



Cambridgeshire and Peterborough Assessing, Managing and Enhancing Outcomes

**BECA ANPIR 2025 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE
EXCELENCIA EN EL EXTRANJERO**

Christian López Cruz
R4 de Psicología Clínica
Hospital Universitario de La Ribera, Alzira (Valencia)

Diciembre 2025 – Enero 2026

Psychosis rarely just happens spontaneously. It develops over time.

— Chris Jackson, 2019

There is still a lack of consensus as to what recovery from psychosis actually means, how it should be measured and how it may ultimately be achieved.

— Chris Jackson, 2019

That's why I always say EIP saved my life.

— Andrew Gordon, 2019

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ROTATORIO	4
1.2. LUGAR DE PROCEDENCIA	4
1.3. OBJETIVOS DEL ROTATORIO	5
2. MARCO TEÓRICO SOBRE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS.....	6
3. FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN REINO UNIDO.....	9
4. FUNCIONAMIENTO DEL NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)	11
4.1. EQUIPOS DE EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS (EIP)	11
4.1.1. Standard guidelines.....	11
4.1.2. El rol de la Enfermería Especialista y el Trabajo Social	13
4.2. CAMEO: CAMBRIDGESHIRE AND PETERBOROUGH ASSESSING, MANAGING AND ENHANCING OUTCOMES.....	14
4.2.1. Equipo terapéutico.....	15
4.2.2. Derivaciones	16
4.2.3. Cronograma y trabajo telemático	17
4.2.4. Investigación	17
4.3. INPATIENT WARD: INGRESO HOSPITALARIO EN UK Y EL NAV MODEL 3-3-3.....	18
5. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN EXTERNA.....	20
5.1. SUPERVISORES DURANTE LA ROTACIÓN	20
5.2. ACTIVIDADES REALIZADAS.....	20
5.2.1. Actividad asistencial.....	20
5.2.2. Actividad investigadora	21
6 APLICABILIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).....	22
6.1. LA ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA PSICOSIS.....	22
6.2. UN MODELO DE MEJORA CONTÍNUA	22
6.3. LOS RIESGOS DE UNA MENOR FORMACIÓN	23
7 CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	24
8 AGRADECIMIENTOS	25
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
10 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	28

1. INTRODUCCIÓN

La presente memoria recoge mi experiencia durante la estancia de dos meses que realicé en la unidad CAMEO: Cambridgeshire and Peterborough Assessing, Managing and Enhancing Outcomes, la cual forma parte de los equipos de Early Intervention Services of Psychosis (EIP) del National Health Service (NHS) de Reino Unido. Dicha estancia, comprendida entre diciembre de 2025 y enero de 2026, formó parte del rotatorio externo en mi cuarto año de residencia dentro de la Formación Sanitaria Especializada en Psicología Clínica. El principal objetivo fue conocer un sistema de salud extranjero de funcionamiento radicalmente diferente al Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, y específicamente sobre el abordaje del primer episodio psicótico (PEP) y los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), bajo la supervisión del Consultant Clinical Psychologist James Plaistow.

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ROTATORIO

Las experiencias psicóticas representan una de las realidades clínicas más complejas y estigmatizadas dentro de la salud mental. A pesar de los avances científicos y el acúmulo de evidencia en psicoterapia, las personas con estados mentales de alto riesgo (EMAR), primeros episodios psicóticos (PEP) o trastornos mentales graves (TMG), incluyendo aquellas con diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, continúan enfrentando barreras importantes para recibir una atención temprana, especializada, basada en la evidencia y centrada en la recuperación (McGorry et al., 2008; Tiller et al., 2023). Como consecuencia del modelo biomédico imperante en el momento actual, son más que evidentes las dificultades a nivel profesional e institucional que existen para el desarrollo de las funciones del PEPC en general y de intervenciones psicoterapéuticas en particular. La breve trayectoria histórica de nuestra especialidad impide en muchas ocasiones que los clínicos y residentes se sientan con la confianza o los recursos suficientes para enfrentarse a un trabajo psicoterapéutico de calidad y con garantías. Además de los impedimentos institucionales a los que nos solemos enfrentar, la ausencia de recursos específicos en los que rotar durante la residencia en muchas comunidades autónomas, la formación bajo la supervisión de profesionales no PEPC o la carencia de cursos de experto o másteres universitarios son algunos de los motivos por los que la PEPC no ha dado un paso al frente en reclamar su importante labor en este ámbito.

La solución a esta clase de problemáticas conlleva cambios que van más allá de una rotación externa. Sin embargo, toda contribución es necesaria. Es por eso por lo que conocer unidades de excelencia clínica, docente e investigadora sobre la intervención en psicosis en sistemas sanitarios del extranjero es tanto una oportunidad formativa como una obligación para con la contribución al desarrollo de la figura del PEPC en la recuperación de la psicosis dentro del SNS en España.

1.2. LUGAR DE PROCEDENCIA

Mi residencia la he llevado a cabo en el Hospital Universitario de La Ribera, en Alzira. Se trata de un hospital comarcal situado a unos 40 minutos de Valencia que da cobertura a una población amplia y heterogénea, con marcadas diferencias culturales y un fuerte componente rural. Estas características influyen de manera significativa en la práctica clínica: por un lado, es frecuente encontrar una importante implicación y contención por parte de las familias; por otro, la dispersión geográfica y la limitada disponibilidad de recursos comunitarios pueden dificultar el acceso a determinados apoyos y servicios para los pacientes. Este contexto también impregna la experiencia formativa durante la residencia. La dimensión comarcal del hospital favorece una mayor cercanía entre profesionales y genera un ambiente de cohesión entre los distintos miembros del equipo, con independencia del rol que desempeñen. Un ejemplo de ello es la relación de respeto y colaboración habitual entre psicología clínica y psiquiatría, especialmente

reforzada por el hecho de que los residentes PIR realizan guardias de urgencias junto al equipo de psiquiatría. Aunque La Ribera es un hospital con recursos limitados, ofrece al mismo tiempo amplias posibilidades de desarrollo profesional. Las propias necesidades del servicio han permitido impulsar iniciativas y proyectos clínicos de interés, como la creación de unidades funcionales para el abordaje del primer episodio psicótico, donde tuve la oportunidad de establecer mi primer contacto con este ámbito más allá de los rotatorios habituales de hospitalización. Las diferencias entre mi hospital y el servicio CAMEO son numerosas; sin embargo, también resultaba fácil trazar puentes entre ambos contextos asistenciales, especialmente en lo relativo al interés compartido por la intervención temprana y el desarrollo de dispositivos específicos para la atención a los primeros episodios psicóticos.

1.3. OBJETIVOS DEL ROTATORIO

A continuación se presentan los objetivos que fueron propuestos para la solicitud y aprobación del rotatorio externo y desarrollados posteriormente durante la estancia tanto en Cambridge como en Peterborough:

- 1) Ampliación del manejo desde un enfoque integrado del paciente con psicosis mediante recursos ampliamente dotados tanto en intervenciones individuales, grupales, familiares y psicosociales.
- 2) Abordaje de la psicosis en contexto internacional bajo el funcionamiento de un sistema nacional de salud diferente, concretamente de Reino Unido, que trata de reducir los tiempos de espera en la asistencia para una potencial extrapolación de su funcionamiento.
- 3) Ampliar conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad del primer episodio psicótico y el estado mental de alto riesgo.
- 4) Ampliar conocimientos, habilidades y actitudes sobre la coordinación en red con otros dispositivos asistenciales y profesionales con el fin de reducir la tasa de reingresos futuros y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares.
- 5) Ampliar conocimientos de los factores más relevantes en la coordinación con los distintos dispositivos y recursos de la red sociosanitaria, desde una óptica de continuidad de cuidados.
- 6) Participar en las líneas de investigación que actualmente tiene en marcha el centro de referencia con el fin de mejorar y desarrollar los conocimientos en investigación.
- 7) Establecer redes de colaboración futuras en investigación entre el centro de destino y el hospital de origen respecto a un campo de estudio en auge y desarrollo como el primer episodio psicótico y el estado mental de alto riesgo.

2. MARCO TEÓRICO SOBRE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS

Las experiencias psicóticas forman parte de la diversidad humana. Oír voces o experimentar paranoia, como cualquier otro fenómeno psicológico, surge como respuesta a un contexto biográfico determinado, vivenciado por una persona concreta (Cooke, 2014). Dichos fenómenos, lejos de ser vistos como signos o síntomas de enfermedad, se pueden comprender como formas diferentes de responder a los problemas de la vida. Como experiencia personal única su entendimiento nunca puede separarse de su carácter radicalmente humano. Solamente considerando a la persona que vivencia subjetivamente dichas experiencias se podrá llegar a su verdadero significado (Pérez-Álvarez, 2012). En esta línea, el denominado movimiento de escuchadores de voces (Hearing Voices Movement) ha contribuido a replantear la comprensión de las alucinaciones auditivas desde una perspectiva experiencial y contextual, entendiendo las voces no únicamente como un síntoma patológico, sino como experiencias con significado personal que pueden integrarse en la historia vital de quien las vive (Romme & Escher, 2000; Woods et al., 2015). Este enfoque ha favorecido el desarrollo de modelos de intervención centrados en la validación de la experiencia subjetiva, el diálogo con las voces y la construcción de sentido en torno a ellas. El intento de comprender la causa por la cual una persona puede llegar a experimentar una alucinación o delirio, es decir, entender “la razón de la sinrazón”, ha generado un enorme interés científico en los últimos 100 años (Fonseca-Pedrero, 2018). Atravesado por el estigma, los mitos y el tabú, en la actualidad nos encontramos ante un profundo cuestionamiento del paradigma biomédico predominante. No obstante, no se puede comprender la noción actual de la psicosis sin contemplar su devenir histórico (Berrios, 1996).

