

XIX CONVOCATORIA DE BECAS ANPIR 2024



**Department of Child & Adolescent Psychiatry, Institute
of Psychiatry, Psychology & Neuroscience**

OMAR RÍOS HERNÁNDEZ

Residente de Psicología Clínica, 4º año

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

ÍNDICE

1. Introducción: ¿Por qué elegí este rotatorio?	1-2
2. Justificación de la rotación	2-3
3. Descripción del centro destino	3-4
4. El sistema sanitario en Reino Unido	4-6
4.1. La figura del Psicólogo Clínico	6-7
4.2. Salud Mental Infantil	7-9
5. Objetivos de la rotación	9
5.1. Objetivos relacionados con actividades docentes y de investigación	9
5.2. Objetivos relacionados con actividades clínicas asistenciales.....	9
6. Actividades realizadas	10
6.1. Actividad investigadora	11-13
6.2. Actividad docente	13-16
6.3. Actividades clínicas	16-18
7. Aplicabilidad a nuestro contexto	18-19
8. Valoración de la rotación	19-20
9. Agradecimientos	20-21
10. Referencias bibliográficas.....	21-22
11. Bibliografía recomendada en castellano.....	22-23

1. INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ ELEGÍ ESTE ROTATORIO?

Cuando empecé mi formación como residente de Psicología Clínica no me planteaba la posibilidad de irme a trabajar al extranjero. Sin embargo, con el tiempo me di cuenta de que la Formación Sanitaria Especializada (FSE) te abre puertas y te permite acceder a oportunidades que de otro modo serían difíciles de alcanzar. Además, al conocer a otros residentes de toda España y al leer las memorias de compañeros que habían disfrutado de la beca ANPIR en años anteriores, me decidí y me lancé a la aventura. La concesión de la beca fue de gran ayuda para poder realizar mi rotatorio libre durante tres meses, de abril a julio de 2024, en el *Department of Child & Adolescent Psychiatry* del *Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience* (IoPPN) del *King's College London* (KCL).

Al principio, leer las memorias de otros compañeros fue una experiencia inspiradora, pero también algo abrumadora por la gran cantidad de opciones que se presentaban. Para tomar la decisión sobre cuál sería mi destino, me guie por lo que considero los dos pilares fundamentales de la **Psicología Clínica**:

En primer lugar la curiosidad, entendida como el deseo de comprender con la mayor rigurosidad posible por qué suceden las cosas y cómo podemos encontrar soluciones eficaces. Aquí es donde se sitúa toda la parte de la investigación.

Y en segundo lugar, la intervención clínica. Para mí investigar sin un bagaje clínico carece de sentido, ¿de qué sirve la investigación en Psicología Clínica si no aporta un beneficio al paciente? Desde mi perspectiva el trato directo con la persona es esencial. Asimismo, para poder ejercer de la mejor manera nuestra profesión, es necesario tener en cuenta la combinación de estas dos dimensiones: la **investigación** y la **práctica clínica**.

Siguiendo estos principios, el *Department of Child & Adolescent Psychiatry* del IoPPN del KCL parecía una opción prometedora y que se acoplaba perfectamente a lo que estaba buscando, que es donde finalmente he podido hacer mi rotatorio.

De la misma manera que para mí fue de gran ayuda conocer la experiencia vivida por otros compañeros, me gustaría que esta memoria pueda ayudar a aquellos que tengan interés en conocer en mayor profundidad esta institución y mi paso por ella. Comenzaré

exponiendo la justificación teórica de mi rotación, seguida de una descripción detallada del centro de destino. A continuación, ofreceré una breve explicación del sistema de salud en el Reino Unido, con un enfoque en la figura del Psicólogo Clínico y el abordaje de la salud mental infantil en este contexto. Y finalmente, contaré mi experiencia en la institución, abordando las dos vertientes mencionadas anteriormente.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN

Las personas con trastornos psicóticos enfrentan desafíos significativos en la comprensión de las interacciones sociales y en la toma de decisiones acorde a las normas sociales (Savla et al., 2013). Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado en la esquizofrenia, donde se han identificado déficits en la cognición social y sesgos cognitivos específicos (Sauve et al., 2020). Sin embargo, hay una falta de estudios exhaustivos sobre estos fenómenos en otros trastornos mentales graves como el trastorno bipolar (TB), a pesar de las similitudes epidemiológicas que este trastorno comparte con la esquizofrenia, como la edad de inicio, el riesgo a lo largo de la vida, la distribución mundial y el riesgo de suicidio (Berrettini, 2000).

