



MEMORIA DE ROTATORIO EXTERNO

INSTITUTE FOR FAMILY AND COMMUNITY

CARE ROBERTO CLEMENTE CENTER,

GOUVENEUR HEALTH, NYC-HHC.

NUEVA YORK, ESTADOS UNIDOS.

Período: Enero - Abril 2017

*Palabras clave: Terapia Familiar Sistémica, Modelo Ecológico, Terapia Sensorimotor,
Trastorno Trauma Complejo.*

**BECA ANPIR 2016-2017 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS
DE EXCELENCIA EXTRANJERO**

Alba Vilaplana Pérez.

Residente Psicología Clínica, 4º año.

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1.DESCRIPCIÓN DEL CENTRO	3
1.2.JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	4
2. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DESTINO	6
2.1. UBICACIÓN, INSTALACIONES	6
2.2. POBLACIÓN ATENDIDA	7
2.3. PROFESIONALES	7
2.4. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	8
3. ACTIVIDADES REALIZADAS	9
3.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL	9
3.2. ACTIVIDAD FORMATIVA	13
3.3. CRONOGRAMA	16
4. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO	18
5. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	20
6. AGRADECIMIENTOS	23
7. REFERENCIAS	24
8. REFERENCIAS ESENCIALES EN CASTELLANO	26
9. ANEXOS	27
9.1. APÉNDICE 1. MODELO DE INTAKE	27
9.2. APÉNDICE 2. ACTIVIDAD FORMATIVA	29

1. INTRODUCCIÓN.

La presente memoria refleja la experiencia formativa que se desprende de mi rotatorio externo dentro del programa formativo de Psicóloga Interna Residente (PIR). El rotatorio tuvo lugar en el “*Roberto Clemente Center*”, en Nueva York, EEUU, en el período comprendido entre enero y abril del 2017.

1. Descripción del centro:

El “*Roberto Clemente Family Guidance Center*” (RCC) es un centro de Salud Mental Comunitaria considerado de excelencia y que se encuentra ubicado en el distrito *Lower East Side*, al sur de Manhattan, en la ciudad de Nueva York. Está adscrito al “*Gouverneur Hospital*” que se enmarca en el plan de salud “*South Manhattan Network of the New York City Health and Hospitals Corporation*” (HHC). Además, tiene un convenio colaborador con la “*New York University*” (NYU) por lo que el RCC se convierte en centro docente adscrito a dicha universidad.

Roberto Clemente fue un jugador de béisbol profesional, de origen puertorriqueño, que en 1972 falleció en un vuelo de labor humanitaria que se dirigía a Nicaragua para atender a las víctimas de un terremoto reciente. El 1982, cuando el Dr. Jaime E. Inclán, doctor en psicología de origen también puertorriqueño fundó el centro, consideró adoptar su nombre en homenaje a los valores del deportista.

2. Orientación teórica.

EL RCC desarrolla una labor eminentemente clínica. La orientación teórica inicial del centro parte de la Terapia Familiar Sistémica de corriente Estructural (Minuchin, Montalvo, Guerney y Rosman, 1967) aunque ésta se ha ido complejizando y adaptando a las necesidades de la población atendida por el dispositivo a lo largo de los años. El centro atiende principalmente a personas inmigrantes de origen hispanohablante y que provienen de una cultura latina, siendo los países caribeños los que tienen mayor representación entre la población que acude a tratamiento. Teniendo en cuenta que el proceso migratorio y la condición de expatriado (historia de separación familiar, las dificultades laborales y económicas derivadas del proceso, la divergencia de valores y costumbres entre la cultura de origen y la cultura de acogida...) confiere unas características concretas en la psicopatología que presentan las personas inmigrantes, la necesidad de atender ésta realidad se hizo imperante en la labor terapéutica (Inclán, 2009). Por tanto, la mejor manera de incluir el contexto familiar, social, cultural y comunitario, y así entender de manera global las conductas del paciente identificado fue adoptar, de la teoría de Bronfenbrenner (1979), el modelo ecológico. Así, el modelo teórico que ha desarrollado el centro es el *modelo ecológico-sistémico* (Inclán, 2003), el cual tiene la característica especial de incorporar el macro-contexto de la persona y de la familia en la terapia. Desde este punto de vista, en el proceso terapéutico se priman los valores e influencias que desde distintos niveles socio-económico-comunitarios influyen sobre el individuo.

A medida que se fue desarrollando este modelo, se estableció que los profesionales del centro prestaran especial atención a tres realidades: al estrés que viven las personas inmigrantes asociado a la diferencia en los esquemas de valores de su país de

procedencia con los del país de acogida, a las diferencias tanto culturales como de clase social que presentaban en su condición de inmigrantes (y que repercuten especialmente en las normas de crianza de los hijos) y a los problemas asociados a retos y ajustes en el proceso de inmigración (especialmente para cruzar la frontera). De estas tres fuerzas dinámicas se desprende que la probabilidad de vivir experiencias traumáticas en cada uno de los procesos es elevada, (Inclán, 2003), augurando vivencias múltiples de distinto nivel de gravedad.

