que al tratarse del psicoterapeuta especialista en trauma del hospital, un gran porcentaje de los casos presentaban síntomas postraumáticos o diagnósticos estrechamente relacionados con los mismos, como el Trastorno de Identidad Disociativo o el Trastorno Límite de la Personalidad.

Pude observar varias sesiones de hipnosis en Trastornos de Identidad Disociativos, administración del protocolo WET a varios pacientes con TEPT, entrenamiento en *mindfulness*, relajación y técnicas de enraizamiento.

Actué como evaluadora principal en primeras visitas y como coterapeuta en muchas de las sesiones, llevando a cabo varias de estas técnicas, sobre todo la WET y las técnicas de *mindfulness*, relajación y enraizamiento. También realicé estas técnicas como terapeuta principal desde la tercera semana del rotatorio.

Servicio de Emergencias y Hospitalización

En este departamento tuve la posibilidad de realizar guardias de urgencias. Los turnos eran de 12 horas, de 8 a 20h o de 20 a 8h. Los residentes únicamente tenían asignadas guardias diurnas.

Los **miércoles** realizaba guardias en turno de mañana junto con mis compañeros residentes de psiquiatría. Al tratarse de un hospital netamente psiquiátrico, todas las emergencias que llegaban a puertas de urgencias eran de salud mental, con lo que el triaje inicial consistía en valorar la gravedad y la urgencia de la situación, y considerar si procedía una atención por el servicio. Si los pacientes acudían por sintomatología de varias semanas de evolución, no aguda, que no interfiriese de forma extrema en su funcionamiento y/o no estuviera suponiendo un riesgo para la vida de la persona o la de alguien de su entorno, se les indicaba que pidieran cita a nivel ambulatorio en el módulo de CC.EE. En ocasiones también acudían para renovar recetas y se les derivaba al Módulo de Administración y Extensión de Recetas. En caso de ser susceptibles de beneficiarse de una intervención en urgencias, accedían al recinto hospitalario y se les hacía una anamnesis focalizada en la crisis y en el motivo de atención al hospital. En caso de requerir una intervención más intensiva y necesitar hospitalización, se procedía al ingreso.

En este contexto tuve la oportunidad de realizar triajes y anamnesis, tanto de forma conjunta con mis compañeros residentes de psiquiatría, como de manera independiente. Tras estas intervenciones se presentaban los casos a los adjuntos o ‘asistentes’, como son denominados allí, y se acordaba de manera conjunta la intervención más idónea. Habitualmente se hacían ajustes de medicación y técnicas de desescalada e intervención en crisis. Aquí también pude poner en práctica las técnicas PAP aprendidas en el programa *Allin Kawsay* y consolidar el manejo de las habilidades de intervención en crisis. De esta manera, durante mi estancia no solamente aprendí sobre el tratamiento del trauma una vez ya se han desarrollado los síntomas más propios del TEPT, sino también aprendí técnicas de manejo e intervención en situaciones de emergencia, que ayudan a prevenir el desarrollo de esta posible sintomatología postraumática.

Por último, el turno de emergencias incluía el pase y visita a la sala de hospitalización a primera hora de la mañana, realizando entrevistas de seguimiento a los pacientes agudos que se encontraban ingresados. En esta actividad, el papel del residente era el de apoyo al asistente en las entrevistas y redacción de los evolutivos.

Programa *Allin Kawsay*

El programa *Allin Kawsay*, ya explicado en detalle en el tercer punto de esta memoria, era la actividad que tenía programada los **jueves**.

Al consistir en un programa tan extenso, de 16 semanas, únicamente pude asistir a una parte del tratamiento trifásico que allí se realizaba. Mi estancia coincidió con la finalización de uno de los grupos, en el que pude participar en la sesión de cierre y despedida como observadora, y el inicio del siguiente grupo, en el que pude estar durante la fase de estabilización y la primera sesión de procesamiento.

Como se ha explicado de manera extensa anteriormente, en la fase de estabilización se llevaban a cabo las técnicas de psicoeducación emocional, explicación de los síntomas y de los mecanismos de mantenimiento y se realizaba el primer entrenamiento en habilidades de regulación emocional mediante el uso de diferentes técnicas. En esta fase, participé como coterapeuta, explicando la sesión dedicada a las técnicas de *mindfulness* y realizando ejercicios prácticos con las pacientes. También realicé intervenciones en crisis, utilizando el enfoque PAP y mediante el uso de la respiración y técnicas de enraizamiento. Además, colaboré con la administración y corrección de los cuestionarios iniciales.

En la fase de procesamiento, participé en la explicación de la WET y en su administración.

Pabellón de crónicos

Los **viernes** desempeñaba mi labor asistencial en el pabellón de crónicos número cuatro. Junto con mi adjunto, realizábamos entrevistas de seguimiento a los pacientes crónicos y se ajustaban los tratamientos en caso de ser necesario.