Según el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), el TB engloba el TB-I, caracterizado por episodios de manía severa, a menudo requiriendo hospitalización, pudiendo haber o no episodios de hipomanía y depresión; el TB-II, caracterizado por episodios de hipomanía más leves pero que aún impactan significativamente la vida diaria, junto con episodios de depresión mayor; y el TB no especificado (TB-NOS), que incluye síntomas de manía o hipomanía que no cumplen completamente con los criterios temporales o sintomáticos, como episodios de estado de ánimo anormalmente elevado o irritable que tienen una duración menor o un síntoma menos de los requeridos para un diagnóstico completo (American Psychiatric Association, 2022).

Asimismo, se estima que aproximadamente en el 55-60% de los adultos con TB la patología comienza en la infancia y la adolescencia (Merikangas et al., 2011) con una prevalencia del 2% en los jóvenes menores de 18 años (Perlis et al., 2004), y un 10% reporta un inicio de la manía o síntomas maníacos significativos durante la infancia (antes de los 13 años) (Goldstein & Birmaher, 2012). No obstante, en un metaanálisis

reciente, se encontró que la prevalencia del TB en la infancia y adolescencia alcanza el 3.9%, lo que podría deberse a la inclusión de estudios que reportan tasas para múltiples subtipos de TB, así como al uso de métodos estadísticos más avanzados (Van Meter et al., 2019). Esta alta prevalencia, junto con la comorbilidad con otros trastornos, como los trastornos de ansiedad (54%), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, 48%), los trastornos de conducta disocial (31%) y los trastornos por uso de sustancias (31%) (Frías, Palma y Farriols, 2015), puede dificultar el diagnóstico y tratamiento del TB, además de agravar su curso clínico. Estas comorbilidades no solo amplifican la complejidad del manejo del TB, sino que también subrayan la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico integral desde una edad temprana.

Dado que la infancia y la adolescencia son períodos críticos para el desarrollo social y cognitivo, la identificación temprana y la comprensión de déficits y sesgos en el TB podrían no solo mejorar las intervenciones clínicas, sino también contribuir a una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes a la disfunción social en este trastorno.

3. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DESTINO

El *Department of Child & Adolescent Psychiatry* del IoPPN es reconocido a nivel mundial por su investigación innovadora en el campo de la salud mental. Fundado en 1924 como una entidad independiente dentro de la Universidad de Londres, en 1997 se integró al KCL. Este departamento se enfoca en entender cómo los trastornos infantiles se diferencian de sus equivalentes en adultos, aplicando estos conocimientos al desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento diseñadas específicamente para el desarrollo vital de los individuos.

El departamento se especializa en áreas como los trastornos del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos afectivos, las autolesiones deliberadas, la conducta antisocial, los trastornos del neurodesarrollo, el trauma infantil y el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Además, juega un papel crucial en la conexión entre la ciencia de vanguardia y la prestación de servicios clínicos, manteniendo relaciones estrechas con equipos especializados a nivel nacional en el *Maudsley Hospital*. Este hospital, inaugurado en

1923, se ha destacado por su enfoque en la asistencia psiquiátrica, la docencia y la investigación, y desde 1938 es considerado un centro de prestigio internacional. (Department of Child & Adolescent Psychiatry | Division of Academic Psychiatry | King's College London",2023).

Dentro del departamento, está el que ha sido mi supervisor durante la rotación, el Dr. Gonzalo Salazar de Pablo. Es profesor en loPPN y psiquiatra consultante en el servicio de salud mental infanto-juvenil (*Children and Adolescent Mental Health Service, CAMHS*) de Lambeth. Aunque la mayor parte de la agenda del Dr. Salazar de Pablo está destinada a la investigación, siendo referente en este ámbito con más de 60 artículos científicos publicados en revistas de alto impacto en salud mental, también lo combina con la asistencia e intervención clínica en uno de los servicios de salud mental para niños y jóvenes hasta los 18 años, como explicaré más adelante.

4. EL SISTEMA SANITARIO EN REINO UNIDO

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (*National Health Service, NHS*) es la entidad de prestaciones sanitarias públicas del Reino Unido, creado el 5 de julio de 1948 bajo las premisas de ser gratis, comprensivo, equitativo e igualitario. Comparte similitudes con España ya que el NHS británico es el modelo sanitario en el que nos fijamos para realizar nuestra reforma sanitaria del año 1986.



Imagen 1: NHS outpatients

La financiación del gasto sanitario de éste se lleva a cabo públicamente a través de impuestos, (estimaciones de hasta el 83%) además de una parte del presupuesto nacional (Sánchez-Sagrado, 2016). La organización del NHS ha evolucionado con el tiempo. Actualmente, tiene competencias transferidas, lo que implica que Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte tienen modelos de gestión sanitaria diferentes, aunque comparten elementos comunes como la universalidad y gratuidad.

La asistencia primaria se realiza a través de los médicos de medicina general (*General Practitioners*, GP) que se corresponderían a los médicos de atención primaria en España. Esta figura, además de brindar atención médica general, puede emitir certificados necesarios para la vida cotidiana, como el carnet de conducir, la apertura de cuentas corrientes, la solicitud de hipotecas o el acceso a servicios sanitarios privados.

