

Convocatoria becas Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR 2024 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros



ROTACIÓN EXTERNA EN LA CLÍNICA ROBERTO CLEMENTE FAMILY CENTER

Nueva York-Estados Unidos

Ángela Menéndez García

Residente de Psicología Clínica

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

Enero-Abril 2024

Índice

1. Introducción	Página
1.1. Historia del Roberto Clemente Guidance Family Center	3
1.2. Situación migratoria en la ciudad de Nueva York y situación del RCC dentro del sistema público de salud.	7
1.3. Modelo teórico del centro	7
2. Organización del centro y actividades realizadas	11
2.1. Servicio de Atención Primaria y Comunitaria	
2.2. Salud mental	
2.2.1. Programa de Tratamiento Diario Sylvia del Villard	13
2.2.2. Programa de consultas externas de salud mental	14
3. Programa formativo y supervisión	
3.1. Seminarios teóricos y prácticos	16
3.2. Seminarios de lecturas	17
3.3. Livesupervision	17
3.4. Supervisión semanal y presentación de casos	19
4. Aplicabilidad a nuestro sistema de salud	20
5. Conclusiones y valoración personal	22
6. Agradecimientos	24
7. Referencias	25
8. Bibliografía recomendada en castellano	27
9. Anexos	28

1. Introducción:

En las siguientes páginas, trataré de exponer una memoria sobre mi experiencia en la clínica *Roberto Clemente Family Guidance Center* (RCC) de Nueva York, en la que he tenido la inmensa suerte de rotar en el periodo de enero a abril de 2024. Para ello, describiré el centro, su modelo teórico, su forma de trabajo y mi experiencia personal allí. Pero antes de llegar a esos puntos, creo fundamental comenzar explicando el contexto histórico, social y político en el que el centro se creó. Y esta es quizás la mayor enseñanza que me he llevado de mi estancia allí, la importancia de interesarnos en conocer el contexto en todos sus niveles de profundidad, de aquel con quien vayamos a trabajar.

1.1. Historia del Roberto Clemente Guidance Family Center

La Clínica Roberto Clemente se encuentra en el llamado Lower East Side (LES), la zona sureste de la isla de Manhattan. El LES ha sido, desde sus orígenes, lugar de encuentro y residencia de población extranjera. Desde finales del siglo XIX, inmigrantes alemanes, italianos y judíos de Europa del Este (procedentes de Grecia, Hungría, Polonia...) poblaron las calles del LES, históricamente considerado “una zona marginal”, de convivencia de diferentes culturas de clase trabajadora y elevados niveles pobreza.

A mediados del siglo XX, y tras la Segunda Guerra Mundial, la población europea comenzó a trasladarse del LES hacia otros vecindarios en crecimiento, a medida que llegaba otro colectivo: los puertorriqueños provenientes de la Gran Migración que tuvo lugar en la isla en 1950. En la década de 1950 y 1960, el barrio se encontraba principalmente integrado por población afroamericana y puertorriqueña, siendo la mayor comunidad latina que entonces había en la ciudad de Nueva York (Guerron, 2013). El Lower East Side (**Loisaida**, como comenzó a llamarlo la población latina que entonces lo habitaba), continuaba encontrándose en una situación de importante nivel de pobreza, delincuencia y ocupación, con intervenciones y conflictos habituales con la policía. Pero la llegada de la población puertorriqueña también plantó la semilla de un movimiento cultural que buscaba crear una comunidad en la que poder sobrevivir en este nuevo país. Movimientos artísticos, políticos y culturales participaban y narraban la vida del LES en aquellos días (Abu-Lughod, 1994).



Imagen 1. La Lucha Continua The Struggle Continues, 1985. Avenue C between East 8th & East 9th Streets. Imagen obtenida de <https://www.nypl.org/events/programs/2021/05/18/protest-and-celebration-history-les-murals>

Nos encontramos así con el nacimiento de un barrio principalmente puertorriqueño en la ciudad de Nueva York. Y con él, el nacimiento de los clásicos y complejos problemas familiares que atañe un proceso de migración: padres que llegan buscando un futuro para las siguientes generaciones, abuelos y familia extensa que se queda en el país de origen cuidando nietos con la promesa de una reunificación. Y, en la tercera generación, hijos que comienzan a nacer y criarse en un país extranjero, pero en un vecindario latino, sintiéndose con frecuencia “en tierra de nadie”. Con expectativas familiares que cumplir, pero habitualmente sin el tiempo de vecindario y familia del que habrían dispuesto en su tierra natal, porque aquí las condiciones laborales dificultan la vida en comunidad.

Mientras tanto, en las calles en esos años, los problemas de delincuencia, bandas, pobreza, tráfico y consumo de drogas dificultaban aún más el proceso de integración de esta población. Se comienza entonces a percibir la necesidad de brindar un apoyo a esta comunidad a nivel social y sanitario, pero bajo un prisma que se amolde y comprenda su situación vital, histórica y cultural.



Imagen 2. Letrero actual de la Avenida C, nombrada como Loisaida en homenaje al movimiento puertorriqueño del vecindario.

En este contexto social, cultural y político, en el año 1983 el Dr. Jaime Inclán, funda la clínica Roberto Clemente Center con el objetivo de funcionar como centro de referencia en salud mental para población de habla hispana y bajos recursos económicos. La clínica comenzó con el programa de consultas externas de salud mental, siendo el primer programa del estado de Nueva York que ponía su foco principal de trabajo en el componente cultural para el entendimiento y tratamiento de la salud mental. Este foco se mantiene desde sus orígenes hasta día de hoy, estando integrado por un equipo de trabajo bilingüe y bicultural estadounidense y latino.

El centro debe su nombre al puertorriqueño Roberto Clemente, un afamado jugador de baseball de los Piratas de Pittsburg, conocido por su implicación en la lucha social. Durante su vida, Clemente denunció la discriminación que la población afroamericana y latina sufría en el mundo del baseball y se encontraba implicado en proyectos humanitarios y de ayuda a la infancia. Roberto Clemente murió en un trágico accidente de aviación la víspera de Año Nuevo de 1972 mientras transportaba ayuda médica para las víctimas del terremoto de Nicaragua.