La mayoría de pacientes eran personas mayores de 50 años con un largo recorrido en las instituciones de salud mental, que presentaban síntomas residuales o cuadros muy cronificados. Muchos contaban con un largo periodo de internamiento (más de 10 años) y en algunos casos se esperaba que la estancia fuera de por vida, al no existir alternativas terapéuticas y/o no contar con apoyo social y familiar.

Aunque el modelo de desinstitutionalización y de apertura a los centros comunitarios está tratando de extenderse cada vez más por el Perú, la falta de recursos de larga estancia de cariz

más comunitario, que cuenten con intervenciones de carácter más social y ocupacional, hace que todavía se mantengan pacientes en internamiento, incluso cuando se encuentran en situación de ALTA. Esto, unido al bajo potencial rehabilitador de las intervenciones y la sensación de techo terapéutico con la mayoría de los pacientes, hacían que esta labor, aunque enriquecedora por permitirme ver otras realidades asistenciales, fuera de las menos gratas de la rotación.

❖ Actividades formativas

Docencia

Durante las mañanas de los **viernes**, se alternaban las visitas a pacientes del pabellón de crónicos, con sesiones de docencia. Tenían lugar en una de las salas del mismo edificio y habitualmente eran individuales o en grupos reducidos (con dos o tres residentes más), con el Dr. Donald J. B. Cabrera Astudillo. Los seminarios duraban en torno a dos-tres horas y trataron principalmente de los siguientes temas:

- Trastorno Bipolar como trastorno del ciclo circadiano.
- Trauma y Disociación.
- Trauma y Teoría Disociativa Estructural de la Personalidad.
- Bases teóricas de la WET.
- Intervención en crisis mediante el uso del enfoque de PAP.

Supervisión de casos

Los viernes de 13 a 14h, tenía lugar la presentación de casos por parte de los residentes de psiquiatría, supervisando dudas de formulación, enfoque y tratamiento. Suponían un espacio de debate e intercambio de ideas que facilitaba la adopción de nuevos puntos de vista tanto en la evaluación como en el tratamiento de los pacientes. En ella participaban tanto los residentes de psiquiatría en formación, como los asistentes de las diferentes unidades del HVLH, en especial los dedicados a su labor en CC.EE.

5. Aplicabilidad a nuestro contexto

La violencia de género es una lacra mundial que no excluye a nuestro país. Como se ha comentado previamente, en España, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en el año 2019 por la Delegación del Gobierno contra la violencia de género, arrojaba datos tan alarmantes como que el 14,2% de mujeres de 16 o más años, había sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja en algún momento de su vida, subiendo la cifra a un 32,4% cuando se contemplaba también la violencia psicológica y económica. Los datos estadísticos proporcionados por la web del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España (2023), indican que el número de víctimas mortales por violencia de género asciende a 1.235 desde 2003, evidenciando las gravísimas consecuencias de esta problemática social. Además deriva en secuelas en la salud de las supervivientes, tanto a nivel físico como psicológico (Fernández-Fillol, 2022; Vaca-Ferrer et al., 2021; Nathanson, 2012; Pill et al, 2017).

Todo esto nos indica la importancia de disponer de una intervención especializada para abordar las secuelas psicológicas y los problemas de salud mental derivados de la violencia de género, así como la necesidad de adoptar un enfoque con perspectiva de género. Programas como el *Allin Kawsay* dan respuesta a esta necesidad, proponiendo una intervención multidisciplinar y altamente especializada, perfectamente replicable en nuestro contexto y que podrían implementarse desde distintos dispositivos del Sistema Nacional de Salud, como por ejemplo en Unidades de Salud Sexual y Reproductiva, Centros de Salud Mental o Centros de Atención Primaria.

Además, prácticamente la totalidad de las herramientas que se utilizan en el programa, como la WET o el enfoque PAP, son también aplicables en nuestro ámbito para la intervención en TEPT y en situación de crisis respectivamente, tanto a nivel individual como en formato grupal.

6. Valoración personal

Definitivamente mi estancia en el HVLH ha sido profundamente enriquecedora tanto a nivel profesional como personal. He podido ahondar en el aprendizaje del trauma psicológico y en los distintos métodos de intervención, observando y aplicando herramientas en varios contextos clínicos, mientras recibía a la par diferentes seminarios teóricos que complementaban mi formación.

Considero que la rotación me ha aportado una visión global muy completa, tanto sobre violencia de género como sobre trauma en general, y me ha permitido adoptar una opinión crítica que aprendiera de las potencialidades de los recursos existentes, pero al mismo tiempo tuviera en cuenta aspectos a desarrollar.