La historia de la psicosis no es una historia aséptica y ateórica, sino más bien un proceso complejo influido por múltiples intereses económicos, sanitarios, sociales y políticos. La forma actual más o menos consensuada de lo que es y no es la psicosis (y la esquizofrenia) recoge básicamente las descripciones de Schneider, Bleuler y Kraepelin (Tandon et al., 2009). Dichas aproximaciones han tenido una enorme influencia en la actual visión de la psicosis como entidad nosológica que se encuentra en los manuales diagnósticos internacionales (Kendler, 2016). Sin embargo, desarrollar un marco conceptual sólido y coherente de la psicosis es una labor compleja. De hecho, llegar a un consenso sobre lo que es y no es la psicosis no es una tarea sencilla (Fonseca-Pedrero, 2018). Aún en el siglo XXI no se dispone de una definición operativa y consensuada de la psicosis y/o la esquizofrenia (Keshavan, Tandon y Nasrallah, 2013). Paradójicamente, cuantos más datos empíricos se recolectan, menor certeza y mayor confusión existen en entorno a su verdadera naturaleza. Podría decirse que el propio estudio científico de la psicosis es en sí mismo esquizofrénico (Pérez-Álvarez, 2012). Después de más de 100 años aún no se ha encontrado un marcador etiopatogénico de tipo cerebral, genético, biológico o psicológico que sea causal de la psicosis, incluido estructuras cerebrales que subyazcan a la esquizofrenia. Así pues, sería más conveniente hablar de una psicosis de carácter funcional además de un problema de salud mental en vez de un trastorno mental, puesto que las experiencias psicóticas forman parte de la diversidad humana. Por tanto, el objetivo debería estar puesto más en encontrar razones que causas, comprendiendo la psicosis como una forma de responder a las vicisitudes de la vida dentro de la compleja diversidad de la naturaleza humana (Fonseca-Pedrero, 2018).

Como puede intuirse, la recuperación tras un primer episodio psicótico es un proceso complejo y multifacético. Cuando se revisa las principales guías clínicas (APA, 2020; NICE, 2023; Ministerio de Sanidad, 2025) encontramos grandes limitaciones de la evidencia. Todas coinciden en que la evidencia más sólida continúa concentrándose en los tratamientos farmacológicos y en la Terapia Cognitivo-Conductual para la psicosis (CBTp; por sus siglas en inglés). Sin embargo, los tamaños del efecto obtenidos sobre los síntomas son entre pequeños y moderados (0.20-0.50) (Wykes et al., 2008; Sitko et al., 2020). Otras intervenciones psicoterapéuticas más recientes como las terapias metacognitivas, contextuales o psicodinámicas muestran apoyos prometedores pero todavía insuficientes según los criterios clásicos de la medicina basada en la evidencia. Sin embargo, la evidencia cada vez mayor sobre recuperación personal en psicosis sugiere que

esta limitación no radica tanto en la efectividad o no de las intervenciones como en la naturaleza de los indicadores que se emplean: se evalúan síntomas, pero rara vez se valoran los cambios en identidad, agencia o sentido vital, dimensiones que han demostrado ser centrales en los procesos de recuperación. Por tanto, la aparición de experiencias psicóticas debe abordarse de manera integrada desde tres dimensiones interdependientes: la recuperación sintomática, social y personal. Ninguna de estas dimensiones, por sí sola, es suficiente para explicar o sostener la recuperación a largo plazo y los mejores resultados se alcanzan cuando se articulan de forma coherente dentro de una misma intervención (Jackson, 2019). Existe una interdependencia dinámica entre los tres tipos de recuperación. Aunque la remisión temprana de los síntomas positivos es un predictor importante de la recuperación sintomática a medio plazo, la remisión por sí sola no garantiza la recuperación social ni personal. De hecho, la traducción de la remisión inicial en una recuperación social temprana se asocia con mejores resultados a largo plazo en todas las dimensiones de la recuperación. Es cuestionable la afirmación de que la recuperación social y personal deba esperar a la resolución completa de los síntomas. Para muchas personas, la recuperación social y personal puede avanzar incluso en presencia de síntomas persistentes, e intervenir precozmente en estas áreas puede prevenir la discapacidad social y el establecimiento de síntomas negativos duraderos.

En conjunto, estos hallazgos invitan a reconsiderar qué entendemos por eficacia terapéutica y a incluir la recuperación subjetiva, especialmente sus dimensiones afectivas y de significado, como un resultado clínico esencial. En la práctica clínica, las discrepancias entre lo que se investiga y lo que realmente alivia o da sentido al sufrimiento son notables. De hecho, la reducción del malestar psíquico no siempre se traduce en una disminución en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas. Los tratamientos centrados exclusivamente en fármacos o protocolos estructurados pueden resultar muy eficaces en fases agudas, pero suelen ser insuficientes en etapas posteriores, cuando el objetivo ya no es solo estabilizar, sino reconstruir vínculos, identidad y sentido. La recuperación no siempre se manifiesta en descensos de síntomas, sino en el modo en que una persona vuelve a conectar con su historia, con los otros y consigo misma.

Siguiendo esta perspectiva, uno de los principales abordajes integradores con fuerte apoyo experimental son los programas de prevención e intervención temprana en psicosis (Fonseca-Pedrero, 2021, 2019). Estos programas se fundamentan en la evidencia de que la duración de psicosis no tratada se asocia con peores resultados clínicos, funcionales y sociales, así como con mayores tasas de recaída y rehospitalización en los años posteriores al primer episodio. Diferentes estudios han mostrado que los servicios especializados de intervención temprana se asocian con mejores resultados clínicos y funcionales en comparación con la atención estándar en salud mental comunitaria, incluyendo una mayor probabilidad de recuperación, menor riesgo de recaídas y una mejor reintegración social y laboral (Agius et al., 2007; Correll et al., 2018). En el Reino Unido, el desarrollo de equipos específicos de intervención temprana integrados en el National Health Service (NHS) ha permitido consolidar este modelo asistencial durante las últimas décadas. Servicios como el Cambridgeshire Early Intervention in Psychosis Service (CAMEO) han mostrado resultados clínicos relevantes, observándose que una proporción significativa de personas atendidas tras un primer episodio psicótico alcanza niveles de recuperación clínica y funcional que permiten su alta a dispositivos de atención primaria tras completar el programa terapéutico intensivo (Osimo et al., 2020).

En contraste, en España la implantación de programas especializados de intervención temprana continúa siendo limitada y heterogénea entre comunidades autónomas, y la mayoría de los pacientes con un primer episodio psicótico siguen siendo atendidos en dispositivos generales de salud mental. La posibilidad de ofrecer una intervención multidisciplinar es fundamental para la atención a pacientes con un PEP o un EMAR. El establecimiento de acciones que faciliten la identificación precoz de los casos y la derivación inmediata al especialista, la inclusión del paciente y su familia en la toma de decisiones, así como las intervenciones familiares, se valoran como elementos clave para este tipo de programas. Todos estos aspectos

son definitorios de la intervención que se lleva a cabo en el NHS y marcan la que debería ser la hoja de ruta en la intervención en psicosis en España en general y en los profesionales de salud mental en particular. En este sentido, la formación en contextos clínicos donde estos modelos se encuentran plenamente desarrollados adquiere una especial relevancia para poder trasladar posteriormente este conocimiento a la práctica asistencial en el sistema sanitario público español.

3. FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN REINO UNIDO

El itinerario formativo para ejercer como Psicólogo Clínico en el Reino Unido difiere de manera sustancial del modelo español basado en la formación sanitaria especializada mediante residencia PIR. En el contexto británico, el acceso a la práctica clínica se articula a través de un recorrido progresivo que combina formación universitaria, experiencia clínica relevante y un programa de doctorado profesional altamente selectivo.

En primer lugar, es necesario completar una licenciatura o grado en Psicología de tres años de duración, que debe estar acreditado por la British Psychological Society (BPS). Esta acreditación es un requisito imprescindible, ya que garantiza que el plan de estudios cumple los estándares académicos necesarios para el posterior acceso a la formación clínica especializada. Durante el grado, o tras su finalización, los aspirantes deben acumular experiencia relevante en el ámbito de la psicología clínica o de la salud mental. Esta experiencia puede adoptar múltiples formas y no se limita exclusivamente al trabajo clínico directo. Incluye empleo a tiempo parcial o completo, voluntario o remunerado, en roles de cuidado, apoyo o intervención con diversas poblaciones, tanto en el sector público como en el privado o en el ámbito de organizaciones benéficas. Aunque es frecuente que dicha experiencia se desarrolle en servicios de salud mental del National Health Service (NHS), también se consideran altamente pertinentes otros contextos, como los Servicios Sociales, recursos para personas con discapacidad, dispositivos comunitarios o entidades del tercer sector. Asimismo, se valoran funciones como Support worker, asistente sanitario o roles afines, siempre que impliquen contacto directo con usuarios y comprensión del funcionamiento de los servicios asistenciales. De manera complementaria, la participación en proyectos de investigación con orientación clínica puede contribuir a acreditar esta etapa, especialmente cuando existe vinculación con la práctica asistencial. Esta fase experiencial constituye un requisito clave para poder optar al siguiente nivel formativo: el acceso a un Doctorado en Psicología Clínica (Doctorate in Clinical Psychology), un programa de tres años de duración que combina formación académica avanzada, práctica clínica supervisada e investigación. El proceso de admisión es especialmente competitivo, con tasas de aceptación en torno al 15%, y algunos programas priorizan la experiencia clínica que haya sido supervisada directamente por psicólogos clínicos cualificados, así como aquella que alcance una duración mínima, habitualmente de al menos un año.