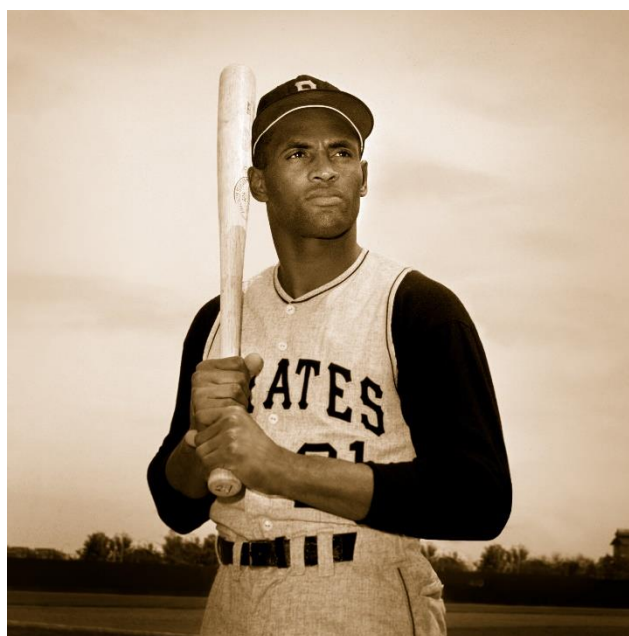


Imagen 3. Roberto Clemente

Desde finales del siglo XX e inicios del XXI, el LES comenzó, al igual que ocurrió primero con sus vecinos de Greenwich y Soho, su propio proceso de gentrificación, a pesar de las revueltas sociales que se dieron en aquellos años por evitar este proceso. Las políticas de la ciudad se centraban en la desocupación y derribo de viviendas previas y reconstrucción de esta pequeña urbe. La mejora de las infraestructuras, servicios y seguridad comenzó a atraer a gente joven, estudiantes universitarios y artistas al antiguo Loisaida. Ante el progresivo encarecimiento de la zona, la clase obrera comenzó a tener que mudarse o fueron recolocados en nuevas zonas de la ciudad.

Este último dato es relevante en la medida que, a día de hoy, el RCC continúa siendo el dispositivo de referencia de tratamiento de salud mental en población de habla hispana, sin embargo, dicha población ahora mismo tiene a menudo que recorrer, como mínimo, una hora de transporte público para poder acceder a un recurso en su idioma.



Imágenes 4 y 5. Lower East Side fotografiado en 1970 y en la actualidad.

1.2. Situación migratoria en la ciudad de Nueva York y situación del RCC dentro del sistema público de salud

Desde hace años, la ciudad de Nueva York es una de las mayores y principales **Ciudades Santuario** de todo Estados Unidos. Esto significa que las políticas migratorias de la ciudad están focalizadas en facilitar a la población inmigrante el acceso a servicios y ayudas para regular y estabilizar su situación en el país e impedir la deportación indiscriminada. Entre estas ayudas se encuentra el proporcionar un seguro médico básico que permita un acceso al sistema sanitario, habitaciones de hostales para familias sin hogar (los conocidos *shelters* de la ciudad), educación pública para los menores de edad o fuentes de referencia a nivel legal y trabajo social. Si bien la situación real no es tan idílica, puesto que el auge de personas que llegan a la ciudad de Nueva York genera que no todo el mundo pueda acceder a estos recursos, lo cierto es que Nueva York sigue siendo una de las principales ciudades escogidas por los inmigrantes para comenzar su proceso de integración en el nuevo país.

En el caso del RCC, su creación fue posible inicialmente gracias a los esfuerzos del Consejo Asesor de Minorías y, el apoyo de organizaciones y líderes comunitarios. La Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York fue la primera fuente de financiación que recibió el centro.

En la actualidad, el Centro forma parte de *South Manhattan Network of the New York City Health and Hospitals Corporation (HHC)* y está directamente dirigido por el Hospital Gouverneur. Además, el centro está vinculado académicamente con la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York (NYU). Funciona con todos los sistemas de seguro médico, permitiendo a la población pobre el acceso a un sistema médico y de salud mental de calidad.

El director de la clínica, Jaime Inclán, es doctor en psicología clínica y profesor asociado de NYU. El resto del personal de la clínica está formado por un médico de atención primaria y un pediatra, dos enfermeras, psicólogos clínicos, psiquiatras (tres para adultos y uno especializado en infantojuvenil) y trabajadores sociales. Además, el centro cuenta con un programa formativo para doctorandos de psicología que estén realizando su especialidad en psicología clínica y con un programa formativo para estudiantes de trabajo social.

1.3. Modelo teórico del centro

El Centro Roberto Clemente, en sus años de trabajo con familias inmigrantes, ha desarrollado un **modelo** teórico denominado **Sistémico-**

Ecológico (SE) bajo el cual se rigen las intervenciones y la formación a los miembros del equipo.

Este marco teórico, como se puede deducir, bebe e integra las influencias de los modelos sistémicos, especialmente del modelo sistémico estructural de Minuchin (1967) y de la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1976), pero expandiendo la lente clínica a los fenómenos migratorios a través de la experiencia de los años trabajando con familias inmigrantes.

De esta manera, siguiendo una **visión sistémica**, el modelo SE comprende a las familias como dinámicas cambiantes a través de su propio ciclo vital. Entiende el comportamiento individual como parte de un sistema familiar mutuamente influyente e integra conceptos propios de estos modelos como la organización familiar (jerarquías, límites, fronteras), los fenómenos de aglutinación, escisión, fusión e individuación y el trabajo continuado con el genograma familiar (McGoldrick *et al.*, 1999).

Sin embargo, el modelo del RCC amplía el foco a una **comprensión ecológica**, que permita entender estos cambios en los ciclos vitales familiares bajo el prisma del marco histórico, social y cultural en el cual se desarrolla. Pues, si bien se asume que para entender a un individuo es necesario comprender el contexto familiar, para entender este último, es necesario saber las condiciones sociales en las cuáles la familia se ha desarrollado. Esto parece especialmente relevante en familias inmigrantes en las que el cambio de contexto cultural es uno de los ejes de estrés principal.

Bronfenbrenner, en su modelo ecológico, fue pionero en señalar el peso que los diferentes contextos tienen en nuestro proceso de desarrollo. Para ello, da cuenta de cinco niveles a analizar que de manera directa o indirecta influyen en el desarrollo:

1. **Microsistema:** El primer nivel hace referencia a nuestro entorno más próximo, en el que el individuo actúa de manera directa, fundamentalmente la familia, la escuela y el lugar de trabajo. Vemos así, como el primer nivel de análisis no es ya el individuo si no los entornos más inmediatos en los cuales éste se desarrolla.
2. **Mesosistema:** Este nivel analizaría las relaciones que se dan entre microsistemas, como la familia con la escuela. Otro ejemplo habitual que encontraremos en familias latinoamericanas con las que trabajamos es la relación de la familia con la iglesia como guía comunitaria.
3. **Exosistema:** Extensión del mesosistema a contextos que influyen en el individuo, pero en los que él no participa de manera directa, como el sistema educativo o sanitario de su área de residencia.

4. **Macrosistema:** Explicaría y analizaría los contextos superiores de influencia, como el sistema económico, político o legal del país.
5. **Cronosistema:** Este último nivel, incluido en versiones posteriores de su teoría, da cuenta de la influencia del marco temporal en la vida de la persona.

En el trabajo con familias inmigrantes, en las que se ha dado un cambio de contexto tan importante en todos sus niveles, tener este modelo en cuenta es fundamental para comprender la magnitud e impacto que dicho cambio está teniendo en ellos.