Por tanto, y siguiendo las necesidades más clínicas, uno de los modelos teóricos que se ha ido incorporando en las conceptualizaciones de los casos clínicos y que ha ido guiando las intervenciones psicoterapéuticas, ha sido la perspectiva de los trastornos de trauma y apego. Este modelo se deriva especialmente de los estudios del *Trauma Center and Justice Resource Institute* dirigido por Bessel Van Der Kolk y ubicado en la ciudad de Boston. Desde este centro abogan por que uno de los trastornos que mejor representa la sintomatología derivada por experimentar vivencias de violencia, de abuso, de negligencia repetida, de sensación de abandono temprana, de sensación de pérdida de seguridad, etc., y que forman parte de la historia de un porcentaje elevando de personas migrantes atendidas en el RCC sería el trastorno llamado de Trauma Complejo o Trastorno de Estrés Extremo o DESNOS (*Complex trauma and disorders of extreme stress*). Este trastorno, propuesto para su inclusión en los manuales de clasificación (Van der Kolk., 2007), recoge una realidad clínica que no se puede reducir a los síntomas definitorios del Trastorno de Estrés Post-traumático tal como describió Judith Herman en 1992, puesto que alteraciones como síntomas depresivos, ansiedad, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas, revictimización, problemas interpersonales, preocupaciones somáticas y desesperanza, más que condiciones aisladas o independientes, constituyen en muchos casos representaciones de núcleo del

Trauma Complejo y se conciben como un intento, patológico y extremo, de adaptación a la experiencia traumática vivida (Montalvo, Vilaplana, Sánchez, Gavarrell, Pedrós 2017).

De la población que atiende el RCC, los adolescentes que han vivido una inmigración por etapas y justo en el momento tras la reunificación familiar, son quienes mayores tasas de DESNOS suelen presentar. Además, en muchos casos se da el fenómeno de *pantalla dividida* (Inclán, 2003) que hace referencia a la evolución emocional desigual de las diferentes partes de la familia a medida que emigran. Los niños siempre suelen viajar los últimos y la reunificación familiar suele demorarse entre 3 y 8 años. En muchas ocasiones los niños han tenido que suprimir la experiencia de abandono y esta experiencia traumática previa tendrá una grave repercusión en la reunificación (Inclán y Castaner, 2012).

Por tanto, para trabajar específicamente con esta población, y sin perder de vista la orientación sistémico-ecológica, muchos de los profesionales del centro se han formado en los últimos años en terapias más específicas de intervención en trauma como *Eyes-Movement Desensitization Reprocessing* o EMDR, *Sensorimotor*, *Brainspotting*, *Sensory Motor Arousal Regulation Treatment* (SMART, terapia sensorimotor adaptada al mundo infantil).

2. CARACTERÍSTICAS CENTRO DE DESTINO.

1. Ubicación, instalaciones.

El centro se ubica en el *Lower East Side* en la parte Este de la isla de Manhattan, en la calle 13, número 540. La fachada del centro se reconoce por el mural pintado por el

artista *Chico*, un conocido *grafitero* criado en las calles del mismo *Lower East Side* y que ha dejado huella en numerosos edificios del barrio y de la ciudad de Nueva York, siendo reconocido incluso a nivel internacional.

Recientemente se ha remodelado parte del centro, por lo que las instalaciones se han mejorado. Se trata de una planta baja que se distribuye en 12 despachos individuales, un comedor para el programa de Centro de Día para personas con enfermedad mental grave de *Sylvia Del Villard Continuing Day Treatment Program*, dos salas de terapia con espejo unidireccional y sistema de audio, 2 enfermería-despacho médico, 2 salas de terapia de grupo, la recepción y la sala de espera. En el sótano (o *basement*), se encuentra la cocina, la sala de reuniones, los despachos y el espacio de estudio donde se ubican los estudiantes en formación que recibe el centro de manera anual.

2. Población atendida.

El centro atiende a población muy diversa, la cual accede derivada por la red de salud mental, de manera mayoritaria o, si lo considera necesario, la persona en concreto puede acudir de manera autónoma. El mayor porcentaje de población atendida son personas inmigrantes de procedencia latinoamericana, de clase trabajadora, y con una alta incidencia de eventos traumáticos personales y familiares en su historia de vida.

Puesto que el sistema sanitario estadounidense funciona a través de aseguradoras privadas, este hecho supone una ingente cantidad de energía invertida en justificar tanto la necesidad de tratamiento a nivel burocrático como de pactar con el paciente determinadas condiciones del tratamiento en consulta.

3. Profesionales.

El Roberto Clemente Center está conformado por un equipo multidisciplinar de profesionales de ambos sexos, mayoritariamente psicólogos y trabajadores sociales pues estos últimos en EEUU tienen formación y habilitación como psicoterapeutas. También trabajan 2 psiquiatras y 3 enfermeros, todos ellos bilingües y procedentes de distintos orígenes, siendo la multiculturalidad un factor estructural importante. El enfoque introduce el concepto de “empatía social” como actitud terapéutica básica, promoviendo que el nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad histórica, material y social del paciente estén lo más alineadas posible en las sesiones terapéuticas.

En el centro se oferta tratamiento psicoterapéutico a nivel individual, familiar y grupal; así como tratamiento psicofarmacológico. Además de la importante labor asistencial, el centro realiza una vasta tarea formativa, recibiendo un gran número de estudiantes universitarios, de máster y de doctorado, de psicología clínica, psiquiatría y trabajo social, así como residentes de diferentes partes del mundo. La actividad docente consta de varios seminarios dirigidos a la formación teórica fundamental en el modelo sistémico-estructural y ecológico, y se complementa con diversos espacios de supervisión individual y grupal.

4. Proyectos de investigación.

El dispositivo cuenta también con una amplia trayectoria investigadora centrada en la contribución del modelo ecológico al enfoque sistémico, con múltiples publicaciones y presentaciones científicas en los últimos años. Asimismo, en la actualidad están

implicados en varios estudios oficiales de investigación de intervención sistémica con familias inmigrantes, en procesos de reunificación familiar, así como con adolescentes con problemas de consumo de tóxicos: *Family-based protocol for medication integration in treatment of comorbid ASU/ADHD*, *Evidence-based practices and services outcomes in usual care for ASA* y *Quality community services for adolescent drug abuse*.