Una vez admitidos, los candidatos adquieren la condición de Clinical Psychologist Trainees y, durante los tres años de formación, trabajan de manera remunerada dentro del sistema sanitario. Cada aprendiz cuenta con la supervisión formal y continuada de un psicólogo clínico acreditado, responsable tanto del seguimiento clínico como del desarrollo profesional del trainee. Las directrices de la BPS establecen un mínimo de una hora semanal de supervisión clínica individual, si bien en la práctica este tiempo suele ser superior. El supervisor debe contar con una experiencia profesional mínima de dos años como psicólogo clínico en ejercicio. En comparación con la supervisión en España, si bien durante la residencia existen también espacios de supervisión, estos deberían obtener un rol mucho más protagonista, con tiempos estructurados en la agenda de los adjuntos como parte de la jornada laboral habitual. Durante el programa, los trainees rotan por una amplia variedad de servicios y dispositivos asistenciales, atendiendo a pacientes de diferentes grupos de edad y con distintos niveles de complejidad clínica, lo que permite una formación integral y transversal. El tercer año suele ofrecer la posibilidad de orientar parcialmente la formación hacia áreas de especial interés, ya sea mediante rotaciones específicas o para cubrir posibles lagunas formativas detectadas en los años previos. La actividad asistencial se complementa de forma sistemática con tareas de docencia, formación teórica e investigación, culminando en la elaboración de un proyecto doctoral. Tras completar con éxito el programa, el profesional puede ejercer como Psicólogo Clínico en distintos dispositivos de salud mental y debe registrarse obligatoriamente en el Health and Care Professions Council (HCPC), organismo regulador encargado de habilitar legalmente el ejercicio profesional en el Reino Unido (O'Brien, 2020).

A continuación, se muestra una tabla comparativa entre el itinerario descrito en Reino Unido y el itinerario vía PIR realizado en España:

ASPECTO	REINO UNIDO	ESPAÑA (PIR)
Título habilitante	Doctorate in Clinical Psychology (DClinPsy)	Especialista en Psicología Clínica (PEPC)
Grado previo	Grado en Psicología de 3 años	Grado en Psicología de 4 años
Requisito de experiencia previa	Obligatoria experiencia relevante en contextos clínicos o psicosociales (≥ 1 año), supervisada por psicólogos clínicos	No obligatoria experiencia clínica previa
Acceso a la formación especializada	Proceso selectivo universitario mediante evaluación curricular, entrevistas y referencias	Examen nacional PIR con convocatoria anual
Duración	3 años	4 años
Situación laboral durante la formación	Clinical Psychologist Trainee	Psicólogo Interno Residente
Rotaciones clínicas	Variedad de servicios con posible orientación en el tercer año	Rotaciones obligatorias por distintos dispositivos asistenciales
Formación investigadora	Obligatoria; elaboración de tesis doctoral	Variable; no implica tesis doctoral

Tabla 1. Comparativa entre itinerarios de formación en Psicología Clínica

4. FUNCIONAMIENTO DEL NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)

4.1. EQUIPOS DE EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS (EIP)

Desde hace aproximadamente 15 años, todo Reino Unido ha adquirido el mismo modelo de intervención en Psicosis temprana, con un carácter comunitario y focalizado en una recuperación de la persona a tres niveles: sintomatológica, personal y social. Este cambio de paradigma fue y es posible a partir del plan estratégico del sistema sanitario británico cuya última actualización se realizó en julio de 2025 con el documento *Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England* (Department of Health and Social Care, 2025), que constituye el plan estratégico a diez años para la reforma integral del sistema sanitario en Inglaterra. El núcleo del Plan se estructura en torno a varios ejes de transformación.

- Desplazamiento del modelo asistencial del hospital a la comunidad, mediante el desarrollo del denominado *Neighbourhood Health Service*. Este modelo pretende superar el carácter hospitalocéntrico y fragmentado, promoviendo una atención integrada, continua y centrada en la persona.
- Transición de lo analógico a lo digital, implementando las nuevas tecnologías para mejorar tanto el contacto con el paciente como la propia coordinación de los equipos clínicos.
- Cambio de perspectiva de la enfermedad a la prevención, situando la salud poblacional y la equidad como objetivos centrales del sistema sanitario.

En consonancia con este cambio integral del sistema, la organización y práctica clínica de los servicios de Intervención Temprana en Psicosis (Early Intervention in Psychosis, EIP) se encuentra fuertemente estructurada por un marco normativo y de calidad definido a nivel nacional (Royal College of Psychiatry, 2025). Dicho marco parte de una concepción clara de la intervención temprana como un modelo asistencial especializado, basado en la evidencia y orientado a la recuperación, que debe ofrecer una atención integral, accesible y continuada a personas que experimentan un PEP así como a aquellas que se encuentran en un EMAR durante un seguimiento de tres años. Esto es uno de los aspectos más destacados y diferenciales con respecto al SNS en España, la posibilidad de realizar auditorías anuales con las que evaluar la utilidad y eficacia de las unidades y servicios, lo que promueve una mejora constante del sistema. A continuación se exponen algunos de los elementos más significativos de los EIP en el UK.

4.1.1. Standard guidelines

Los estándares que los equipos EIP siguen para determinar su práctica clínica enfatizan un acceso precoz y no excluyente, evitando la discriminación por consumo de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, antecedentes de autolesión o dificultades sociales, y establecen plazos estrictos para la evaluación inicial y la asignación de un profesional de referencia en un máximo de dos semanas de espera; una mejora sustancial con respecto a la lista de espera de un año que tenían previo a la implementación del modelo. La evaluación clínica incluye no solo 1) la valoración psicopatológica, sino también 2) las necesidades psicológicas, 3) sociales y 4) de salud física, así como 5) la identificación sistemática de riesgos. Destaca especialmente la incorporación explícita de un enfoque basado en el trauma, reconociendo la alta prevalencia de experiencias traumáticas en esta población y su relevancia en la formulación clínica y el plan terapéutico.

En cuanto al tratamiento, los estándares describen un modelo multimodal, en el que las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, como la Terapia Cognitivo-Conductual para Psicosis (CBTp) y las intervenciones familiares, ocupan un papel central junto al tratamiento farmacológico (NICE, 2023). Si bien es cierto, en la práctica clínica de los PEPC la CBT se muestra como una intervención mucho más ecléctica donde se incorporan enfoques de tercera generación y

monitorización sistemática del proceso de terapia. Asimismo, se subraya la importancia de abordar de forma activa los aspectos funcionales y sociales de la recuperación, promoviendo el acceso al empleo, la educación y la integración comunitaria. El manejo farmacológico se plantea desde un enfoque prudente y colaborativo, con una atención particularmente rigurosa a la monitorización de la salud física. En el caso de personas con ARMS, se establece que no deben utilizarse antipsicóticos con fines preventivos.

Por otro lado, se ha otorgado un peso relevante a la experiencia del paciente y de los cuidadores, promoviendo 1) la toma de decisiones compartida, 2) la provisión de información accesible y 3) el apoyo específico a las familias. Desde el punto de vista organizativo, se definen con claridad los requisitos de los equipos multidisciplinares, la supervisión clínica, el bienestar profesional y los límites de carga asistencial, entendiendo estos elementos como condiciones necesarias para una atención de calidad. Es por esto por lo que la jornada de trabajo no se restringe a las visitas con pacientes, sino que dedican gran parte de la jornada a 1) reuniones de equipo, 2) formulación de caso individual, 3) formulación de caso familiar, 4) supervisiones regladas e integración de 5) la investigación en la jornada ordinaria. Todo esto permite promover y reforzar una cultura de evaluación continua y mejora de la calidad, mediante la recogida sistemática de resultados clínicos y de recuperación, auditorías periódicas y aprendizaje a partir de incidentes y reclamaciones. En conjunto, este marco normativo configura un modelo de atención a la psicosis temprana altamente estructurado, centrado en la persona y orientado a la recuperación, que proporciona un contexto fundamental para comprender la práctica clínica observada durante el rotatorio en el Reino Unido.

Gracias a este enfoque de trabajo, en la auditoría nacional realizada en 2022 por el *National Clinical Audit of Psychosis* (NCAP) se evidenció una mejora progresiva en la calidad de los servicios de intervención temprana en psicosis durante los cuatro años previos, especialmente en los ámbitos de la recuperación funcional, la atención a la salud física y el apoyo a cuidadores. La evaluación se estructura en torno a los siguientes ocho estándares de calidad:

1. **Tiempo de acceso al programa:** Se evalúa que las personas derivadas a servicios de intervención temprana sean valoradas e incorporadas al programa en un plazo máximo de dos semanas desde la derivación.
2. **Oferta de Terapia Cognitivo-Conductual para Psicosis (CBTp):** Se analiza la disponibilidad y provisión de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia.
3. **Oferta de intervención familiar:** reconociendo el papel central de la familia y del entorno en la evolución clínica, funcional y en la prevención de recaídas.
4. **Uso adecuado de clozapina:** Se examina si las personas con primer episodio psicótico que no han respondido de forma adecuada o han presentado intolerancia a al menos dos tratamientos antipsicóticos han sido valoradas para iniciar clozapina, de acuerdo con las recomendaciones de las guías clínicas.
5. **Programas de educación y empleo con apoyo:** Se incluye la disponibilidad de programas de apoyo al acceso y mantenimiento del empleo y la educación, elementos clave para la recuperación funcional y la reintegración social.
6. **Cribado sistemático de salud física:** Se evalúa la realización de una revisión anual de la salud física, que debe incluir, como mínimo, la valoración del consumo de alcohol y tabaco, el uso problemático de sustancias, el índice de masa corporal, la presión arterial y los niveles de glucosa y colesterol.
7. **Intervenciones de salud física derivadas del cribado:** Se analiza si se han ofrecido intervenciones adecuadas y oportunas para su abordaje durante los últimos doce meses.
8. **Programas de apoyo y educación dirigidos a cuidadores:** Se valora la provisión de

programas específicos de información, psicoeducación y apoyo para cuidadores, integrándolos como parte fundamental de un modelo de atención centrado en la persona y su contexto familiar.