He podido ver las bondades de un programa tan completo como el *Allin Kawsay*, pero también cómo muchas veces los programas de intervención terciaria, aunque de alta especialización, llegan tarde para una problemática como la violencia de género, que traspasa lo psicológico y abarca todas las esferas, incluyendo la social, política y económica. Resulta de vital importancia disponer de una estructura social e institucional que garantice la seguridad de las víctimas y que proporcione protección en los momentos iniciales de violencia, así como asesoramiento legal, refugio y cobertura de las necesidades básicas para las mujeres que la sufren. De igual manera, también es esencial instaurar programas de prevención, educando en igualdad, proporcionando estrategias de afrontamiento, asertividad y psicoeducación emocional, promoviendo modelos de masculinidades más sanas y funcionales y empoderando activamente a las mujeres.

El programa *Allin Kawsay*, es sin duda un ejemplo de buenas prácticas, pero no puede sustituir lo anteriormente mencionado. Aunque el protocolo explica a nivel teórico que la intervención ha de empezar a realizarse una vez las mujeres se encuentran fuera de riesgo, la realidad es que en ocasiones era difícil garantizar esto por la falta de recursos y se procedía igualmente a la inclusión en el programa por no disponer de mejores alternativas de intervención.

En la misma línea, de que lo psicológico sin lo social sirve de bastante poco, tratar con los pacientes institucionalizados que estaban en internamiento por no disponer de un hogar, familias acogedoras o recursos residenciales alternativos, me hacía darme cuenta de cómo

muchas veces nos empeñamos en llevar a cabo psicoterapias complejas y elaboradas cuando en realidad las necesidades mínimas básicas de la persona no están cubiertas. Confirmé lo fundamental que es disponer de recursos sociales que se encarguen eficazmente de esta problemática y prevengan efectos iatrogénicos de un internamiento demasiado prolongado, que pueda generar discapacidad social y sitúe a la persona en condiciones desfavorables que pueden llegar a poner en riesgo los derechos humanos.

Otro punto importante ha sido el de comprobar el impacto de las experiencias traumáticas y las circunstancias vitales adversas en el desarrollo de los problemas de salud mental de las personas, ya sea de tipo postraumático o de cualquier otra clase. He podido aprender la dimensionalidad que existe entre diferentes diagnósticos que a priori se sitúan como categorías estancas independientes e incluso situadas en distintos capítulos en los manuales diagnósticos de referencia, como por ejemplo el TEPT y el Trastorno de Identidad Disociativo o el Trastorno Límite de la Personalidad. Tener presente cómo las personas han sido llevadas al extremo por diferentes episodios de su autobiografía y han acabado desarrollando una patología muy congruente con ellos, es algo fundamental a la hora de trabajar con el trauma y deja de entenderse desde un enfoque transversal, como el adoptado por otros encuadres tales como el cognitivo conductual. Tener esto en cuenta de cara a mis futuras intervenciones psicoterapéuticas creo que puede enriquecer mucho los abordajes y hacerlos más completos.

Al mismo tiempo, llevar a cabo formación y práctica asistencial en otro contexto sanitario, con población perteneciente a otra cultura y con costumbres diferentes, me ha hecho ser más consciente de la importancia de valorar los aspectos culturales diferenciales, para adaptar las intervenciones a la población (tanto en las expresiones, como en el lenguaje no verbal, el significado atribuido a ciertos valores sociales etc.) y tener en cuenta sus características idiosincráticas.

Por último, a nivel personal considero que vivir durante varios meses al otro lado del charco, conociendo otras realidades y adaptándose a diferentes contextos y situaciones, te aporta indudablemente vivencias que favorecen la flexibilidad, las habilidades de resolución y afrontamiento de problemas y el crecimiento personal, concediendo una mirada más amplia y rica en matices sobre las personas y el mundo.

En definitiva, el objetivo del rotatorio de profundizar en el aprendizaje del trauma psicológico, la violencia de género, la rehabilitación integral y los aspectos transculturales de las intervenciones, ha quedado más que cumplido y estoy tremendamente agradecida de haberlo podido llevar a cabo.

7. Agradecimientos

En primer lugar dar las gracias a la Sociedad Española de Psicología Clínica - ANPIR por el reconocimiento a este proyecto y por la beca que conlleva, así como por su labor incansable defendiendo una salud mental pública y de calidad accesible para todas.

Agradecer también a mi tutora, Sonia Fournier, toda la implicación, disponibilidad y cercanía durante el proceso de solicitud de la beca y durante todos estos años de residencia. Gracias también al Servicio de Salud Mental y a la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Doctor Peset, por haberme proporcionado toda la documentación necesaria y haberme ayudado en los trámites pertinentes.

Al HVLH y en especial al Dr. Donald Cabrera, sin el que todo esto no hubiera sido posible. Gracias por enseñarme tantas cosas durante mi estancia allí.