En reconocimiento a la labor investigadora, tanto el *Roberto Clemente Center* como el Dr. Jaime Inclán, han recibido diversos premios, entre ellos el Premio Franz Fannon (otorgado por el Centro de Postgrados en Salud Mental), el premio Rafael Tavárez Memorial (otorgado por Asociación Hispana de Profesionales de Salud Mental), el premio a la contribución innovadora en terapia familiar (otorgado por la *American Family Therapy Academy*), el premio Phillip Zlatchin (otorgado por la *New York University, NYU*) y el Premio Carolyn Attmeave (otorgado por la *American Psychological Association*). Además, el Instituto Nacional de Salud Mental (CAASP Program) seleccionó al Roberto Clemente Center como modelo nacional de programa de atención culturalmente competente.

En principio no se incluye a las residentes en los proyectos de investigación a no ser que se solicite de manera concreta y se apruebe por el equipo. Sí se fomenta la presentación a congresos y la investigación a nivel más individual.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actividad asistencial.

Mi rotación en el *Institute for family and community care Roberto Clemente Center* ha

resultado de alto valor formativo y experiencial. Durante los 4 meses de formación tuve la oportunidad de llevar un total de 10 casos como terapeuta desde distintos abordajes: familiar, de pareja e individual. La periodicidad de las visitas con cada caso es semanal. La mayoría de modalidades terapéuticas del centro incluyen evaluación inicial, individual, grupal y de terapia familiar y se garantiza, para las residentes, la observación de mínimo 10h/semana de sesiones psicoterapéuticas de las cuales nos encargamos de escribir la nota de evolución.

Inicialmente participé como observadora, acompañando a distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) tanto en las primeras entrevistas de evaluación, como en el seguimiento psicoterapéutico posterior.

La primera semana asistimos a un taller donde nos explicaron el proceso para realizar el *intake* (primera entrevista. El modelo se puede consultar en el Apéndice 1). Una vez realizado este paso y registrado en su sistema informático donde cabe señalar que el diagnóstico era imprescindible, se diseñaba un plan de intervención individualizado. Para esto, uno de los libros de referencia que usaban era *The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner, Fourth Edition* de Jongsma y Peterson (2006) y, en el caso de pacientes de infantil, el *The Child Psychotherapy Treatment Planner, Fourth Edition* de Jongsma, Peterson y McInnis (2006).

A medida que avanzaban las semanas, pude ya actuar como co-terapeuta y, en algunos casos nuevos o en que los pacientes ya me conocían, realizar sesiones como terapeuta principal o como pareja de otra residente de psiquiatría, siempre supervisadas, llevando a cabo el *intake* o alguna sesión concreta de seguimiento de los pacientes y familias.

Asimismo, he participado inicialmente como observadora y a continuación como co-

terapeuta en varias **terapias grupales** con pacientes de distintas características y desde distintos enfoques:

- **Grupo de pacientes masculinos con trastornos de la personalidad/historia de trauma.** La presencia de rasgos antisociales era elevada, algunos habían delinquido en el pasado y habían resultado presos. Era un grupo de largo recorrido, con una historia de varios años. La terapeuta principal, trabajadora social, seguía primordialmente un abordaje de acompañamiento emocional, psicoeducación, estrategias de regulación emocional y mentalización.
- **Grupo de pacientes femeninas con historia de trauma, antecedentes de trastornos del estado de ánimo, dolor crónico y disfunción familiar.** También se trataba de un grupo de largo recorrido, con 5 componentes. La terapeuta principal, psicóloga clínica, seguía unas directrices de Terapia Centrada en las Emociones, sin perder de vista el enfoque sistémico de la clínica. Se relacionaban las situaciones individuales con el contexto, se trabajaban estrategias de regulación emocional y asertividad. Se fomentaba especialmente la función de regulador social del grupo.
- **Grupo de pacientes femeninas con historia de Trauma Complejo.** Grupo de reciente creación con sólo dos integrantes. La terapeuta principal, psicóloga clínica, implementaba la **Terapia Sensorimotor** de manera estructurada. Se trabajaban estrategias de psicoeducación específicamente de trauma, desde la orientación *bottom-up* (abajo-arriba) atendiendo al cuerpo como guía en la intervención y desarrollando estrategias para ensanchar la ventana de tolerancia (Ogden y Fischer, 2016) de estas pacientes: enraizamiento, orientación al presente, técnicas de respiración...
- **Grupo Arte-Terapia.** Primera edición del grupo. Pacientes de ambos géneros

con rasgos impulsivos de personalidad que, a través del arte, trabajaban maneras de expresión emocional: se realizó un collage para trabajar identidad personal, cultural y la imagen de sí mismos a través de las proyecciones en el papel, ejercicios de escritura, dibujo, cocina... como maneras de auto-regulación a través de la expresión artística.

- **Grupo Multiparejas.** Parejas con problemas para manejar la impulsividad. Fue la primera edición del grupo, por lo que formé parte de todo el proceso, pero sólo pude asistir a dos sesiones. Se empezó trabajando con psicoeducación acerca de las dinámicas de pareja y se planteaban seguir con ejercicios de confianza y comunicación entre la pareja.

Uno de los aspectos a destacar de las dinámicas grupales en el RCC es que las celebraciones que incorporaban comida eran muy frecuentes durante las sesiones. Este hecho se explica por la importancia de los factores culturales en el proceso terapéutico y, como es bien sabido, la comida y el acto de comer es una de las maneras de las familias de expresar el afecto. Por tanto, pude asistir a muchas sesiones donde se aportaba comida típica de la cultura de origen de todos los integrantes del grupo, enriqueciendo el conocimiento y el entendimiento de la realidad del otro.