A continuación se presenta una tabla resumen con la matriz de los dominios valorados en los standard guideline para la monitorización del buen desempeño de los equipos EIP (Royal College of Psychiatrists, 2025).

		Scoring Matrix			
Domains		1 Greatest need for improvement	2 Needs improvement	3 Performing well	4 Top performing
Timely access					
1	Percentage of service users with first episode psychosis that were allocated to, and engaged with, an EIP care coordinator within 2 weeks of receipt of referral ¹	<25%	≥25%	-	≥60%
Effective treatment					
2.1	Percentage of service users with first episode psychosis that took up Cognitive Behavioural Therapy for psychosis (CBTp) ²	<12%	≥12%	≥24%	≥36%
2.2	Percentage of service users with first episode psychosis that took up supported employment and education programmes ²	<10%	≥10%	≥20%	≥30%
2.3	Percentage of service users with first episode psychosis and their families that took up Family Interventions ^{2,3}	<8%	≥8%	≥16%	≥24%
2.4	Percentage of carers that took up carer-focussed education and support programmes ²	<25%	≥25%	≥50%	≥75%
2.5	Percentage of service users with first episode psychosis that have had a physical health review and relevant interventions in the last year ²	<70%	≥70%	≥80%	≥90%
Recording outcome measures					
3	Percentage of service users for whom two or more outcome measures (from HoNOS/HoNOSCA, DIALOG, QPR ReQoL-10 and GBO) were recorded at least twice (assessment and one other time point) ⁴	<25%	≥25%	≥50%	≥75%

Tabla 2. Standard guideline de los EIP

4.1.2. El rol de la Enfermería Especialista y el Trabajo Social

Uno de los aspectos más destacados de los EIP es el rol que desempeña la enfermería especialista en salud mental y comunitaria y los trabajadores sociales por la importancia de su función en el sistema. Son ambos roles quienes realizan las entrevistas de evaluación inicial y deciden el ingreso o no del paciente en la unidad. En los casos en los que no tienen claro el diagnóstico de PEP continúan el seguimiento hasta que se determina. No obstante, estos pacientes no son vistos por el facultativo hasta que no acceden a la unidad. Del mismo modo, son quienes portan el busca y atienden las urgencias de los pacientes, destacando la ausencia del empleo de contención farmacológica salvo situaciones críticas. Solo en casos de elevada complejidad intervienen los facultativos, quienes en última instancia tienen la responsabilidad clínica del paciente.

Los equipos están sostenidos mayoritariamente por estas profesionales, quienes pueden adquirir distintos roles con el objetivo de dar cobertura a la escasez de otros perfiles como psiquiatría o psicología clínica. Con el fin de capacitarse para esto último, realizan una formación específica teórico-práctica de dos años con supervisión regulada por parte de los propios facultativos. Los roles son los siguientes:

- **Team leader:** los jefes de las unidades son enfermeros quienes se encargan de coordinar al equipo. Sin embargo, cabe destacar que no están por encima de los facultativos en cuanto a decisiones clínicas ni en el marco legal.
- **Care Coordinator o Community Psychiatric Nurse:** llevan el seguimiento del paciente en el día a día, con visitas semanales y gestión del caso.
- **Prescriptores** (tras formación adicional): están capacitadas para aumentar, disminuir y prescribir psicofármacos siempre y cuando hayan sido prescritos previamente por un psiquiatra.

- **Terapeutas CBT** (tras formación adicional): realizan pequeñas intervenciones psicoterapéuticas con carácter directivo como soporte al trabajo del PEPS pero sin sustitución del proceso terapéutico.

Todos estos roles complejizan un sistema estrictamente jerárquico, pues si bien se mantienen posiciones distintas, todos los roles pueden prosperar en rango. De este modo, pese a que el rol de los facultativos parte de una posición más elevada que el de enfermería, pueden darse situaciones donde el estatus jerárquico esté superpuesto para determinadas funciones.

4.2. CAMEO: CAMBRIDGESHIRE AND PETERBOROUGH ASSESSING, MANAGING AND ENHANCING OUTCOMES

El centro de CAMEO (Cambridgeshire Assessing, Managing and Enhancing Outcomes) forma parte de los servicios de Intervención Temprana en Psicosis (EIP) del Reino Unido y ha sido reconocido como uno de los mejores equipos del país por parte de las auditorías anuales ya descritas. Específicamente, CAMEO se divide en dos equipos entre los que abarcan toda la densidad de población del condado de Cambridgeshire:

- **CAMEO South:** Cambridge y Ely.
- **CAMEO North:** Peterborough, Huntingdon y Fenlands.

El rotatorio ha sido llevado a cabo en ambos servicios, adaptando el tiempo de estancia en uno y otro dependiendo de las diferentes actividades que se realizaron. Esto ha permitido adquirir una visión más global del funcionamiento, así como un conocimiento de las diferencias socioculturales en diferentes poblaciones de Reino Unido. Si bien el equipo del sur, en Cambridge, atiende a una población universitaria de nivel socioeconómico elevado, la población del equipo del norte, con sede en Peterborough, atiende a una población migratoria con elevados niveles de exclusión social.

Como cualquier otro EIP, CAMEO es un servicio dirigido tanto a personas que están en riesgo de padecer psicosis como a aquellas que han sufrido un PEP. La población atendida comprende edades entre 14-65 años. En el enfoque clínico del equipo, la identificación de los factores que han contribuido a la aparición del PEP constituye un elemento central del proceso asistencial, en la medida en que puede resultar clave para la prevención de recaídas futuras. No obstante, el equipo parte del reconocimiento de que raramente es posible establecer una causa única o definitiva para la aparición de la psicosis, dado su carácter multifactorial. Por este motivo, se emplean de manera sistemática herramientas de evaluación clínica orientadas a identificar posibles factores predisponentes y precipitantes, tales como antecedentes familiares, consumo de sustancias, vulnerabilidades personales y contextuales, así como otros elementos relevantes de la historia vital del paciente. Las escalas empleadas son:

- **CAARMS** (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States): para los estados mentales de alto riesgo; EMAR (Yung et al., 2005).
- **PANSS** (Positive and Negative Syndrome Scale): para los primeros episodios psicóticos; PEP (Kay et al., 1987).

Estos cuestionarios son pasados por el equipo de enfermería, como se ha descrito anteriormente, en una entrevista inicial a modo de checklist. Sus resultados se emplean para las posteriores formulaciones clínicas, pero también para facilitar el establecimiento de puentes con una investigación integrada en la jornada, desarrollando grandes bases de datos sobre de forma completamente integrada con la práctica clínica. El trabajo clínico posterior se orienta, siguiendo un modelo de vulnerabilidad-estés (Zubin y Spring, 1997), a identificar las áreas de vulnerabilidad individuales y a fortalecerlas mediante el desarrollo de estrategias adaptativas. Esto incluye el

entrenamiento en técnicas de afrontamiento, el apoyo familiar, así como la psicoeducación dirigida a mejorar la comprensión de la sintomatología y de los factores que influyen en su evolución. Paralelamente, desde CAMEO se concede una especial importancia a la recuperación social, entendida como un proceso amplio que abarca múltiples dominios del funcionamiento cotidiano, entre los que se incluyen el ámbito laboral, el educativo, las relaciones sociales y las actividades básicas de la vida diaria, como la gestión doméstica o financiera. El objetivo último de este enfoque es optimizar la calidad de vida y promover el mayor grado posible de autonomía e independencia funcional.

4.2.1. Equipo terapéutico

CAMEO acoge en su equipo numerosos roles profesionales, cada uno con una función que permita el abordaje interdisciplinar ya descrito. Actualmente se componen de un total de 68 profesionales, 30 aproximadamente en cada equipo divididos entre el norte y el sur. La mayoría de los profesionales son enfermeros, siendo la ratio de facultativos de 3 psiquiatras y 3 psicólogos clínicos por equipo. La responsabilidad clínica y legal del paciente recae sobre los Consultant, quienes pueden ser tanto psiquiatras como psicólogos clínicos, si bien no todos los PEPC ostentan dicho rango. Así mismo, el gran peso del seguimiento va a ser llevado por las Enfermeras de Salud Mental Comunitarias y los Trabajadores Sociales, quienes van a presentar diversos roles clínicos y sociales anteriormente descritos. A continuación, se procede a describir la mayoría de ellos:

- **Médico psiquiatra:** son los últimos responsables del tratamiento del paciente del servicio. Encargados de la parte psicofarmacológica, entre sus funciones destacarían:
 - Participar en la toma de decisiones sobre el diagnóstico.
 - Participar en la evaluación clínica.
 - Revisión de la prescripción farmacológica.
- **Médico de especialidad:** son médicos generalistas sin la especialidad de psiquiatría que no han realizado la residencia, pero que muestran un interés especial por la salud mental y acreditan formación por otras vías. Cumplen una función de apoyo en seguimientos no complejos con supervisión del psiquiatra, además de cuidado del bienestar físico del paciente.
- **Psicólogo Clínico:** son los responsables últimos del tratamiento psicoterapéutico que recibe la persona. Es responsable de la supervisión de las evaluaciones y de los tratamientos realizados por los Terapeutas CBT y por los Care Coordinator. Entre sus funciones destacarían:
 - Participar en la toma de decisiones sobre el diagnóstico.
 - Participar en la evaluación clínica.
 - Realización de intervenciones psicoterapéuticas individual y grupal
- **Care Coordinator:** es una de las principales figuras de referencia que tiene la persona. Su papel puede ser desempeñado por enfermería, trabajo social o incluso terapia ocupacional. Entre sus funciones destacarían:
 - Apoyo a la persona en sus necesidades bio-psico-sociales.
 - Coordinación y orientación con el resto del equipo.
 - Intervenciones familiares cuando están formados y supervisados.