Como señalan Inclán y Marino (2018) *“La integración de estos dos modelos permite trabajar con las dinámicas familiares según evolucionan a través del ciclo vital y con la ecología social de las familias”*. Siguiendo con la estructura de los modelos arriba descritos, el modelo SE entendería el sistema familiar de la siguiente manera:

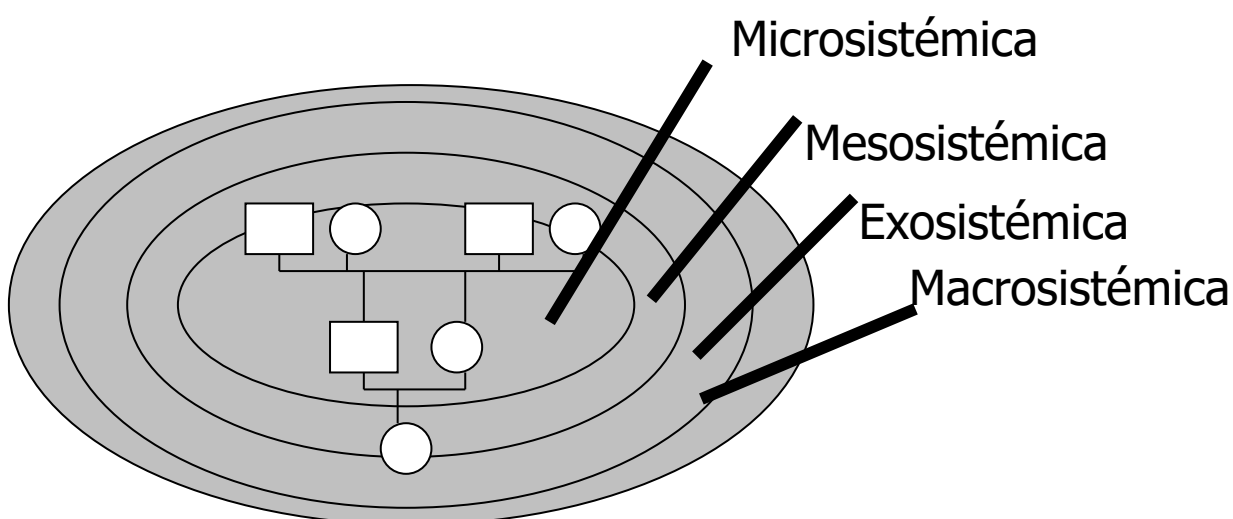


Imagen 6. Esquema de entendimiento del modelo ecológico sistémico, como un sistema de sistemas.

Como ya anticipamos, bajo este marco de referencia, el modelo SE da cuenta de una serie de **consideraciones fenomenológicas** en el trabajo con familias inmigrantes, fruto de los años de experiencia e investigación con esta población. Algunos de ellos, serían (Falicov, 2013; Inclán y Marino, 2018):

La comprensión del motivo de migración: El primer punto entraría por comprender qué motivó la emigración del país de origen, cuál fue el margen de elección, quién, cuándo y con cuánto tiempo se tomó esta decisión. Si fue una decisión familiar o tomada solo por los progenitores, cómo se comunicó al resto, quiénes emigraron y en qué condiciones. A menudo encontramos en la base de los síntomas presentados por la familia, fallas en la **comunicación** que tienen su origen en el momento que los padres emigraron y no pudieron

explicar a sus hijos el motivo o el tiempo esperado, o no pudieron mantener una calidad de comunicación adecuada una vez se separaron (Cárdenas, 2014).

Tipo de inmigración: En el contexto de las familias inmigrantes, se observan diferencias en función de si la inmigración es **en etapas**, esto es, primero viaja uno o ambos padres y después los hijos o si se ha hecho de manera **conjunta**. Cada forma de organización plantea sus propios retos en cuanto al proceso familiar de ajuste (Inclán y Marino, 2018). Por ejemplo, cuando el proceso se da en etapas, habitualmente es con el objetivo de preparar un nivel de seguridad para el viaje de los hijos. Sin embargo, esto genera que los menores se queden al cuidado de un tercero en el país de origen. Teniendo en cuenta que los procesos de reagrupación tienden a extenderse entre 3 y 8 años, podemos comprender que este tipo de inmigración produzca una mayor discontinuidad del proceso evolutivo y dificultad para el nuevo ajuste y desarrollo de los vínculos familiares (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001).

Consecuencias emocionales del propio viaje: La experiencia en el trabajo con familias inmigrantes pone sobre la mesa que, el propio hecho de emigrar es en muchas ocasiones traumático por sí mismo. Además, en ciertas rutas migratorias las personas reportan historias de asaltos, violencia física, sexual e incluso asesinatos (Falicov, 2001). Las vivencias de este camino, que a menudo viven también menores de edad, no son atendidas de manera inmediata. La persona llega al país receptor en un modo de supervivencia y no puede hacerse cargo de ello. Es habitualmente, con el paso del tiempo y al solicitar consulta por otros motivos (como quejas somáticas o problemas con los hijos) cuando pueden por primera vez comenzar a hablar de lo vivido.

Marco de valores y ajuste cultural: Es por todos comprendido que, cada pueblo posee su propio marco de valores bajo el cual comprende y guía su realidad. Cuestiones sobre la jerarquía y poder familiar, quién provee económicamente y quién aporta los cuidados emocionales, cómo se entiende el desarrollo de los hijos o el rol de la mujer, tradiciones y religión o influencia de familia extensa son algunos de los múltiples aspectos que debemos tener en consideración en el proceso de tratamiento de familias inmigrantes (Kluckhohn y Strodtbeck, 1961; Inclán, 1985). Las familias llegan a un país huésped que posee su propio marco de valores. En este contexto, comienzan a producirse entre los miembros de la familia diferentes niveles de ajuste a la nueva cultura. Así, encontramos con frecuencia que los adolescentes comiencen a separarse de lo “esperado” por sus padres, apoyado por los mensajes del nuevo meso y exosistema. A menudo, algún miembro de la familia actúa como resistencia principal en este proceso de **aculturación** (Inclán, 2009), siendo el portavoz del duelo por la pérdida de lo conocido.

Hacer explícitas estas diferencias en el contexto de la terapia familiar y ayudar a todos los miembros a poder escuchar y comprender el nivel de adaptación de los otros es uno de los objetivos del trabajo con familias inmigrantes.

Diferencias culturales y de clase social: Es necesario comprender la clase social en que la familia se encontraba en su país de origen frente al país huésped. Lo más habitual es encontrarnos con familias de clase trabajadora que emigran buscando mejores condiciones económicas, derivadas de la diferencia del valor capital de un país a otro, de una mayor oferta de trabajo, de la incorporación de la mujer al mercado laboral o de la posibilidad de doblar turnos por uno o más miembros de la familia. No obstante, también es habitual encontrarnos con familias que disponían en su país de origen de buenas condiciones económicas y sociales cuyo proceso de emigración vino motivado por causas políticas o bélicas, y la llegada al país huésped implica una pérdida tanto del nivel económico como profesional.