Toda mi actividad asistencial ha estado **supervisada** por los distintos profesionales a los cuales he acompañado, y además he contado con un espacio de supervisión grupal coordinado por Oscar Ocasio, mi tutor de rotación. Por otro lado, he podido asistir a la **observación a través del espejo unidireccional (*Live Consultation*) de terapias familiares** conducidas por el Dr. Héctor Goa y el Dr. Jaime Inclán, participando a modo

de equipo reflexivo detrás del espejo y posteriormente participando en discusiones acerca de los casos con el equipo multi-profesional.

También he formado parte como observadora y en las supervisiones del **plan terapéutico individual** de los pacientes con historia de trauma asignados a Natasha Lazartes, psicóloga clínica, y al Dr Miguel Vilaró, psiquiatra. Ambos han contribuido de manera muy enriquecedora en completar mi aproximación a la psicoterapia desde la perspectiva de trastornos de trauma y apego, formándome a nivel teórico en Terapia Sensorimotor tanto para adultos como para niños (SMART) y a nivel práctico en la participación de las sesiones de terapia de adultos, niños y familiares. La mayoría de sesiones con ambos terapeutas se centraban en trabajar aspectos derivados de las terapias de trauma con pacientes con historia de eventos traumáticos siguiendo el abordaje en 3 fases propuesto para este tipo de pacientes: estabilización, trabajo con recuerdos traumáticos y crecimiento post-traumático (Steele, Hart y Nijenhuis, 2005). Habitualmente asistía como observadora y, tras la sesión, realizábamos una supervisión que completaba la observación de las técnicas implementadas. Además, me proporcionaban literatura para profundizar en las bases teóricas de las terapias, integrando sesión tras sesión la teoría estudiada de manera autónoma con sus explicaciones y con la práctica de las estrategias.

2. Actividad formativa.

Los profesionales del centro desarrollan un excelente programa formativo en terapia familiar sistémica vehiculizado a través de seminarios de carácter obligatorio que constituyen una tercera parte del horario de trabajo. Estos seminarios, presentación de

casos y sesiones de terapia familiar o de pareja en vivo son de carácter obligatorio y asisten a ellos todos los estudiantes y residentes del centro, incluidos residentes de otros centros que muestran un interés especial en la terapia familiar sistémica.

Los seminarios que se desarrollan en el centro son los siguientes:

- ***“Family Treatment Planning Seminar” (Case Disposition):*** Seminario semanal al que asiste todo el personal del centro. En él se presentan, siempre apoyándose en el genograma de la familia del paciente identificado, los casos de nueva derivación al centro que ya han sido valorados por los distintos profesionales del equipo, y en el cual se discute y diseña de forma grupal el tratamiento más adecuado para el paciente en base a los objetivos principales de tratamiento.
- ***“Family Therapy Strategies and Interventions Seminar” (Seminario Teórico):*** seminarios de dos horas de duración conducidos por el Dr. Inclán, director del centro, en el que se exploran y explican diferentes conceptos relacionados con la terapia familiar, el enfoque ecológico y la importancia de los aspectos culturales. El programa teórico estaba predefinido de septiembre a mayo donde cada semana se abordaba un tema específico sobre terapia familiar sistémica. Los estudiantes debíamos leer unos artículos o capítulos de libro antes de asistir al seminario. Los primeros seminarios abordaban las bases de la terapia familiar siguiendo el libro de Técnicas de Terapia Familiar de Salvador Minuchin y Charles Fishman (1994) y el Modelo sistémico-ecológico (Inclán, 2009) y, a

medida que se avanzaba en el curso, se profundizaba en abordajes más específicos como la Terapia de Pareja Centrada en las Emociones (EFT son sus siglas en inglés) de la doctora en psicología clínica Sue Johnson (2009).

- **“Didactic Family Therapy Seminar” (Seminario práctico):** Seminario semanal de una hora y media de duración. Se llevaba a cabo la misma tarde que el seminario teórico. Todos los residentes y estudiantes del centro eran divididos y separados en dos sub-grupos distintos que eran dirigidos por dos terapeutas del centro. Las lecturas que correspondían a la temática de la semana y que se habían explicado en el seminario de la mañana se asignaban la semana previa a una pareja de estudiantes que debían presentar y guiar un debate en su grupo del seminario práctico. Este debate era también moderado por los terapeutas, de modo que se conseguía una dinámica participativa para todos los integrantes del grupo. Durante mi rotatorio tuve que presentar en una ocasión, en el seminario sobre la infidelidad en la pareja, basado en textos de Juan Luis Linares y Carmen Campo (2002).

Asimismo, por la filosofía más comunitaria del centro, en alguna ocasión se nos invitó a participar en **actividades fuera del centro** y del horario habitual y que se llevaban a cabo en la comunidad. Un ejemplo de estas fue asistir a una asamblea en el *Lower East Side* celebrada en una iglesia cercana donde varios vecinos y representantes del ayuntamiento de la ciudad de Nueva York debatían sobre la adecuación de retirar las vallas de los parques infantiles del barrio. Esta actividad me resultó muy interesante puesto que pude observar en primera persona el funcionamiento comunitario en uno de los barrios de Manhattan con mayor presencia de inmigrantes latinoamericanos.