- **Terapeutas CBT:** son enfermeras con formación específica en intervención psicológica en Terapia Cognitivo-Conductual que proporcionan apoyo a los psicólogos clínicos.
- **Enfermeras prescriptoras:** son enfermeras con formación específica en psicofarmacología que proporcionan apoyo a los psiquiatras.
- **Enfermeras generalistas:** son enfermeras sin especialidad que se encargan del cuidado del estado general de salud del paciente para reducir el estigma y la infradetección de patología orgánica.
- **Terapeutas ocupacionales:** se encargan principalmente de la evaluación e intervención respecto a las actividades de la vida diaria, así como de otros tipos de intervenciones ocupacionales.
- **Support workers:** son profesionales con diversos grados de formación que se encargan de realizar tareas de apoyo, tiempo y recuperación en el ámbito educativo-laboral, así como de activación conductual.
- **Investigadores:** vinculados a la Universidad de Cambridge, son un perfil habitualmente graduados en medicina o psicología que tratan de acceder al sistema de residencia y facilitan el desarrollo de los proyectos de investigación.
- **Residentes:** tanto de psicología clínica como de psiquiatría.

4.2.2. Derivaciones

Para acceder al equipo de CAMEO, el paciente dispone de varias vías mediante las cuales podría ser derivado:

1. Mediante el médico de atención primaria (GP; General Practitioner).
2. Tras ingreso en una unidad de hospitalización.
3. Desde las unidades de salud mental comunitarias equivalentes al CSM.
4. Solicitud directa del paciente o familiares.

Una vez el paciente es derivado, los Care Coordinator lo evalúan para asegurarse que el paciente cumple los criterios de inclusión, en ocasiones en colaboración con psiquiatría o psicología clínica. Los criterios de inclusión son: 1) edad comprendida entre 14-35 años; en casos entre 14-16 años es atendido al mismo tiempo por el servicio de salud mental para niños y adolescentes hasta cumplir los 17 años. 2) Sufrir un primer episodio de síntomas psicóticos o encontrarse en un estado mental de alto riesgo. 3) No haber sido tratado con medicación antipsicótica durante más de 6 meses.

En la primera evaluación, el equipo se aproxima al contexto del paciente, incluido la sala de hospitalización, para hacer la entrevista. En ella se realiza la anamnesis y se le pasa un instrumento de cribado ya descritos: CAARMS para los EMAR y PANSS para los PEP; así como la solicitud de las pruebas de neuroimagen y exámenes médicos pertinentes. En el caso de los EMAR, únicamente son aceptados cuando el índice de severidad del cribado se encuentra entre moderado-alto. Una vez aceptados, se les asigna un Care Coordinator como principal responsable del caso y se despliega la utilización de los servicios. En los casos cuya evaluación no esté clara tras varias entrevistas, el paciente pasa a un limbo asistencial llamado Extended donde se realiza un seguimiento únicamente por el Care Coordinator sin acceso a otros recursos clínicos ni sociales hasta que se determina un veredicto diagnóstico.

4.2.3. Cronograma y trabajo telemático

El horario laboral en CAMEO está comprendido entre las 9:00 y las 17:00, con descanso para comer en el medio. De esta manera, se accede con mayor probabilidad a una población con dificultad para estar activa a primera hora de la mañana. Es por eso por lo que las mañanas se destinan a realizar multitud de reuniones de equipo en formato híbrido: tanto presencial como online, facilitando el teletrabajo para los profesionales al menos un día a la semana. En dichas reuniones se analiza la situación de los pacientes en diferentes formatos, descritos a continuación:

- **Handover:** llevado a cabo los lunes y los viernes, consiste en una reunión de una hora estilo “pase de guardia” para discutir las dificultades con algunos pacientes en el manejo de los miembros del equipo. Tienen establecido un sistema de colores (rojo-amarillo-verde) para priorizar los casos de mayor riesgo y realizar una supervisión más estrecha. Todos los casos comentados deben salir de la reunión con un plan de acción.
- **Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT):** los miércoles se lleva a cabo esta reunión de mayor extensión que la anterior, alcanzando incluso las dos horas y media de duración con descansos en medio. En ella se discuten los casos más complejos para debatir y abordar con mayor profundidad una formulación de caso y un plan de acción. Además, se comentan algunos de los casos que todavía no se ha decidido si entrarán a formar parte del programa y deban decidirse en equipo.
- **Case formulation and Family case formulation:** el resto de días de la semana se reserva un espacio de reunión para la realización de una formulación de caso específica tanto individuales como de la dinámica familiar por parte de todo el equipo.

El resto de la jornada se destina a la actividad asistencial propiamente dicha, tanto en el domicilio del paciente como en la propia clínica. Esto hace que se vea un volumen de entre 1 y 4 pacientes por profesional, dependiendo del tiempo de desplazamiento a los domicilios, el cual puede rondar entre media y una hora por la importante dispersión geográfica del territorio. También en este tiempo se llevan a cabo las supervisiones por parte de los facultativos, psiquiatras y psicólogos clínicos, al equipo de enfermería con capacidad prescriptora y de terapeuta CBT respectivamente. Finalmente, la jornada de trabajo suele concluirse con tiempo en la oficina para la realización de informes, escribir evolutivos y realizar las gestiones del caso pertinentes.

4.2.4. Investigación

Si bien no es un requisito obligatorio para los profesionales de CAMEO, la proximidad con la prestigiosa Universidad de Cambridge facilita a los profesionales del NHS todo tipo de recursos. Tanto es así que resulta complicado enumerar los diferentes proyectos de investigación que se llevan a cabo al mismo tiempo. Del mismo modo, no es infrecuente la colaboración en proyectos de investigación con otras universidades e instituciones clínicas de Reino Unido. Cabe mencionar los nombres de Graham Murray y Liliana Galindo como principales referentes de la investigación en el equipo.

Los Consultant disponen de un día a la semana reservado y destinado a la investigación. Otros profesionales comparten su actividad asistencial con la investigación de un modo más extendido, pudiendo llegar a ocupar parte de la jornada semanal a este objetivo. Todo dependerá del profesional y la cercanía con la universidad, encontrando gran flexibilidad y disparidad entre los perfiles facultativos. Un perfil relevante en este sentido es el del investigador, habitualmente graduados en medicina y psicología que se encuentran realizando méritos para ser admitidos en el proceso formativo de residencia o realizando el doctorado. Estos profesionales son el puente entre la universidad y la clínica, facilitando la recogida de muestra y el desarrollo de proyectos para aquellos

profesionales que no gozan de una conexión tan estrecha con la universidad.

Es por este motivo por el que resulta complicado enumerar los diferentes proyectos de investigación llevados a cabo, dependientes nominalmente de profesionales concretos y basados en sus intereses específicos. A continuación se exponen los más relevantes para el servicio o aquellos que más conciernen a la psicología clínica:

- **Tratamiento farmacológico con psicodélicos:** Dra. Liliana Galindo. Estos estudios exploran el potencial de compuestos como la psilocibina en el tratamiento de trastornos afectivos y otros cuadros psicopatológicos, dentro de un creciente campo de investigación internacional que busca evaluar su eficacia y seguridad en contextos clínicos controlados. La principal referencia a su trabajo sería:

University of Cambridge. (2025). *Your guide to psychedelic-assisted therapy*. University of Cambridge.

- **Estudios con Cannabis:** Dr. Graham Murray. Esta línea se centra en analizar la relación entre el consumo de cannabis y el riesgo de desarrollar experiencias psicóticas, así como en comprender los mecanismos neurobiológicos y cognitivos que podrían mediar esta asociación, particularmente en poblaciones vulnerables o en fases tempranas de la psicosis. Un ejemplo podría ser este trabajo:

Murray, G. K., Englund, A., Abi-Dargham, A., Lewis, D. A., Di Forti, M., Davies, C., ... McGuire, P. (2017). Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology*, 124, 89–104.

- **Estudios de Clozapina:** Dr. Emilio Fernández Egea. Se han realizado diferentes investigaciones centradas en el uso de clozapina en psicosis resistentes al tratamiento, abordando aspectos relacionados con su eficacia clínica, los efectos metabólicos asociados y los posibles marcadores biológicos implicados en la respuesta terapéutica. Un ejemplo de esta investigación podría ser:

Fernandez-Egea, E., et al. (2016). Metabolic profile of antipsychotic-naïve individuals with non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(2), 138–144.