2. Organización del centro y actividades desarrolladas

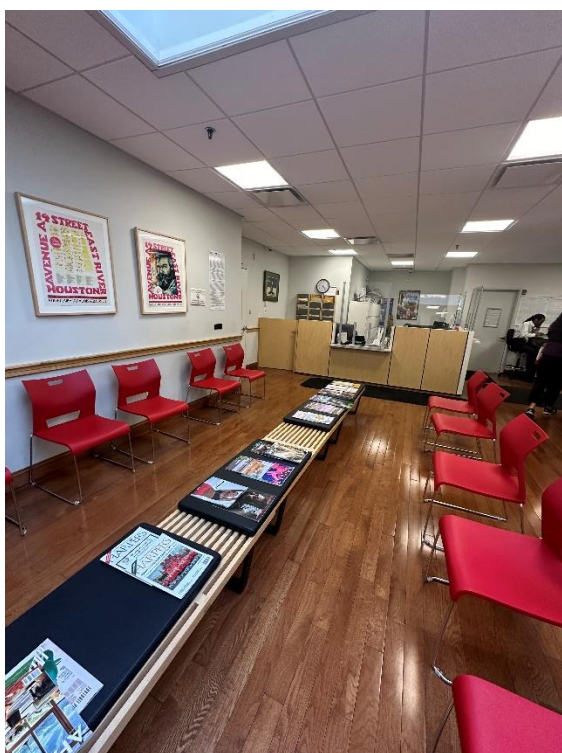
El centro se organiza actualmente en base a dos programas: Salud mental y Atención Primaria y Comunitaria. Uno de los conceptos principales para entender el modelo del centro es el denominado **Empatía Social**. La empatía social se diferencia del término habitual de empatía en que se enfoca en la dimensión de macrosistemas “se refiere al nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad historial, cultural y social del paciente” (Inclán, 2009), esto es, con sus valores, la historia de su lugar de origen, sus creencias y tradiciones. Esta capacidad de entrar a conocer, interesarse y profundizar en las cuestiones culturales de los pacientes favorece en la población inmigrante el enganche y adherencia al tratamiento, así como mejores resultados en su proceso terapéutico.

Es por ello que todos los programas y personal del centro comparten este modelo teórico. El comportamiento individual se contempla en el contexto de la familia, la comunidad y la sociedad y bajo estos marcos se establecen los parámetros de comprensión del comportamiento, la salud y la enfermedad.

A continuación, pasamos a describir los dos programas principales, así como las actividades que los rotantes externos realizamos durante nuestra estancia en el centro.

2.1. El Servicio de Atención Primaria y Comunitaria Roberto Clemente (1998)

Este programa ofrece servicios de atención primaria (medicina, enfermería y pediatría) a los residentes de la zona y pacientes del centro que lo soliciten. Los hospitales Gouverneur y Bellevue son centros de apoyo para atención especializada. Los médicos del servicio son bilingües y trabajan con las necesidades sanitarias de toda la familia. Se hace hincapié en el enlace con los servicios de salud mental y de promoción y mantenimiento de la salud. Disponer de un programa de estas características en el centro facilita enormemente la coordinación con los servicios médicos especializados, con los que habitualmente los pacientes tienen problemas para acceder o comprender ante la barrera idiomática. En este programa también se incluirían todos aquellos programas de salud comunitaria, como programas de cribados, coordinación con los servicios sociales, ayudas de dependencia o programas sociales para la integración y fomento de la vida en comunidad.



Imágenes 6 y 7. Sala de espera y espacios comunes del RCC.

2.2. Salud Mental:

El tratamiento de la salud mental, como hemos mencionado, es la piedra angular sobre la que se ha desarrollado el centro. Actualmente, el RCC dispone de dos programas de tratamiento de salud mental: El programa Sylvia del Villard y el programa de Consultas externas.

2.2.1. Programa de Tratamiento Diario Sylvia del Villard (1990)

El dispositivo Sylvia del Villard es un programa de salud mental en formato de Hospital de Día para personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, principalmente trastornos bipolares y del espectro psicótico. El programa es diario, tratando de aportar una estructura y cohesión grupal a sus integrantes. El dispositivo tiene un foco de intervención principalmente grupal, aunque todos los pacientes tienen asignado un terapeuta de referencia con quien hacer el seguimiento y las intervenciones individuales y familiares.

El Dr. Óscar Ocasio, psicólogo clínico es actualmente el coordinador de este equipo. El resto del equipo está integrado por un psiquiatra, un psicólogo clínico y otros terapeutas en formación. El número profesionales en formación varía en función del año y está compuesto tanto por psicólogos realizando el internado para la especialización de clínica como por estudiantes de trabajo social. El horario del programa es de 9 de la mañana a 1 de la tarde, realizándose allí mismo los desayunos y comidas conjuntamente aportados por el hospital.

El número de pacientes oscila entre las quince y veinte plazas, sin embargo, el tiempo medio de ingreso no está establecido. Si bien los planes de tratamiento se revisan anualmente y se marcan objetivos nuevos, no existe un criterio de tiempo de tratamiento mínimo o máximo.

Los grupos de tratamiento están enfocados a cuatro objetivos principales: psicoeducación, intervención sintomatológica, facilitar la reincorporación a la comunidad y recuperación de la autonomía. Los **rotantes internacionales** acudimos un día de la semana al programa de Sylvia, siempre el mismo para dar continuidad a los grupos, además de la reunión semanal de equipo. En mi caso concreto, además de las sesiones individuales y familiares con los pacientes del programa, participaba en los siguientes grupos:

- **Community meeting:** Para recibir a los participantes, explorar cómo se encuentran, comentar las noticias y la organización del día.
- **Grupo de Actividades Instrumentales Diarias:** Grupo dedicado a pacientes con mayor nivel de dependencia en el hogar, en el que se buscaba ayudarles a desarrollar capacidad para realizar tareas básicas tales como cocinar, manejarse con el dinero y el teléfono, coger el transporte público, gestionar sus citas médicas o hacer la compra.
- **Grupo de impulsividad:** Este grupo está diseñado para la identificación de conductas impulsivas y su progresivo cambio a través del desarrollo de habilidades de regulación emocional. Se trabaja bajo una

perspectiva interpersonal, identificando disparadores, poniéndolo en relación con la historia del paciente y modulando estas conductas en situaciones sociales dentro del propio programa.



Imágenes 8 y 9. Dispositivo Sylvia del Villard

2.2.2. Programa de consultas externas de salud mental

Este dispositivo, ubicado en el mismo centro que los anteriores, es en el que se desarrolla la mayor parte de actividad clínica formativa de la rotación. Si bien la orientación teórica del centro siempre es familiar, el trabajo no es exclusivo con familias. Este programa proporciona psicoterapia individual, familiar, de pareja y grupal, en base a las necesidades detectadas a lo largo del proceso de evaluación. El proceso de evaluación e intervención se explica a continuación. El material empleado en el proceso de screening y valoración se aporta en el Anexo de la memoria.