Además, aparte de la formación recibida dentro del programa del centro, se me brindó la oportunidad de asistir a diferentes **congresos y simposios**:

- *5th Annual symposium in understanding and treating Psychotic Disorders* en *Icahn Medical Institute* en el Hospital Mount Sinaí en Nueva York,
- Congreso de psicoterapia *Psychotherapy Networker Symposium*, de gran prestigio, que se organiza todos los años en Washington y donde pude asistir a charlas de prestigiosos profesionales de la salud mental como Dan Siegel, Bessel Van Der Kolk, Sue Johnson o Janina Fisher entre otros.

Como actividad complementaria y para entender de manera más holística la cultura y el trabajo que se realiza a este nivel con los pacientes del centro, se nos **invitó como ponentes principales** a un congreso estudiantil de la ciudad de San Juan en Puerto Rico. El intercambio resultó muy fructífero tanto a nivel profesional por desarrollar el rol de ponentes en un congreso internacional, como a nivel personal, completando el entendimiento de los referentes socio-culturales que presentaban los pacientes del centro.

- 29 de marzo 2017: Ponencia internacional en el Congreso de estudiantes de Psicología de la Universidad Metropolitana (UMET) de San Juan, Puerto Rico, sobre el sistema de formación sanitaria español y el abordaje psicoterapéutico de los trastornos por trauma complejo.

3. Cronograma:

El cronograma refleja el horario típico que seguí durante una semana regular de mi periodo de rotatorio. Las actividades en cursiva tenían carácter obligatorio y formaban parte del programa formativo que el centro organiza para los estudiantes y residentes. El resto de actividades, de carácter asistencial, se configuraban según el interés personal de cada residente y se pactaban con el responsable del caso o del grupo en concreto.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00	Sesión individual	Día Libre	Sesión individual	Grupo mujeres dolor crónico/ ánimo/historia de trauma	<i>Case Disposition (Presentación de casos)</i>
10:00	<i>Seminario teórico</i>		Lectura	Sesión Individual	
11:00			Grupo Trauma Complejo, terapia Sensorimotor	Grupo hombres trastorno de personalidad/historia de trauma	
12:00				Lectura	Terapia Familiar
13:00	Comida		Comida	Comida	Comida
14:00	<i>Seminario</i>		<i>Seminario-Live Consultation Dr Goa (Quincenal)</i>	Sesión individual	<i>Tutorización/ supervisión casos individual/</i>
15:00	<i>Práctico</i>			<i>Live Consultation (Sesión en vivo) Dr Inclán.</i>	
16:00			Sesión individual/ familiar infantil historia de trauma		
17:00	Sesión individual				
18:00	Grupo arte-terapia.		Grupo multiparejas		
19:00					

4. APLICACIÓN A NUESTRO CONTEXTO.

El rotatorio en el RCC cuida mucho la formación teórico-práctica en terapia familiar sistémica, aunándolo con el modelo ecológico y complementándolo con la perspectiva de trauma. Partiendo de estas bases, considero que el mayor rendimiento que se consigue tras la estancia en su equipo es una ampliación de la mirada del profesional de la salud mental tanto en la conceptualización de los casos como en la intervención psicológica y comunitaria.

En el RCC se aprende a trabajar desde una orientación sistémica en el tratamiento del paciente, es decir, el comportamiento individual se entiende dentro de unos contextos que son el familiar, el comunitario y el social, los cuales fijan los parámetros para comprender la conducta, la salud y la enfermedad de las personas.

En cuanto a la aplicabilidad directa a nuestro contexto, siguiendo las cifras del Instituto Nacional de Estadística del 2016, la población extranjera registrada en el Estado Español asciende a 4.418.157 personas, representando el 9'5% del total de la población (INE, 2017). Este porcentaje deriva en una importante suma de personas de origen extranjero atendidas por los servicios de sanidad pública. Además, se registraron un total de 75.316 nacimientos en 2015 en los que la madre tenía un origen extranjero (INE, 2017). Este valor total supondrá miembros de la misma familia con orígenes sociales y culturales distintos. Este hecho, se ha observado que en muchos casos tiene una repercusión en las dinámicas familiares y que, en ocasiones, estas dinámicas terminan requiriendo intervención psicoterapéutica. Siguiendo la filosofía del RCC, esta intervención psicoterapéutica debe estar guiada por el concepto de “competencia

cultural”, atendiendo a la cultura de origen de la persona atendida y prestando especial interés en la disonancia de creencias, costumbres y valores que se sucede entre la cultura de origen y la de acogida. Por tanto, el enriquecimiento de la mirada del terapeuta que se consigue tras la rotación en el RCC y el entrenamiento en la habilidad de “empatía social”, resulta de gran utilidad para cualquier contexto de trabajo.

Además de la visión cultural de la salud mental de la que parte el centro, el énfasis que otorgan a la conceptualización de casos de población infantil y adolescente desde la perspectiva de trauma resulta tremendamente útil para la práctica clínica. En muchas ocasiones, la infancia y adolescencia representan la franja de edad poblacional menos atendida y, en muchos casos, infradiagnosticada. Este hecho repercute gravemente en un correcto desarrollo adulto pues es bien sabido que la intervención temprana de procesos psicopatológicos graves y agudos cumple una función preventiva. Por este motivo todas las terapias que he conocido y aprendido para trabajar con los trastornos de trauma en población infantil y también adulta resultan de gran relevancia, puesto que el efecto del trauma no difiere tanto de la experiencia en sí, sino de las consecuencias que tiene para el desarrollo de la persona en cuestión.