- **Terapia de exposición narrativa centrada en el trauma:** Dr. James Plaistow. Partiendo de una intervención diseñada originalmente para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y que ha comenzado a aplicarse también en personas con psicosis y antecedentes de experiencias traumáticas. Este enfoque parte del reconocimiento del papel que el trauma puede desempeñar en el desarrollo y mantenimiento de determinadas experiencias psicóticas. Sobre este trabajo todavía no hay artículos publicados.
- **Otros:** investigación a nivel de marcadores neuro y biológicos, condiciones psicosociales e intervención en campos como la psicosis perinatal, inducida por sustancias y basada en el trauma.

4.3. INPATIENT WARD: INGRESO HOSPITALARIO EN UK Y EL NAV MODEL 3-3-3

Pese a que no pertenece a la unidad de CAMEO propiamente dicho, la coordinación entre equipos y la predisposición de los adjuntos a que conociera lo máximo posible respecto al sistema y el abordaje de la psicosis en Reino Unido, se me brindó la oportunidad de pasar parte del tiempo de mi rotatorio en la sala de hospitalización (inpatient ward), tanto en Fulbourn Hospital en Cambridge como en Edith Cavell Healthcare Campus del hospital de Peterborough. Ambos son hospitales monográficos de psiquiatría, separados del hospital general por extensión, con clara intención de facilitar el acceso y mantener el enfoque comunitario y psicosocial.

Las salas de hospitalización en Reino Unido mantienen un modelo común en todo el país conocido como el Nav model 3-3-3. Si bien, durante mi estancia nos encontramos en un tiempo de cambio de modelo por su ineficacia en ciertos aspectos organizacionales, resultó especialmente interesante por las diferencias con respecto al sistema español y el extenso despliegue de recursos. La hospitalización se organizaría del siguiente modo:

1. Sala de Hospitalización de psiquiatría de adultos
 - a. Sala de evaluación: donde el paciente pasa los primeros 3 días.
 - b. Sala de tratamiento: donde el paciente pasa las siguientes 3 semanas.
 - c. Sala de recuperación: donde el paciente pasa sus últimos 3 meses.
2. Sala de Hospitalización infantil y de discapacidad intelectual
3. Sala de Hospitalización geriátrica: a partir de los 65 años.
4. Equipo de atención en crisis: distinto a las urgencias hospitalarias, consiste en un equipo comunitario que acude a los domicilios de los pacientes que se derivan como casos con riesgo autolítico o agitación psicótica por parte del resto de unidades para contención en el entorno.

El modelo sigue una estructura por la cual el paciente progresa a lo largo de su estancia en la unidad en tres salas diferentes. Los primeros tres días se dedican a la evaluación en la sala de tratamiento, en la que participa el equipo de hospitalización, el equipo de atención en crisis y el equipo responsable del caso. Es por esto por lo que se mantiene una estrecha colaboración con CAMEO, tanto para la realización de evaluaciones iniciales de pacientes derivados por la hospitalización como para mantener el seguimiento en pacientes que ya están en la unidad. Pasados estos tres días, el paciente cambia a la sala de intervención, donde pasará las siguientes tres semanas. Allí se continuará con la realización de reuniones para la formulación de casos en las que participará tanto el equipo como el paciente y familiares. Si este periodo no ha sido suficiente para la recuperación, entonces pasa a la sala de recuperación para los próximos tres meses, la cual actúa como centro de media-larga estancia en España. No obstante, si a lo largo de todo el progreso es posible que el paciente sea dado de alta antes, se realiza con total flexibilidad.

Los equipos de hospitalización cuentan con gran dotación de profesionales, destacando una media de entre 4 y 6 psicólogos clínicos. Allí, entre las actividades que se realizan destacan: 1) reuniones de formulación de caso, donde el psicólogo clínico tiene un rol clave; y 2) grupos Balint, para la mejoría de la gestión emocional de los casos por parte del equipo clínico.

Cabe resaltar la mentalidad que las unidades de hospitalización, los equipos de atención en crisis y las unidades como CAMEO presentan con respecto al paciente en crisis, la cual destaca por la priorización de una intervención humanizada y de respeto de los derechos y la autonomía del paciente. Tanto es así, que los ingresos involuntarios son escasos y extensamente justificados previamente por parte de todos los equipos involucrados. Esto provoca que en algunas ocasiones se demoren ciertos procesos que podrían requerir de mayor celeridad de ejecución, pero que consiguen dar voz a las personas en mitad del proceso de crisis. Esto pueden permitírselo gracias a los recursos comunitarios tanto específicos como CAMEO como las unidades de crisis, realizando tareas de contención verbal en la propia comunidad. Esto ha reducido drásticamente las contenciones químicas y mecánicas, estas últimas de manera notoria incluso en situaciones de agresividad.

Por todo ello, pese a que el propio sistema británico se encuentra en estos momentos tratando de implementar mejoras que eliminen el exceso de burocratización y ralentización de los tiempos, sigue destacando como modelo de intervención que prioriza los derechos de los pacientes ante todo.

5. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN EXTERNA

5.1. SUPERVISORES DURANTE LA ROTACIÓN

A lo largo de toda la estancia, he estado vinculado a diferentes profesionales que se encargaban de mostrarme el sistema en mayor o menos profundidad. Sin embargo, cabe destacar los siguientes nombres:

- **James Plaistow**, Consultant clinical psychologist: ha sido el responsable y mi principal figura de referencia durante el rotatorio, con quien contacté desde el primer momento y quien se ha encargado de organizar mi tiempo en CAMEO. Ostenta un cargo en el leadership team como coordinador de los psicólogos clínicos de la unidad, por lo que está presente tanto en el equipo del norte como en el sur.
- **María Alino-Dies**, Consultant psychiatrist: procedente y formada en España, se ha convertido en una figura esencial como facilitadora del rotatorio. Su puesto de trabajo se ubica en Peterborough, motivo por el cual conforme avanzó el rotatorio dediqué más tiempo en el equipo del norte al estar familiarizada por el rol del PIR.

Por otro lado, dada mi estancia en la sala de hospitalización, allí tuve contacto con otros profesionales que tuvieron un papel secundario de supervisión pero también relevante como **Nuria Segarra**, clinical psychologist también procedente y formada en España que facilitó mi adaptación al equipo.

5.2. ACTIVIDADES REALIZADAS

5.2.1. Actividad asistencial

Siempre en un rol de observador, lo que en UK denominan “shadowing”, el objetivo de mi estancia en CAMEO y la hospitalización fue conocer con la mayor profundidad posible los diferentes dispositivos y roles profesionales que presenta el equipo. Es por esto por lo que destacó más la diversidad de actividades que una continuidad de seguimientos con los pacientes. Si bien mi supervisor se encargó de establecer una estructura semanal, esta fue flexible y se fue adaptando a las novedades que surgían en el día a día. Fue especialmente relevante, sobre todo en el equipo del sur, ser activo para tratar de unirme a profesionales que no fuesen mi referente. Algunas de las actividades realizadas fueron:

- Participación en las entrevistas iniciales junto con el Care Coordinator y en ocasiones el Consultant psychiatric o clinical psychologist.
- Participación en el pase de cuestionarios de evaluación inicial, CAARMS y PANSS, así como cuestionarios de monitorización sistemática como el DIALOG para metacomunicar con el paciente sobre la progresión de la intervención.
- Seguimiento de pacientes en sesiones de psicoterapia con el psicólogo clínico y de revisión psicofarmacológica con la psiquiatra tanto en la consulta como a domicilio.
- Acompañamientos con el Care Coordinator en la comunidad para ayudar al paciente a la realización de actividades necesarias como gestiones administrativas o sacar la medicación de la farmacia.
- Reuniones con los diferentes roles del equipo, principalmente los no habituales en España, para que me explicaran sus funciones y la manera en que desarrollan su actividad.

- Visitas a domicilio de carácter psicosocial con diferentes roles de enfermería, TS, TO y Support workers para ver el desarrollo de su actividad.
- Asistir a las reuniones diarias de los equipos para la coordinación, supervisión y formulación de los casos.
- Asistir a las actividades propias de jornada laboral en la planta de hospitalización, lo que implica entrevistas, intervenciones, reuniones de equipo, formulaciones de caso y talleres psicosociales.

5.2.2. Actividad investigadora

Si bien la unidad presenta todos los recursos disponibles para promover la investigación, durante mi estancia no fue posible implicarme en ningún proyecto concreto puesto que mis principales responsables se encontraban en momentos iniciales de sus respectivas investigaciones. James Plaistow se encontraba ideando un estudio piloto sobre la terapia de exposición narrativa para el trauma en PEP y Maria Alino-Dies estaba comenzando a formar parte de nuevos proyectos sobre los factores psicosociales involucrados en el debut de un PEP, puesto que llevaba seis meses incorporada al equipo. Pese a ello, pude formar parte de las discusiones en ambos proyectos. También tuve la oportunidad de participar en la recogida de muestra de otros proyectos en colaboración con el personal investigador, así como el establecimiento de relaciones y puentes con profesionales dentro y fuera del equipo CAMEO para colaboraciones futuras entre ambos países.