Screening telefónico: Diariamente, personal del staff realiza screenings telefónicos a los pacientes de la lista de espera que solicitan cita por sí mismos o bien han sido referidos por otro profesional. A través de este screening se pretenden detectar señales de riesgo para priorizar una primera cita. En esta llamada se exploran cuestiones sociodemográficas (situación clínica, vivienda, idioma, situación legal...), social (situaciones de riesgo con menores, posibles casos de violencia domestica o violencia de género, intervención de Servicios Sociales) y clínica (se explora la demanda principal, sintomatología actual y riesgo autolítico percibido).

Proceso de intake: Una vez los pacientes son asignados a un profesional de la clínica, comienza el proceso de evaluación, que se prolonga durante tres sesiones más una sesión con psiquiatría. En estas sesiones se busca clarificar la demanda principal, la historia vital y realizar el genograma.

Si, al finalizar el proceso de evaluación, se determina que el motivo de consulta del paciente es susceptible de ser atendido en el centro, se pasa a desarrollar el plan de tratamiento. En este debe figurar el diagnóstico con los síntomas presentados, objetivos a trabajar, a través de qué formato de tratamiento para cada uno de ellos (psicoterapia individual, grupal, familiar y/o psicofármacos) y cómo se evaluarán los progresos. Los planes de tratamiento se revisan, como mínimo, anualmente con el paciente.

Consultas externas: Una vez finalizado el proceso de evaluación, da comienzo el proceso psicoterapéutico como tal. Como se señalaba previamente, el centro ofrece a sus pacientes servicios de terapia individual, familiar o de pareja, de una duración de 45 minutos y frecuencia habitualmente semanal, aunque se ajusta en función de las necesidades del caso. Los rotantes externos, bajo la supervisión continua de un miembro del staff, participamos en estas consultas desde su inicio. Cabe señalar también que, en caso de precisar un paciente tratamiento psicofarmacológico, ese siempre debe ser acompañado de un seguimiento psicoterapéutico.

En mi estancia en el RCC, participé en consultas individuales, de pareja y familiares de las siguientes procedencias: Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Colombia, México y Estados Unidos. Pude además asistir a sesiones tanto con población adulta, como adolescente e infantil.

Programas grupales: El centro cuenta además con diferentes grupos de psicoterapia dentro del programa de consultas externas. En el momento actual, se están desarrollando grupos de niños, adolescentes, jóvenes adultos, media edad y ancianos. Además, dentro de la filosofía del centro de ser uno de los lugares de la comunidad de Loisaída, los viernes se celebraba un grupo social, no clínico (llamado *La Placita* en homenaje a la plaza de Santurce, en Puerto Rico), con la finalidad de compartir tiempo de ocio y conectar a las personas de la comunidad entre ellas.

En mi caso particular, pude incluirme semanalmente en un grupo de psicoterapia, dirigido por mi supervisor, para mujeres latinas de edades comprendidas entre los 50 y 70 años con historial de malos tratos.

3. Programa formativo y supervisión

3.1. Seminarios teóricos y prácticos

La rotación en el RCC cuenta con un alto nivel de formación teórica, práctica y de supervisión. Los rotantes externos, a su llegada, se unen al programa anual de formación en el modelo SE que se imparte para los terapeutas internos del propio centro. El calendario docente anual recoge los siguientes temas a tratar:

Date	Topic
9/13	ORIENTATION
9/20	Making the Jump to Systems (10:00am-12:00pm) Macro systems and Social Context (2pm to 4pm)
9/27	Ecological Systems *(10:00am-12:00pm and 1-4pm)
10/4	Developmental & Structural Point of View
10/11	Columbus Day
10/18	Stages of Interview Process
10/25	Beginning Therapy & Therapist's Role
11/1	Symptom Formation & Developmental Approach
11/8	Family Structure & Triangulation
11/15	Family Structure & Triangulation II/Adolescence
11/22	Thanksgiving Celebration
11/29	Individuation & Differentiation I, II, III
12/6	Individuation & Differentiation I, II, III
12/13	Individuation & Differentiation I, II, III
12/20	No Seminar
12/27	No Seminar
1/3	C-25D, Flete
1/10	Flete
1/17	MLK's Day
1/24	Adolescence and Immigration: Experience of Staying Back
1/31	Family Restructuring after separation/divorce
2/7	Foster Families & Social Systems -Adolescence/Couples
2/14	President's Day
2/21	Couples Therapy Concepts; Clinical Practice
2/28	Couples Therapy Concepts; EFT & Systemic Theory
3/7	Family; Couples Dynamics I
3/14	Family; Parents & Children II
3/21	Gender Issues/Gender Roles/Triangulation
3/28	Couples Therapy and Affairs
4/4	Immigration: Couples Life Project
4/11	Termination process in therapy
4/18	Group discussion
4/25	Closure of seminar

Tabla 1. Contenidos de los seminarios del curso 2023-2024

Estos seminarios se imparten semanalmente, los lunes de 10 a 12h, por el Dr. Inclán u otro profesional del centro o invitado. El tema por tratar a menudo se extiende varias semanas y se complementa con el visionado de sesiones grabadas que permitan discutir y comprender de manera práctica los contenidos trabajados.

3.2. Seminarios de lecturas

Además de esta formación teórica y práctica, los tópicos trabajados se complementan con lectura de bibliografía de referencia. Así, también los lunes de 14 a 15h tiene lugar el grupo de lectura. En este, se debaten varios artículos previamente enviados que tengan relación con el tema que se haya trabajado esa mañana y se complementan con casos que cada uno de los participantes esté trabajando en ese momento. A los rotantes externos, a pesar de unirnos a un plan docente ya iniciado, se nos facilita a nuestra llegada tanto la bibliografía principal del centro como todos los artículos previamente trabajados en este seminario.



Imágenes 10 y 11. Sala de reuniones en la que tiene lugar las formaciones teóricas y el Case Disposition

3.3. Livesupervision

Todos los jueves, de 14:30 a 16:30h tiene lugar el espacio de *Live Supervision*. Este espacio nace con el objetivo de colaborar con los terapeutas del centro y las familias a las que se atienden en casos en los que está resultando difícil inducir un cambio o hay aspectos que no se están pudiendo

entrar a trabajar. Así el Dr. Inclán realiza una sesión estratégica con la familia presentada, tratando generar algún movimiento y cambio además de dar su visión acerca del caso. Todo el personal del staff y en formación está invitado a asistir a estas sesiones y aportar sus propias dudas y opiniones sobre el curso del caso o las intervenciones realizadas.