Las vivencias de eventos adversos son universales pues, independientemente del tipo de evento vivenciado, las memorias traumáticas son subjetivas e individuales para cada persona y son generalizadas (con un amplio intervalo de gravedad). De esta manera, la intervención temprana sobre los recuerdos traumáticos puede ayudar a prevenir casos de trauma del desarrollo (Van der Kolk, 2007) y otro tipo de consecuencias, resultando de gran aplicabilidad en cualquier contexto de intervención en salud mental.

5. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL.

El programa formativo de Psicóloga Interna Residente facilita enormemente el acceso a conocer el estilo de trabajo de profesionales de muchos ámbitos distintos relacionados con la salud mental y permite nutrirse de muchas aproximaciones distintas a la labor terapéutica en nuestro sistema sanitario. Los rotatorios externos suponen una experiencia tremendamente enriquecedora tanto a nivel profesional como personal, añadiéndose las ventajas de los sistemas observados a la mejora de nuestro sistema actual. Para mí, trasladarme a un país extranjero amparada por un sistema formativo, integrarme en un equipo de profesionales nuevo, en una lengua extranjera y conseguir aprehender un modelo psicoterapéutico que, en muchos aspectos, es muy diferente al propio, constituyó un complemento perfecto a mi formación como psicóloga clínica y a mis esfuerzos como profesional para mejorar el entendimiento de la naturaleza humana.

Mi rotatorio en el RCC en Nueva York me ha permitido, en primer lugar, formar parte de un ambiente multicultural y acercarme a realidades, costumbres y vivencias diferentes a la propia; aspecto realmente enriquecedor para mi mirada sobre el fenómeno migratorio y de la historia de los pacientes con un origen distinto al mío. En segundo lugar, me ha posibilitado seguir formándome tanto en teoría como en su aplicación práctica en Terapia Familiar y en la perspectiva sobre los trastornos de trauma, especialmente aquellos que afectan a la infancia. He podido conocer y observar la aplicación de psicoterapias más novedosas que están empezando a hacerse hueco en el sistema español como EMDR o Terapia Sensorimotor. Por último, el hecho de poder llevar a cabo esta rotación siendo yo también una inmigrante en un país extranjero, me ha brindado la posibilidad de vivenciar un proceso migratorio en primera persona,

completando la experiencia de aprendizaje de su modelo. Además, esta estancia se vio completada con la invitación como ponente al Congreso de Estudiantes de Psicología de la Universidad Metropolitana (UMET) de San Juan, Puerto Rico; donde pudimos descubrir de cerca la cultura y el territorio del cual provienen la mayor parte de los pacientes atendidos en el centro y que nos permitió completar el abordaje cultural y comunitario del que parte el RCC.

De los aspectos positivos a destacar del rotatorio consideraría:

- Se trata de un centro de psicoterapia, dirigido por un psicólogo clínico donde el abordaje psicoterapéutico es fundamental. Los psiquiatras que trabajaban en el centro también tenían una mirada psicoterapéutica de intervención por encima de la fármaco-terapéutica. Esta perspectiva enriquecía las supervisiones, uno de los puntales del método de trabajo del RCC.
- Compartir la estancia con muchos otros estudiantes y residentes con diferentes orígenes multiculturales facilita bastante el proceso de integración.
- El abordaje comunitario de los pacientes, que se les considera clientes y la función social que cumple el centro como base psicoterapéutica en muchas ocasiones.
- La posibilidad de observar a profesionales trabajando en vivo a través del espejo unidireccional y las supervisiones y los debates resultaban muy enriquecedores.
- Los congresos y encuentros formativos a los que he podido asistir en EEUU han sido de un elevado nivel, resultando un privilegio asistir a ponencias de eminencias internacionales en el campo de la psicoterapia como Salvador Minuchin o Bessel Van Der Kolk.

Los aspectos a mejorar que consideraría son:

- El aspecto que más puntualizaría como mejorable del centro es la desorganización. Resultó tedioso el proceso de solicitar el rotatorio y los documentos que enviaban los tutores durante todo el proceso de aceptación como de guía con información práctica sobre visados y preparativos eran escasos y espaciados en el tiempo. Una vez en el centro, resultó muy farragoso pactar el horario durante las primeras semanas y en mi caso particular coincidió con la necesidad de mudarnos de edificio, aspecto que potenció la desorganización general. Al principio las funciones y los profesionales que se hacían responsables de las residentes estaban poco definidos, pero este aspecto se fue mejorando a medida que avanzaba el rotatorio. Tengo que reconocer que la calidez humana de muchos de los profesionales que trabajan allí ayudó a paliar la sensación de caos presente en el período de adaptación.

Mi recomendación principal para futuros residentes que les gustaría solicitar una rotación en el RCC es que soliciten información a antiguos residentes que hayan rotado allí, solicitando información a través de ANPIR, para que les asesoren en cuestiones de visado y de funcionamiento general.

Como valoración global, considero que el RCC es un centro donde el acogimiento a los estudiantes y residentes se realiza de manera fácil, en una ciudad tan vibrante como Nueva York y que el trato con el equipo es tan cercano que llegas a sentirte parte de la familia de trabajadores del centro.

6. AGRADECIMIENTOS.

A mis compañeras de aventuras en el RCC: Ana, Patri, Jenni. Sin vosotras, Nueva York tendría menos luz.

Al equipo del RCC: a Óscar por cuidarme y enseñarme tanto a nivel profesional, a Natasha y a Miguel por enriquecer mi mirada sobre los pacientes y a Jaime y Héctor por las interesantes sesiones en vivo.

A ANPIR y a su junta directiva, por priorizar la formación de nuestros socios y contribuir a que los profesionales de la psicología clínica tengamos oportunidades de formación en centros de excelencia extranjeros.