A continuación se muestra una tabla representante del cronograma de una semana prototípica, si bien fueron muy variables a lo largo del rotatorio:

Diciembre				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
CAMEO north	CAMEO south	CAMEO north	CAMEO south	CAMEO north
Handover	Formulación	MDT meeting	Investigación	Handover
Pacientes	Pacientes	Pacientes		Pacientes
Enero				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
CAMEO north	Hospital	CAMEO north	Hospital	CAMEO north
Handover	Sala de agudos	MDT meeting	Sala de agudos	Handover
Pacientes		Pacientes		Pacientes

Tabla 3. Cronograma prototípico de actividades del rotatorio

6 APLICABILIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

6.1. LA ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA PSICOSIS

El NHS y específicamente los equipos EIP como CAMEO presentan un increíble potencial. Esto se debe gracias a una fuerte estructura institucional que goza de multitud de recursos y una filosofía de trabajo humanizada con respecto al trato del paciente psicótico. Si bien existen aspectos del NHS que pueden ser criticados, las unidades de atención temprana y las salas de hospitalización son un ejemplo de gestión y abordaje de una problemática tan compleja como los PEP y los EMAR. Es por eso por lo que considero que este tipo de modelos son hacia los que España debe mirar, dejando atrás un paradigma de trabajo biomédico y dando cabida a perspectivas de recuperación personal y social. Para ello, el cambio debe ir más allá del trabajo particular de cada profesional, traspasando niveles institucionales y gubernamentales. Por suerte, en los últimos años se ha podido dar un primer paso en esta dirección con el Plan Nacional de Salud Mental, el cual presenta una perspectiva comunitaria. Será cuestión de tiempo comprobar si efectivamente nos ha permitido desarrollar equipos con esta clase de filosofía de trabajo.

Dentro de los recursos de los que disponemos en el SNS, y aunque la disparidad entre comunidades autónomas es elevada, las unidades de atención temprana a la psicosis están proliferando de manera progresiva. No obstante, en la mayoría de los casos se trata de agendas ambulatorias focalizadas exclusivamente en la reducción de síntomas. No podemos olvidar la perspectiva comunitaria ni la recuperación integral: personal, social y física; si queremos tener éxito en nuestra tarea.

Una oportunidad de desarrollar equipos de este estilo nos lo otorgan los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) o las unidades de atención domiciliaria. Si bien en la mayoría de los casos son destinados al tratamiento de pacientes cronificados con el objetivo de revincularlos a la red de salud mental, la potenciación de esta clase de equipos o la replicabilidad de recursos podría permitir el desarrollo de unidades de atención en crisis y de carácter comunitario para la atención temprana en la psicosis como los modelos descritos en estas páginas. Un ejemplo de esto es la Unidad de Atención Temprana (UAT) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares de Madrid. Este dispositivo, pese a presentar en el momento actual un equipo de únicamente cuatro profesionales: psiquiatra, psicóloga clínica, enfermera especialista y terapia ocupacional; realizan un abordaje extremadamente similar. Si bien este equipo inició con un enfoque de Diálogo Abierto, en el momento actual realizan un abordaje de perspectiva más ecléctica que funciona de manera extraordinariamente similar a los EIP de Reino Unido. Por tanto, el camino debe ser crear y potenciar este tipo de recursos.

6.2. UN MODELO DE MEJORA CONTÍNUA

Un aspecto claramente a destacar y que convierte al NHS en modelo de referencia y a los EIP y CAMEO en programas de excelencia es la posibilidad de realizar auditorías anuales, tal y como se ha expuesto en anteriores apartados de la memoria. Este sistema de revisión y monitorización continua de la propia actividad asistencial permite analizar las necesidades clínicas y actuar de manera uniforme en todo el país hacia modelos realmente útiles. Del mismo modo, su estrecho seguimiento de las guías clínicas, arraigado en la cultura de los propios profesionales, contribuye a la garantía de una mayor calidad asistencial recibida por los pacientes. Si bien es cierto, esto último requiere de cierta flexibilidad, pues corre el riesgo de convertirse en un aspecto criticable cuando las autoridades competentes se aferran en exceso a estas y se separan de la realidad clínica. Como todo, es un arma de doble filo que el SNS podría tomar con mayor rigor para un equilibrio adecuado.

En cuanto la investigación, es un problema a subsanar la importante brecha que existe entre clínica y universidad en España. La implementación de una estructura con profesionales

intermedios podría facilitar puentes entre ambas instituciones para facilitar el desarrollo de proyectos de investigación. Así mismo, y aunque resulte utópico en estos momentos, la posesión de tiempo material durante la jornada semanal para actividades investigadoras, reuniones de equipo, supervisión y formación debería ser obligatorio en todo aquel sistema nacional de salud que quisiera garantizar una calidad asistencial adecuada.

6.3. LOS RIESGOS DE UNA MENOR FORMACIÓN

Si existe una crítica para tener en cuenta para no implementar en nuestro sistema de salud, este es el sostén de un modelo de trabajo basado en profesionales de menor cualificación. El SNS gracias a su sistema de residencia destaca por su excelencia formativa. Si bien los profesionales con rol de Consultant, equivalente al facultativo, presentaban una formación similar, la mayoría de los profesionales que sustentaban los recursos no lo era. Esto suponía una estructura muy jerarquizada en la teoría pero con graves desajustes en la práctica.

El caso más relevante para ejemplificar esto es la figura del Care Coordinator, tanto enfermeras especialistas como trabajadoras sociales, los médicos de especialidad o las enfermeras prescriptoras y terapeutas CBT. Aunque no atañe a la psicología clínica de manera directa, es de agradecer la mayor formación de los equipos de enfermería gracias a la implementación de la especialidad como norma y no como excepción. Así mismo, el aumento del número de profesionales permitía el desarrollo de recursos como el de CAMEO, aunque bien es cierto que otras unidades del NHS no gozan de los mismos recursos. Sin embargo, el número de psiquiatras y psicólogos clínicos sigue siendo insuficiente, realizando campañas de captación de estos roles profesionales en otros países. No es extraño escuchar la queja por parte de los pacientes de la cantidad de profesionales intermedios que deben verlos hasta acceder a un facultativo. Esto ha llevado a que enfermería o profesionales médicos sin especialidad realicen tareas de diagnóstico, derivación y tratamiento que en la práctica ocasionaba riesgo de yatrogenia en los casos más graves por dificultad para percibir dicha gravedad. Un ejemplo comentado durante la rotación con los supervisores es la tendencia de diagnosticar de TEA a pacientes con un episodio psicótico cuando muestran clínica defectual en el área social. La supervisión de los Consultant y las constantes reuniones ayudaba a contener los riesgos, pero no evitaba los roces dentro del equipo.

Merece la pena la realización de esta reflexión ante la situación actual del SNS que se plantea dar acceso a psicólogos sin la especialidad para atender funciones clínicas, pues el NHS puede servir como ejemplo también para ello. Si bien en la teoría se trató de estipular una jerarquía y supervisión estricta, la práctica clínica conduce a elevados riesgos para el paciente por la concesión de una toma de decisiones excesiva. Por otro lado, esto no ha permitido dar tiempo al desarrollo de facultativos, sino que ha frenado su ritmo. En definitiva, más recursos pero con una atención de menor cualificación supone un riesgo para los pacientes más complejos sin desarrollo de una plantilla de facultativos posterior.

7 CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

El tiempo en CAMEO ha supuesto un gran punto final a mi residencia. La posibilidad de ver otro sistema de atención y la riqueza y diversidad cultural me han enriquecido como profesional. La atención a la psicosis, sobre todo en sus primeros momentos, requiere de un despliegue de recursos y conocimiento a la altura del sufrimiento de los pacientes que atendemos. CAMEO me ha proporcionado ver todo eso. No podría decir que es un rotatorio eminentemente clínico, pues no he realizado el seguimiento de ningún paciente en específico ni ha destacado la intervención psicoterapéutica por encima del resto. Pero con la perspectiva que me ha proporcionado puedo decir que realmente el trabajo con psicosis implica eso, ir más allá de lo clínico, de los síntomas, y ayudar a la persona en todos los sentidos.

Los profesionales con los que he podido estar han demostrado un interés profundo en que mi rotatorio tuviera sentido. Pocas veces durante la residencia había percibido un esfuerzo tan grande por cuidar cada detalle de mi tiempo con ellos, promoviendo cualquier aspecto sobre el que yo tuviese un interés particular incluso cuando se excedía de sus equipos y recursos. Además, la gran conexión histórica con España y el elevado número de profesionales formados en nuestro SNS me ha facilitado enormemente la estancia y me ha hecho sentir partícipe de un grupo.

En definitiva, no hay mejor conclusión que afirmar que repetiría el rotatorio. Me voy con una visión mucho más amplia y compleja de la psicosis, de la utilidad de los enfoques comunitarios, de la importancia de la cultura y sobre todo de la institución en la que desarrollamos nuestro trabajo.

8 AGRADECIMIENTOS

Mi principal agradecimiento va dirigido a mi supervisor, James Plaistow, quien fue extraordinariamente generoso para que mi estancia allí fuese lo mejor posible. Se encargó de que conociera la ciudad, la cultura y el condado casi como si fuese parte del rotatorio. Me quiso hacer partícipe de tanto como pensó que podría ser relevante para mi formación. Su interés en la mejora de la atención de los pacientes, del bienestar de los equipos y de la formación de los residentes es un tesoro para cualquier institución.

También a mis referentes españoles. Por un lado a María Alino Dies, con quien pude compartir mis inquietudes, casos y conversaciones personales. Me trató como a un amigo más que como rotante y me ayudó a incluirme tanto en el equipo como en la vida social de Cambridge. Por otro lado, Nuria Sierra, quien me abrió las puertas de su casa. Me permitió conocer otros recursos pese a que ella perteneciera a uno diferente y se encargó de mejorar mi estancia en la ciudad con bici incluida.