De esta manera, la primera media hora, el terapeuta de referencia de la familia presenta al Dr. Inclán el caso, explicándole cuál es la historia familiar, el genograma, la demanda principal y el motivo de traer este caso a supervisión en vivo. Tras esto, tiene lugar la sesión con la familia, de una hora de duración, con el Dr. Inclán y en ocasiones también (según se considere por objetivos) con el terapeuta de referencia. El resto del equipo permanece tras el cristal bidireccional observando la sesión que, si la familia lo permite, es grabada y utilizada después como material práctico en los seminarios teóricos de los lunes.

Una vez finalizada la sesión familiar, todo el equipo se reúne de nuevo, durante aproximadamente media hora. En este espacio el objetivo es analizar conjuntamente cómo ha transcurrido la sesión, exponer dudas o comentarios respecto a la misma y, en caso de ser necesario, ayudar al terapeuta principal a reorientar el plan de tratamiento.



Imágenes 12 y 13. Sala de familias y sala del espejo con el sistema de grabación.

3.4. Supervisión semanal y presentación de casos

Como se puede ver por la forma de trabajo, en el RCC se fomenta el trabajo en equipo y la coordinación entre todos los profesionales del centro. De esta manera, tanto estudiantes universitarios, internos, rotantes externos y staff del centro disponen de espacio para supervisión semanal con su supervisor inmediato.

Además, todos los viernes de 9 a 9 y media de la mañana aproximadamente, tiene lugar la supervisión de los casos de alto riesgo. En este espacio, los profesionales que estén atendiendo pacientes o familias que, por criterios psicopatológicos y/o sociales, se consideren casos de alto riesgo, comparten la evolución con el equipo, se ayuda a orientarlo y se hace un seguimiento más estrecho del mismo. En este tipo de casos entrarían aquellos con algún tipo de descompensación psicopatológica grave, riesgo autolítico o por su situación económico- social, como familias en riesgo de exclusión social o casos coordinados con Servicios Sociales, por ejemplo.

Tras esta primera reunión, da lugar durante una hora y media el *Case Disposition*. Como se explicaba previamente, todos los casos nuevos que llegan a la clínica y finalizan el proceso de evaluación inicial, son presentados al resto del equipo del centro. En el *Case Disposition*, los terapeutas proyectan el genograma del paciente a presentar, la demanda principal, la primera orientación diagnóstica y de tratamiento y se plantean las dudas con el mismo. Tras la presentación, el resto de los compañeros aportan sus comentarios al respecto y se dan las orientaciones terapéuticas que se consideren pertinentes.

A modo de resumen, a continuación, se presenta un cronograma semanal de mi rotación en el RCC. Es importante recalcar que este es un horario aproximado pues, dentro de los límites que permitiesen las actividades planificadas y la disponibilidad de espacios, se nos ofrecía flexibilidad para organizar el tiempo a nuestra mejor conveniencia.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9h	Pacientes	Pacientes	Community Meeting	Pacientes	High Risk
10h	Seminario teórico y práctico		Grupo de Actividades Instrumentales Diarias	Grupo de mujeres	Case Disposition
11h			Grupo de impulsividad	Supervisión semanal	Pacientes
12h	Tiempo administrativo		ELP de Sylvia	Pacientes	
13h	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	
14h	Seminario de lecturas		Tiempo administrativo	Livesupervision	Tiempo Administrativo
15h	Pacientes		Reunión de equipo de Sylvia del Villard		
16h-20h			Pacientes		

Tabla 2. Cronograma semanal del rotatorio

4. Aplicabilidad en nuestro sistema de salud

La aplicabilidad del modelo del RCC a nuestro sistema de salud se ve en varios niveles. En primer lugar, es un modelo que pone el punto de mira en la historia **familiar**. Aun trabajando a nivel individual, lo sistémico siempre es tenido en cuenta en la formulación e intervención del caso. La comunicación familiar, las dinámicas de jerarquía, sistemas de valores y poder, límites y fusiones o traumas familiares son, entre otros muchos, los principales focos de análisis e intervención del centro.

En mi opinión, es fundamental para nuestro trabajo en cualquier dispositivo, tener una formación mínima de los modelos sistémicos que nos permita conceptualizar al individuo más allá de su singularidad y comprender, al menos, la influencia del legado familiar en su situación actual.

Pero, además, desde el RCC se trabaja, siempre que sea posible, con la unidad familiar o en terapia de pareja. Esta es una posibilidad que no existe en muchos de nuestros centros de trabajo, especialmente fuera del marco de salud mental infanto-juvenil. La rotación en el RCC te proporciona la oportunidad de formarte en terapias de pareja y familia bajo un modelo teórico que acoge, explica y orienta todas estas intervenciones.

Sin embargo, son varios los centros de excelencia dentro y fuera del territorio nacional donde se puede obtener una formación en terapia familiar. En mi opinión, si algo hace excepcional la rotación en el RCC, es la capacidad de ampliar su marco de intervención a los **conflictos familiares derivados de la inmigración** y el trabajo con el **trauma intergeneracional** que habitualmente acarrea.

En España, no nos puede ser ajena la influencia de los movimientos migratorios en la diversidad de nuestra sociedad. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2023 la tasa de población de nacionalidad extranjera supuso el 13,1% de la población total (INE, 2023). Esta cifra lleva décadas en aumento, más aún en los últimos años en los que los conflictos bélicos han obligado a miles de personas a encontrarse en situación de refugiados en nuestro país. Por este motivo se han ido desarrollando programas de acogida e integración de la población inmigrante encontrándonos, entre otros, con diversos centros de acogida y protección temporal en todo el territorio nacional.

De esta manera, es cada vez más común en nuestra práctica clínica diaria el tratar con personas de diferentes etnias y con su propia historia migratoria. Sin embargo, en el sistema nacional de salud, los programas formativos actuales en general, no exclusivamente de salud mental, no exigen ni garantizan una formación de los profesionales desde una perspectiva transcultural y migratoria.

La aplicabilidad de este modelo de trabajo a nuestro sistema diario se basa principalmente en ampliar el foco de nuestra mirada clínica. No solo a la historia familiar, si no a un interés genuino por comprender e integrar en la formulación del caso aspectos migratorios, culturales, sociales e históricos. En mi opinión, no podemos pasar por alto que, de manera cada vez más común, trabajaremos con población inmigrante, y este no debe ser un aspecto que se relegue a temáticas sociales o prestaciones económicas. Los profesionales sanitarios debemos tener una sensibilidad mínima a conocer cómo el emigrar ha influido en la clínica que observamos, cómo ha alterado los órdenes familiares, cómo se está dando la integración de esa persona y familia en nuestra cultura y qué traumas se arrastran desde entonces.