7. REFERENCIAS.

- Bronfenbrenner U. (1979) The ecology of human development. *Eur Rev.* 13:97–103.
- Herman, JL. (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3):377–391.
- Inclán, J. (2003). Class, culture, and gender in immigrant families. En *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (333-347). Washington, DC. EEUU: American Psychological Association.
- Inclán, J. (2009). Terapia familiar con inmigrantes latinoamericanos: Modelo Sistémico-Ecológico. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, vol.22, pp. 43- 62.
- Inclán, J. y Castaner P. (2012). Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémica-ecológica. *Redes.* 27, 9-58.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2017) Anuario Estadístico de España. *Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado*. Madrid: INE. Recuperado en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Johnson, S. (2009). *Abrázame fuerte*. Madrid: Urano.
- Jongsma, A. and Peterson, LM. (2006). *The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner, Fourth Edition*. EEUU, New Jersey: Hoboken.
- Jongsma, A., Peterson, LM. and McInnis, W. (2006). *The Child Psychotherapy Treatment Planner, Fourth Edition*. EEUU, New Jersey: Hoboken.

- Linares, JL y Campo, C. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Planeta.
- Minuchin S., Montalvo B., Guerney Jr BG, Rosman BL, (1967). *Families in the slums, an exploration of their structure and treatment*. New York, EEUU: Basic Books.
- Minuchin, S y Fishman, C. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Montalvo, D., Vilaplana, A., Sánchez, A., Gavarrell, C., y Pedrós, A. (2017). Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified (DESNOS): Concepts and Treatment. En: *Advances in Psychology Research. Volume 123* (Pp. 153-178). New York, EEUU: Nova Science Publishers, Inc.
- Ogden, P., Fischer, J., (2016). *Terapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Madrid: Biblioteca de Psicología. Desclée-Desbower
- Steele K, Hart O Van Der., Nijenhuis, E. (2005) Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *D trauma y disociación*; 6(3):1–33.
- Terr, L. (1991). *Traumas of childhood: synthesis and overview*. San Francisco, EEUU: American Psychiatric Association.
- Van der Kolk, B. (2007) The history of trauma in psychiatry. En: Friedman, M. J., Keane, T. M., Resick, P. A., editors. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York, EEUU: Guilford Press.

8. REFERENCIAS ESENCIALES EN CASTELLANO.

- Baitas, S. (2015) *Rompecabezas*. Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia. Argentina, Buenos Aires: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Inclán, J. (2009). Terapia familiar con inmigrantes latinoamericanos: Modelo Sistémico-Ecológico. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, vol.22, pp. 43- 62.
- Inclán, J. (2014). Contribuciones al enfoque sistémico: modelo ecológico. Roberto Clemente para familias inmigrantes. *Pensamiento sistémico, nuevas perspectivas y contextos de intervención*. pp. 47-71.
- Johnson, S. (2009). *Abrázame fuerte*. Madrid: Urano.
- Minuchin, S y Fishman, C. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Ogden, P., Fischer, J., (2016). *Terapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Madrid: Biblioteca de Psicología. Desclée-Desbower
- Steele K y Hart O Van Der. (2005). Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *D trauma y disociación*, vol.6 (3):1–33.

9. ANEXOS.

APÉNDICE 1. MODELO BREVE DE PRIMERA ENTREVISTA.



ELECTRONIC MEDICAL RECORD: BRIEF EVALUATION – RCC

I. Background

I.D. Basic: Patient is a old man/ woman/ child, born in to parents, who: (together, separated, divorced, deceased, etc.)

Birth_Order: Patient is the of children from (second of 4, only, etc.) marital relationships of the mother.

Structural Childhood Environment Patient's childhood and growing experience was characterized by: (Poverty/ abuse/ trauma/ drug history/ domestic violence, etc.)

Emotional Childhood Environment Patient's report of Childhood, family / emotional environment and relationship to primary caretakers; Including, *when appropriate* Developmental History, and Sexual History/ High-Risk Behaviors

Migration: Migration history includes: (explain: whole family, in stages, dates; acculturation and language issues) Education: Level of education completed

Employment: Summary of work history:

II. Presenting Problem

Referral: Patient referred by and seeks treatment now due to: (mandated, loss, mental, family conflict, etc.)

Chief Complaint: Patient's chief complaint (patient's narrative)

Hx. of Presenting Problem: Analysis of how and when problem started and how it developed into today's problem, including role of alcohol/ substance abuse problems, and sexual history/ high risk behaviors *when appropriate*

Tx. History: Mental Health Treatment history: (pattern of M.H. Treatment Episodes)

Mental Status: Observation of patient during initial evaluation include:

- a) Appearance
- b) Attendance and timeliness
- c) Intellectual functioning and insight
- d) Motivation
- e) Thought or Mood Disorder
 - Suicidal/ Homicidal History If yes, explain action plan taken
 - Thoughts of hurting self or others
 - Delusions

Roberto Clemente Center 540 East 13th Street New York New York 10009
AN ACADEMIC AFFILIATE OF NYU SCHOOL OF MEDICINE 212-387-7400 nyc.gov/gouverneur MEMBER NYCHHC



III. Family Dynamics

Household: Patient currently lives in a household composed of (genogram)
Family Dynamics: Current family dynamics associated with **problem/ symptom maintenance**
Family Patterns: Family of origin and ecological systems dynamics underlying current problems/ symptoms. (Patterns of **symptom formation**).