Y por supuesto, también a mi hospital, a mis tutoras y a SEPC-ANPIR por hacer que mi tiempo aquí fuese posible. Entrar en el PIR fue difícil, pero gracias a experiencias como estas convierten la formación en un camino increíble.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agius, M., Shah, S., Ramkissoon, R., Murphy, S., & Zaman, R. (2007). Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team. *Psychiatra Danubina*, 19(1–2), 10–19.
- American Psychiatric Association. (2020). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Cooke, A. (ed.) (2014). Comprender la psicosis (edición española). Londres: The British Psychological Society (Division of Clinical Psychology).
- Correll, C. U., Gallinger, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6), 555–565.
- Department of Health and Social Care. (2025). Fit for the future: 10 year health plan for England. HM Government.
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- Fonseca-Pedrero, E., & Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*, 25(1), 5-17.
- Jackson, C., Baggott, E., Bernard, M., Clutterbuck, R., Ryles, D., & Turner, E. (2019). *Recovering from a first episode of psychosis: An integrated approach to early intervention*. Routledge.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K. S. (2016). Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA psychiatry*, 73(10), 1082-1092.
- Keshavan, M. S., Tandon, R., & Nasrallah, H. A. (2013). Renaming schizophrenia: keeping up with the facts.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. R. (2008). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156.
- Ministerio de Sanidad. (2025). Guía de práctica clínica sobre el trastorno mental grave (TMG). Ministerio de Sanidad.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (NICE Clinical Guideline CG178). NICE.
- O'Brien, C. (2020). What is a Trainee Clinical Psychologist? The Association of Clinical Psychologists UK.
- Osimo, E. F., Perry, B. I., Mallikarjun, P., Pritchard, M., Lewis, J., Katunda, A., ... & Khandaker, G. M. (2023). Predicting treatment resistance from first-episode psychosis using routinely collected clinical information. *Nature mental health*, 1(1), 25-35.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.

- Romme, M., & Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals working with voice-hearers*. Mind Publications.
- Royal College of Psychiatrists, Early Intervention in Psychosis Network. (2025). Quality standards for early intervention in psychosis services (3rd ed.; CCQI 497). Royal College of Psychiatrists.
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O'Sullivan, N., & Sellwood, W. (2020). Meta-analysis and meta-regression of cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) across time. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1), sgaa023.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia research*, 110(1-3), 1-23.
- Tiller, J., Maguire, T., & Newman-Taylor, K. (2023). Early intervention in psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of barriers and facilitators to seeking access. *European Psychiatry*, 66(1), e92.
- Woods, A., Hart, A., Spandler, H., & Steel, C. (2015). The hearing voices movement: History, key principles and practice. *Psychosis*, 7(3), 268–276.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523–537.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(11-12), 964–971.
- Zubin, J., C Spring, B. (1977). *Vulnerability: A new view of schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126.

10 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Belbasis, L., Köhler, C. A., Stefanis, N., Stubbs, B., Van Os, J., Vieta, E., ... & Evangelou, E. (2018). Risk factors and peripheral biomarkers for schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 88-97.
- Bernardin, F., Gauld, C., Martin, V. P., Laprévote, V., & Dondé, C. (2023). The 68 symptoms of the clinical high risk for psychosis: low similarity among fourteen screening questionnaires. *Psychiatry research*, 330, 115592.
- Chang, W. C., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., Lam, L. C. W., Chan, W. C., Ng, R. M. K., ... & Bebbington, P. (2017). Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia- spectrum, affective, and other non-affective psychotic disorders in the Chinese adult population. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1280-1290.
- Clementz, B. A., Sweeney, J. A., Hamm, J. P., Ivleva, E. I., Ethridge, L. E., Pearlson, G. D., ... & Tamminga, C. A. (2016). Identification of distinct psychosis biotypes using brain- based biomarkers. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 373-384.
- Cougnard, A., Marcelis, M., Myin-Germeys, I., De Graaf, R. O. N., Vollebergh, W., Krabbendam, L., ... & Van Os, J. (2007). Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness–persistence model. *Psychological medicine*, 37(4), 513-527.
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (2016). Going beyond classic descriptions to future phenomenology of schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 73(10), 1010-1012.
- Debbané, M., Eliez, S., Badoud, D., Conus, P., Flückiger, R., & Schultze-Lutter, F. (2015). Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophrenia bulletin*, 41(suppl_2), S396-S407.
- Fiorillo, A. (2019). The complexity of vulnerability to psychosis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 138-139.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... & McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry*, cS(3), 220-229.
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical psychology review*, 45, 92-105.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt C Co.
- Guloksuz, S., & van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological medicine*, 48(2), 229-244.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., ... & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 11-14.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29-29.
- Henriksen, M. G., Nordgaard, J., & Jansson, L. B. (2017). Genetics of schizophrenia: overview of methods, findings and limitations. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 322.
- Isvoranu, A. M., Borsboom, D., van Os, J., & Guloksuz, S. (2016). A network approach to environmental impact in psychotic disorder: brief theoretical framework.

- Isvoranu, A. M., van Borkulo, C. D., Boyette, L. L., Wigman, J. T., Vinkers, C. H., Borsboom, D., & Group Investigators. (2017). A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 187-196.
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., & Saks, E. R. (2017). Why we need positive psychiatry for schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia bulletin*, 43(2), 227- 229.
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., ... & Kirkbride, J. B. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 36-46.
- Kelleher, I., & Cannon, M. (2016). Putting psychosis in its place. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 951-952.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological medicine*, 42(9), 1857-1863.
- Labrie, V., Pai, S., & Petronis, A. (2012). Epigenetics of major psychosis: progress, problems and perspectives. *Trends in genetics*, 28(9), 427-435.
- Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F., C Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*, 211(6), 350-358.
- Maj, M. (2011). Understanding the pathophysiology of schizophrenia: Are we on the wrong or on the right track? *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 20-21.
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1262-1269.
- Murray, R. M., Bhavsar, V., Tripoli, G., & Howes, O. (2017). 30 years on: how the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia morphed into the developmental risk factor model of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1190-1196.
- Murray, R. M., & Lewis, S. W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British medical journal (Clinical research ed.)*, 295(6600), 681.
- Lee, S. J., Kim, K. R., Lee, S. Y., & An, S. K. (2017). Impaired social and role function in ultra- high risk for psychosis and first-episode schizophrenia: its relations with negative symptoms. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 539.
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., & Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 5c, 51-58.
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual review of clinical psychology*, c(1), 391-419.
- Linscott, R. J., & Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*, 43(6), 1133-1149.

- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., ... C Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA psychiatry*, 72(7), 697-705.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T., & Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder: a review. *JAMA psychiatry*, 74(5), 528-534.
- O'Donoghue, B., Roche, E., & Lane, A. (2016). Neighbourhood level social deprivation and the risk of psychotic disorders: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 941-950.
- Owen, M. J., O'Donovan, M. C., Thapar, A., & Craddock, N. (2011). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 198(3), 173-175.
- Park, J. H., Choi, Y. M., Kim, B., Lee, D. W., & Gim, M. S. (2012). Use of the terms "schizophrenia" and "schizophrenic" in the South Korean news media: a content analysis of newspapers and news programs in the last 10 years. *Psychiatry investigation*, 5(1), 17.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., & Lonnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19-28.
- Pincus, D., & Metten, A. (2010). Nonlinear dynamics in biopsychosocial resilience. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*, 14(4), 353.
- Rapoport, J. L., Giedd, J. N., & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Molecular psychiatry*, 17(12), 1228-1238.
- Reininghaus, U., Böhnke, J. R., Chavez-Baldini, U., Gibbons, R., Ivleva, E., Clementz, B. A., & Tamminga, C. A. (2019). Transdiagnostic dimensions of psychosis in the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*, 18(1), 67-76.
- Reininghaus, U., Böhnke, J. R., Hosang, G., Farmer, A., Burns, T., McGuffin, P., & Bentall, R.P. (2016). Evaluation of the validity and utility of a transdiagnostic psychosis dimension encompassing schizophrenia and bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 107-113.
- Reininghaus, U., Priebe, S., & Bentall, R. P. (2013). Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a general psychosis dimension. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 884-895.
- Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World psychiatry*, 5(1), 53.
- Segarra, R., Gutiérrez, M., & Eguíluz, J. I. (2010). Curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Ars Médica, Barcelona*, 1077-107.
- Shevlin, M., McElroy, E., Bentall, R. P., Reininghaus, U., & Murphy, J. (2017). The psychosis continuum: testing a bifactor model of psychosis in a general population sample. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 133-141.
- Tamminga, C. A., Ivleva, E. I., Keshavan, M. S., Pearlson, G. D., Clementz, B. A., Witte, B., ... & Sweeney, J. A. (2013). Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar- Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *American Journal of psychiatry*, 170(11), 1263-1274.
- Tamminga, C. A., Pearlson, G., Keshavan, M., Sweeney, J., Clementz, B., & Thaker, G. (2014). Bipolar and schizophrenia network for intermediate phenotypes: outcomes across the psychosis continuum. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_2), S131-S137.
- van Os, J. (2009). 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's

evidence-based entry into the 21st century?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 363-372.

Van Os, J. (2016). "Schizophrenia" does not exist. *BMJ: British Medical Journal*, 352.

van Os, J., Reininghaus, U., & Meyer-Lindenberg, A. (2017). The search for environmental mechanisms underlying the expression of psychosis: introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 283-286.

Van Winkel, R., Stefanis, N. C., & Myin-Germeys, I. (2008). Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene- stress interaction. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1095-1105.

Walker, E., & Bollini, A. M. (2002). Pubertal neurodevelopment and the emergence of psychotic symptoms. *Schizophrenia research*, 54(1-2), 17-23.

Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 44(7), 660-669.

Wigman, J. T., van Os, J., Thiery, E., Derom, C., Collip, D., Jacobs, N., & Wichers, M. (2013). Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states. *PLoS One*, 8(3), e59559.