Pero esta mirada no es únicamente al lugar del paciente. Desde el modelo SE, **el lugar del terapeuta** a nivel personal y en relación con el otro está en continua revisión y supervisión. Se fomenta que el terapeuta conozca y trabaje sobre su propio genograma y su historia familiar. Además, desde el encuadre de las supervisiones se insiste también en explorar en cómo nuestras propias creencias, marcos de valores, cultura o situación socioeconómica pueden influir en la manera en que vemos, entendemos y

trabajamos con el paciente. Considero fundamental a nivel de nuestra ética profesional reflexionar acerca de nuestras propias preconcepciones culturales e ideológicas y tener una mínima formación en competencia cultural para mejorar nuestro modo de proceder con las personas que atendemos.

5. Conclusiones y valoración personal

En enero llegaba a esta rotación, en una ciudad totalmente nueva para mí, sin claras expectativas de qué iba a encontrar ni aprender. Esperaba poder profundizar en la compleja teoría sistémica y adquirir técnicas que me permitiesen trabajar con las familias y sus genogramas. Pensándolo ahora, quizás en un último desesperado intento, antes del paso a “a la adjuntez” de adquirir una supuesta mochila de técnicas que me recordó a mis primeros meses de R1. También esperaba que esta rotación me diese la oportunidad de conocer nuevas maneras de trabajo, pero bajo la seguridad de compartir un idioma y la creencia de que no sería una población tan diferente a la que estaba acostumbrada a trabajar en España.

Sin embargo, lo que encontré fue, por una parte, problemáticas e historias muy diferentes a las que acostumbraba a ver en mi hospital. Y, por otra parte, una flexibilidad, calidez y entendimiento, con los pacientes y entre el personal, que me resultaba muy familiar de nuestro propio sistema. En lugar de unas técnicas estructuradas o un guion de tratamiento establecido, una vez más lo que nos encontrábamos era la realidad diaria de las familias inmigrantes. Padres pluriempleados haciendo malabares para venir a consulta, hijos que recorrían más de dos horas de distancia en transporte público, situaciones sociales de urgencia que obligaban a detener lo importante del trauma para centrarnos en lo urgente, como la falta de alimento o cómo los niveles de trauma eran tan grandes que su influencia traspasaba hasta tres o más generaciones.

Me llevó semanas entender por qué en la formación se insistía tanto en hablar de historia, de políticas, luchas sociales o de economía. Pero finalmente pude entender que, si de verdad uno quiere comenzar a prestar una visión ecológica a la familia con la que trabaja, tiene que estar dispuesto a profundizar en sus raíces: la historia de su país, de su familia, su historia cultural, su historia como inmigrante, su historia allí y su historia aquí, y todas las brechas que se abren por el camino.

La mirada sistémica-ecológica te permite ver que los fenómenos migratorios dejan una huella que traspasa generaciones y traen consigo cambios sociales que vivimos todos. Como señalábamos antes, a menudo son las segundas o terceras generaciones las que pueden salir del modo supervivencia y comenzar a hacerse cargo de las heridas, de las que

habitualmente no son conscientes del tiempo que llevan influyendo en su sistema familiar.

Desde luego, no es una opción de rotación que recomendaría a aquel que busque un entorno de enseñanza estructurado, un modelo de psicoterapia ortodoxo con unas pautas establecidas o un nivel de distancia emocional con los pacientes. Sin perder un ápice de la profesionalidad, los terapeutas del RCC son conscientes de que, para llegar a trabajar en profundidad con sus pacientes, a menudo se encontrarán compartiendo comida y música con ellos, les exigirán autenticidad, salirse de marcos rígidos y mostrarte genuinamente interesados por su cultura. Se verán aprendiendo expresiones de los dialectos de cada uno, conociendo las diferencias culturales de cada pueblo o aceptando, sin juzgar, cuestiones familiares que se escapan de nuestro propio sistema de valores.

Por otra parte, el hecho de verse una misma como extranjera en un país como Estados Unidos y una ciudad como Nueva York, te hace compartir en muchos momentos esa sensación de miedo, indefensión o incompreensión que te transmitían los pacientes, a pesar de distar mucho las condiciones de ambas situaciones. Te permite ver que, si nosotras mismas, estando en una situación privilegiada, buscábamos espacios familiares y afines a lo conocido, cómo de necesario era para esas personas que se encontraban en semejantes niveles de estrés y vulnerabilidad, tener a alguien que pudiese comprender todas las complejidades de su situación y vincularse a un espacio de seguridad mínimo, aunque este fuese dañino.

Por supuesto, como en cualquier lugar, hay aspectos a mejorar. Señalaría por ejemplo la desorganización debido a la carga laboral, que hizo al principio muy difícil que entendiésemos cómo era el funcionamiento del centro, la falta de espacio físico en ocasiones para ver pacientes o la gran cantidad de trabajo burocrático que hay que realizar derivado de las gerencias y aseguradoras.

También he extrañado que, en comparación con memorias de otros compañeros y otros centros, en el momento de mi rotación no estaban en activo proyectos de investigación ni congresos en los que poder participar. Esperaba poder complementar mi rotación clínica con formación investigadora sobre el trauma e inmigración. Sin embargo, creo que esto ha sido una cuestión puntual del momento actual del centro, en tanto que siempre ha sido un lugar de importante desarrollo investigador.

Concluiría esta memoria diciendo que la clínica Roberto Clemente no es la rotación que esperaba encontrar, pero desde luego ha sido infinitamente mejor y más enriquecedora. Me ha vuelto a recordar la importancia de la autenticidad y curiosidad en nuestro trabajo, ampliando mi visión a niveles

de complejidad que no podía plantearme antes. Y también ha vuelto a calmar los miedos de la inexperiencia viendo, una vez más, que al otro lado del mundo también tienen claro que no podemos ser prescriptores de técnicas vacías, que la experiencia humana es infinitamente más compleja y traspasa el vínculo de la terapia.

Recomiendo a todos aquellos que tengan interés por acercarse al trabajo con trauma familiar complejo, a la comprensión cultural y ecológica de la psicopatología y nuevas formas de intervención, soliciten su rotación en la Clínica Roberto Clemente.

6. Agradecimientos

A mi hospital, el Puerta de Hierro y mis tutoras Violeta Suárez y María José Lobato, por permitirme, animarme y darme todas las facilidades para realizar esta rotación. Ellas siempre se han esforzado porque podamos exprimir cada oportunidad de la residencia al máximo.

A mis amigas y compañeras de rotación. Paula y Cristina, por crear juntas la familia, un poco aglutinada, que necesitábamos allí. A Saray y Carmen, por vuestra ayuda, compañía y cariño.

A Axel, Lorraine y Josune, nuestros compañeros en el RCC que nos recibieron desde el primer día, nos guiaron en todo momento y nos integraron en esta aventura.

Al Dr. Inclán, a Magdalena, Ivy y mi supervisor Rafael. Por brindarnos la oportunidad de ir a aprender a su hogar. Por su acogimiento, paciencia y enseñanzas. Ha sido un honor aprender de ellos.

A mis compañeros de residencia, especialmente a mis PIRes, Sophie, Laura, las Elenas, Bea y Paloma, que me han facilitado el camino todo el tiempo para que pudiese disfrutar de esta experiencia. Es maravilloso compartir la residencia con vosotras.