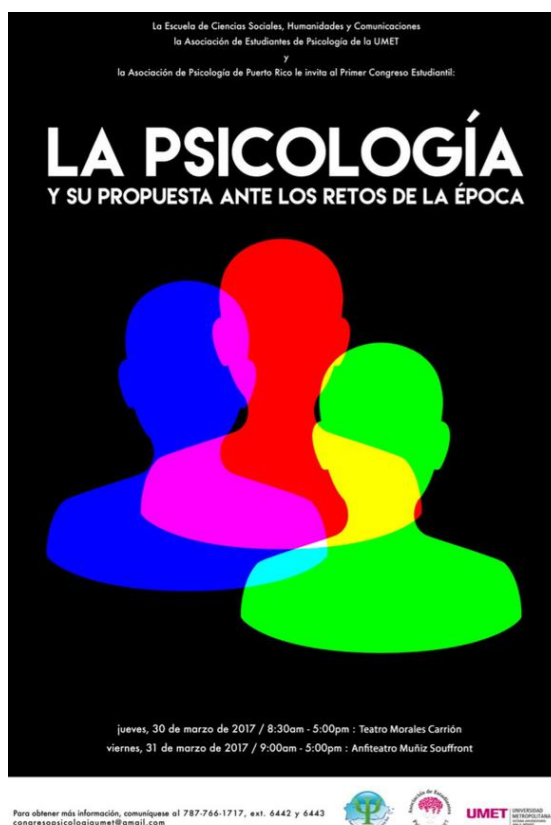
IV. Treatment Considerations:

Clinical Hypothesis: Early Family life (Attachment), Individual, Couple/ Family dynamics, Social, Ecological
Recommendations: Area of Treatment Focus
Ecological Fields to consider: Patient and primary caretakers relationship issues (attachment)
Family dynamics: (Family of Origin, Nuclear Family)
Individual Patient Issues: Personality and Stages of Life Issues
School/ education
Work/ Employment (Unemployment)
Community Resources: (Social Services, Tx. Programs, Child Protection, Criminal Procedure, Law status, Religious Affiliation, etc., *as appropriate*) Migration Issues:
Values- Orientation Issues:
Spouses (Acculturation, gender roles)
Intergenerational (Parents-Children; Gender;
Issues Developmental and General Values
Differences)

APÉNDICE 2. ACTIVIDAD FORMATIVA A LA QUE ASISTÍ:

1. Congreso Universidad Metropolitana de Puerto Rico.

Asistencia como ponente.



Universidad Metropolitana Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Comunicaciones Primer Congreso Estudiantil: La Psicología y su propuesta ante los retos de la época. Programación: viernes, 31 de marzo de 2017 Anfiteatro Muñiz Souffront			
Hora	Lugar	Actividad	Ponentes
7:45- 9:00	Anfiteatro Muñiz Souffront	REGISTRO	
9:00-10:00		Conferencia de invitadas del internado de la clínica Roberto Clemente, Nueva York: <i>La formación del psicólogo clínico en el Sistema de salud pública en España.</i>	Ana Cortés Villena (Hospital Dr. Peset; Valencia, España) & Alba Vilaplana Pérez (Hospital Lluís Alcanyis; Valencia, España)
10:00-11:15		a) Una Mirada al modelo afirmativo aplicado a grupos de apoyo trans en Puerto Rico b) Micromachismos y su impacto psicosocial c) Actitud Hacia el Matrimonio y la Adopción Entre Parejas del Mismo Sexo: Percepción de Estudiantes del RUM d) La Universidad Como Red De Apoyo Para Estudiantes LGBTTTQ+	a) Jean C. Ortiz (UMET) b) Coralís Del Mar Arroyo Román (UCA) c) Karolina Vélez Medina (UPR-Mayagüez) d) Abimalec Torres Serrano (UPR-Mayagüez)
11:15-12:30		a) Influencias de Lev Vygotsky para el desarrollo de la teoría socio-cultural b) El problema de ser especial: El diagnóstico del trastorno específico de aprendizaje y su problematización c) Retos en la actualidad de la psicología escolar en Puerto Rico d) Effects of prenatal drug exposure on children's working memory: A systematic review	a) Yaldeen Maldonado (UPR-RP) b) Yamelie Gonzáles Rodríguez (UPR-Aguadilla) c) Christian Álvarez Vélez (UCA) d))Samariz Laboy-Hernández (UPR-RP)
12:30-1:45		Almuerzo	
1:45-3:00		a) Estudio sobre instrumentos de reclutamiento, selección y capacitación de empleados en la Administración Municipal en Puerto Rico b) Desafíos Y Oportunidades Desde Las Voces De Algunos Líderes Sindicales En Puerto Rico: Una Aproximación De La Psicología En Las Organizaciones c) Relación entre el Conflicto Trabajo-Familia, el Balance Trabajo-Familia y el Sentido de Bienestar en una Muestra de Trabajadores del Sector Privado en Puerto Rico	a) Rigoberto Rodríguez, Jessie Guerrero & Rose Rodríguez (PUCPR) b) Ángel Comas (PUCPR) c) Greisa Mercado (PUCPR)
3:00-4:45		a) El Desgaste Emocional en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes de Alzheimer del Área Metropolitana	a) Rhode R. Cruz Ayala, Linnette Jimenez Pérez, Jean C Ortiz Sarihana Ortiz De León & Naishalie Santos Luciano (UMET)

**2. Congreso Psicoterapia “Psychotherapy Networker” celebrado en
Washington.**



3. Simposium de Innovación y Avances en Trastornos Psicóticos en Nueva York.



5th Annual Innovations in Psychiatry Symposium Advances in Understanding and Treating Psychotic Disorders

At

*Icahn Medical Institute
New York, NY*

On

February 17, 2017

This activity was designated for 6.50 AMA PRA Category 1 Credit(s)™.