A todas las mujeres de las que aprendí en el programa y fuera de él.

A mis patas cojudos por haberme acogido con los brazos abiertos y haberme enseñado las maravillas de un país como este. Simplemente sois geniales.

A mi matriarcado de confianza, sin cuyo amor y cuidados no habría podido perseverar en el ser. Y a mis amigas y amigos, por estar presentes desde el otro lado del charco.

A Pablo, on bategar és més lleuger, més fàcil i el camí es fa planer.

A ma mare, per ser arrels i ales sempre.

8. Referencias bibliográficas

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.

Castañeda, M.P., y Torres P. (2015). Concepciones sobre la violencia: una mirada antropológica. *El Cotidiano*, 191, 7–19.

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019). *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer*. Ministerio de Igualdad.

Fernández, S., Hernández, G. y Paniagua, R. (2005). *Violencia de género en la Universidad de Antioquia*. Asoprudea.

Fernández-Fillol, C. (2022). *Trastorno de estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional - Universidad de Granada.

Han, B., Wong, E. C., Mao, Z., Meredith, L. S., Cassells, A. y Tobin, J. N. (2016). Validation of a brief PTSD screener for underserved patients in federally qualified health centers. *General Hospital Psychiatry*, 38, 84–88. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.07.009

Hermosilla S., Forthal S., Sadowska K., Magill E.B., Watson P. y Pike K.M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *J Trauma Stress*, 36(1), 5-16. doi:10.1002/jts.22888

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513-524. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman M., Gersons B. P. R., Joop J.T.V.M., Layne C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. y Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283

Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A. Ribeiro, A., Fortea, L., Radua, J. y Amann, B. L. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an

umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 397–410. doi:10.1007/s00406-022-01495-5

Jaramillo-Bolívar, C.D. y Canaval-Erazo, G.E. (2020) Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Univ. Salud*. 22(2):178-185. doi:10.22267/rus.202202.189

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre).

Ministerio de Igualdad – Gobierno de España (11 de octubre de 2023). *Violencia en cifras, víctimas mortales*.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). *Buenas prácticas en prevención, atención y gestión del conocimiento frente a la violencia de género 2018-2019*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA.

Montenegro, P. y Figueroa, R. (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V., y Rhatigan, D. L. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner abuse*, 3(1), 59-75. doi:10.1891/1946-6560.3.1.59

Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la mujer. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (1998). – WHOQoL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28(3), 551–558. doi: 10.1017/s0033291798006667.

Organización Mundial de la Salud. (8 marzo de 2021). *Violencia contra la mujer. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (16 marzo de 2022). *La salud mental en las situaciones de emergencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, y Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS.

Pill, N., Day, A., y Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge. *Aggression and violent behavior*, 34, 178-184.
doi:10.1016/j.avb.2017.01.014

Sloan D. M. y Marx, B. P. (2019). *Written Exposure Therapy for PTSD: A Brief Treatment Approach for Mental Health Professionals*. American Psychological Association.

Sloan D.M., Marx B.P., Lee D.J. y Resick P.A. (2018) A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 233–239.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4249

Sloan D.M., Marx B.P., Resick P.A., Young-McCaughan S., Dondanville K.A., Straud C.L., Mintz J., Litz B.T. y Peterson A.L. (2022). Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. *JAMA Network Open* 5(1) e2140911. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.40911

Steele, K., Boon, S. y van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W.W. Norton & Company

Stucchi, S. (2012). *Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima*. UPCH.

Stucchi, S. (2018). Los Cien Años del Hospital Víctor Larco Herrera. *Acta Herediana*, 61(1), 59-67. doi:10.20453/ah.v61i0.3292

Vaca Ferrer, R., Ferro García, R., y Valero Aguayo, L. (2021). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 111-124. doi:10.55414/ap.v39i3.915

Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. y Keane T (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

9. Bibliografía esencial

❖ En castellano

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). *Buenas prácticas en prevención, atención y gestión del conocimiento frente a la violencia de género 2018-2019*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA.

Montenegro, P. y Figueroa, R. (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado*. Desclée de Brouwer.

❖ En inglés

Sloan D. M. y Marx, B. P. (2019). *Written Exposure Therapy for PTSD: A Brief Treatment Approach for Mental Health Professionals*. American Psychological Association.

10. Datos de contacto centro de destino

❖ HVLH:

- Página web del centro: <https://www.gob.pe/hnlarcoherrera>

- Email de contacto: docenciaeinvestigacion@hvlh.gob.pe

❖ Dr. Donald J. B. Cabrera Astudillo (médico psiquiatra especializado en psicotraumatología, director del programa *Allin Kawsay*):

- Email de contacto: donaldcabrera88@gmail.com