A Fernando y el resto de nuestra familia, por su apoyo continuado en la distancia, por impulsarme y sostenerme todo el tiempo.

Y por último y especialmente, gracias a SEPC-ANPIR por fomentar que complementemos nuestra formación con las rotaciones externas. Gracias al sistema de becas pude conocer este centro por las memorias de anteriores compañeros. Estoy enormemente agradecida de haber podido acceder a una de ellas y compartir ahora mi propia experiencia.

7. Referencias

- Abu-Lughod, J. (1994) *From Urban Village to East Village: The Battle for New York's Lower East Side*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1976) The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19 (5): 537-549.
- Cárdenas, Ml. (2014). La reagrupación familiar, ¿qué dice la literatura? Una revisión más allá de lo sistémico. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*. 30: 117-134.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas*, 69(2).
- Falicov, C. (2013). *Latino families in therapy: a guide to multicultural practice* (2º Ed.). Nueva York: Guildford Press.
- Guerron, W. (2013) CHARAS and The Reimagination of Loisaida. "*Latinx Politics — Resistance, Disruption & Power*". 42-49. <https://www.latinxproject.nyu.edu/interventions/charas-and-the-reimagination-of-loisaida>
- Inclán, J. (1985). Variations in value orientations in mental health work with puerto ricans. *Psychotherapy*. Vol.22, 2S.
- Inclán, J. (2009) Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos: un modelo sistémico-ecológico. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 22: 43-62.
- Inclán, J. y Marino, M. (2018). Terapia sistémica-ecológica con familias inmigrantes. En A. Moreno (Ed.), *La práctica de la Terapia Sistémica* (pp. 227-255). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2023 y Estadística de Migraciones (EM) - Datos Provisionales

[Comunicado de Prensa]. Recuperado de
<https://www.ine.es/daco/daco42/ecp/ecp0223.pdf>

Kluckhohn, F. R. y Strodtbeck, F. L. (1961). *Variations in value orientations*. Greenwood Press.

McGoldrick, M., Gerson, R., Petry, S. (1999) Clinical uses of the Genogram. En McGoldrick, M., Gerson, R., Petry, S. *Genograms: Assessment and Intervention* (pp: 149-175). New York: W.W. Norton & Co.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. M. (2001). *Children of immigration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

8. Bibliografía recomendada en castellano

Barudy, J. Gamburg B. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós T.F.: Barcelona.

Bateson, G. Gamburg B. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente. Carlos Lohlé: Buenos Aires.

Bertalanffy, L.Von; Gamburg B. (1993). Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica: Madrid.

Campo, C. y Linares, J. L. (2002). Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones. Barcelona: Planeta

Cárdenas, Ml. (2014). La reagrupación familiar, ¿qué dice la literatura? Una revisión más allá de lo sistémico. Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales. 30: 117-134.

Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. Perspectivas sistémicas, 69(2).

Inclán, J. (2009). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico. Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, 22, 43-62.

Inclán, J.; Martí Castañer, M. y Gay Pascual, X. (2012). Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémica-ecológica. Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, 27, 9-58.

Minuchin, S. (2001). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1984). Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidós.

Moreno, A. (Ed.). (2018). La práctica de la Terapia Sistémica. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Anexo B. Modelo de informe psicosocial

Brief Evaluation & Psychosocial**ELECTRONIC MEDICAL RECORD: BRIEF EVALUATION – RCC****I. Background**

<u>I.D. Basic:</u>	Age: Height: Weight: Language: Marital Status: Country of Origin: - Pasatiempos (hobbies) - Fortalezas (Strengths)
<u>Birth Order:</u>	
<u>Structural Childhood Environment</u>	- Parents: married? - Poverty? - Relationship with extended family?
<u>Emotional Childhood Environment</u>	- Attachment - Discipline - DV? - Hx traumas?
<u>Migration</u>	- In stages? In group? - Traumatic? - Concerns about deportation?
<u>Education</u>	- Level of education - Academic difficulties?

<u>Employment</u>	- Explore income source too. -
<u>Adulthood</u>	- Romantic relationships - Children - Legal hx - Violence hx - Alcohol use - Substance use - Social support system? + EPIC Psychosocial - Cultural Assessment - - Religious/Spiritual Assessment - - SOGI
<u>Medical hx</u>	- PCP? Refer to Yovan González here at RCC? - - Medications - - Vitamins - - Accidents: LOC (loss of consciousness)? Major surgeries? - - Pain management issues? - - Family Medical and mental health Hx

II. Presenting Problem

<u>Referral:</u>	- Referred? - o Reason? - o - o Mandated, crisis, etc? - o - Self-referred?
------------------	--

	○ Why now? - Motivation (pre-contemplation, contemplation, preparation...)? - - Expectations of tx? - - Goals of care?
<u>Chief Complaint:</u>	- Include a verbatim
<u>Hx of Presenting Problem:</u>	- Onset? - Develop a timeline - Hx of Manic episodes? Hallucinations? - Suicidal behavior?
<u>Treatment Hx:</u>	- Explore psych hospitalizations or visits to ED due to mental health issues. - Explore psychotropic medication prescribed by physician.
<u>Mental Status:</u>	• Appearance: • Attendance and timeliness: • Motor abnormalities: • Cognitive functions: ○ Alert and oriented? ○ Speech: • Mood: • Affect: • Thought process: • Thought content: ○ Thoughts of hurting self: ○ Thoughts of hurting others: ○ Delusions: • Perception: ○ Hallucinations • Intellectual functioning: • Insight: • Judgement:

	• Impulse control: • Motivation:
--	---

III. Family Dynamics

<u>Household:</u>	- What type of residence? Shelter, housing? - Any pets? - Neighborhood? Is it safe? - Concerns about housing?
<u>Family Dynamics:</u>	
<u>Family Patterns:</u>	

IV. Treatment Considerations

<u>Clinical Hypothesis:</u>	
<u>Recommendations:</u>	
<u>Ecological Field to consider:</u>	- Stage of psychosocial development? - Sociopolitical factors associated to health and wellbeing? - Mental condition and medical comorbidity?

	- Involvement in the community?
--	---------------------------------

Para menores de edad añadir:

"Developmental Hx"

Pregnancy:

- Duration? Any problems with delivery (e.g., C-section needed)?
- Did the mother receive routine prenatal care?
- Did the mother experience any illness (e.g., gestational diabetes, depression, measles) or accident (e.g., falls)?
- Did the mother use substances or take medication?

Development:

- Age of walking, talking, feeding w/o assistance, etc?
- Temperament as infant (i.e., easy, slow-to-warm, difficult)?
- Attachment (e.g., attitude with strangers, etc)

Lo puedes hacer como una sección aparte (tal y como añadimos "Legal Hx" o "Adulthood", o puedes incluirlo dentro de Medical Hx como incluimos "Family medical and mental health hx").