Una de las principales diferencias con el sistema español reside en la libertad de elección del CS por parte del paciente. Sin embargo, el GP también tiene la potestad de "seleccionar a los pacientes de su lista". Para evitar la práctica conocida como "*cherry picking*", donde los médicos eligen pacientes "fáciles" y rechazan casos más complejos, el gobierno ha implementado incentivos para que acepten en sus listas a pacientes con necesidades especiales, como personas con problemas de adicciones o individuos con comportamientos violentos.

Por otro lado, los hospitales están organizados como entidades del NHS que dependen directamente del Ministerio de Sanidad. En los últimos años, algunos se han convertido en *Trusts* (fundaciones) con un cierto grado de autonomía y autogestión. Ambos tipos de hospitales mantienen contratos para la prestación de servicios de atención primaria dirigidos a la población local.

Respecto a los servicios de salud mental, entre 1997 y 2009, el Estado realizó una significativa inversión en psiquiatría y promovió una agenda enfocada en la medicina basada en la evidencia, con una creciente implicación de los pacientes y sus familias, así como un aumento considerable en el acceso a tratamientos psicológicos en la atención primaria, especialmente la terapia cognitivo-conductual. En cuanto a la atención secundaria, un aspecto fundamental de la psiquiatría británica es que el tratamiento en

la comunidad es la norma, mientras que la hospitalización es una excepción (Barrera, 2016).

4.1. La figura del Psicólogo Clínico en Reino Unido

Para trabajar como psicólogo en el NHS del Reino Unido, es necesario estar colegiado en la *British Psychological Society* (BPS) y registrado como "*practitioner psychologist*" en el registro nacional de profesionales sanitarios (*Health and Care Professions Council*, HCPC).

Formación en Psicología Clínica:

El NHS reconoce cuatro especialidades: psicología clínica, psicología sanitaria, neuropsicología y psicología forense. Para convertirse en Psicólogo Clínico en el Reino Unido debes realizar la carrera en Psicología acreditada por la *British Psychological Society* (BPS), que generalmente dura tres años, además de adquirir (durante o tras la carrera) experiencia relevante en el campo de la Psicología Clínica. Esta experiencia puede incluir trabajos a tiempo parciales o completos, voluntarios o remunerados, en sectores públicos, privados o caritativos, incluyendo el NHS, servicios sociales, servicios para personas con discapacidad, o el sector de la caridad.

Después de la experiencia práctica el siguiente paso es solicitar la entrada a un programa de Doctorado en Psicología Clínica, que también dura tres años.

Este proceso es altamente competitivo, con solo un 15% de solicitudes aceptadas. La selección se basa en una combinación de examen de acceso y una entrevista personal, en la que se valora la experiencia de trabajo previa y una carta de postulación.

Durante el programa de doctorado, los candidatos se forman como "*Clinical Psychologist Trainees*". Esta formación incluye una supervisión formal regular por parte de un Psicólogo Clínico cualificado, con al menos una hora de supervisión clínica a la semana. Los aprendices trabajan en una variedad de servicios y entornos, con clientes de distintos grupos etarios y diversa gravedad y complejidad. En el tercer año, suelen especializarse en un área de interés personal o en lagunas formativas no alcanzadas en los dos primeros años. Además, se realiza un pequeño trabajo de investigación al finalizar la residencia. El título obtenido al finalizar la formación es el de "Doctor en

Psicología Clínica” (*Doctorate in Clinical Psychology*), y la especialidad se considera un doctorado.

Los psicólogos clínicos en el Reino Unido son profesionales muy valorados y tienen amplias posibilidades de inserción laboral, a diferencia de lo que ocurre en algunos otros países. Una vez completada la formación, los nuevos Psicólogos Clínicos suelen ser contratados en servicios de salud mental y se registran en el HCPC.

4.2. Salud Mental Infantil

Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) es el servicio de salud mental del NHS para niños y jóvenes hasta los 18 años. Hay servicios locales de CAMHS del NHS en todo el Reino Unido, con equipos compuestos por enfermeras, terapeutas, psicólogos, psiquiatras infantiles y adolescentes (médicos especializados en salud mental), trabajadores de apoyo y trabajadores sociales, así como otros profesionales. El distrito donde yo estuve fue el de Lambeth (*South London*), dentro del Lambeth CAMHS Rapids Team, donde se ofrece apoyo para niños y jóvenes que están atravesando una crisis de salud mental, así como para aquellos con necesidades de salud mental grave y compleja.

Los otros equipos que forman parte de Lambeth CAMHS (Lambeth CAMHS, 2021), son los siguientes:

-  Lambeth CAMHS Mental Health Support Team: El equipo de Apoyo en Salud Mental de Lambeth CAMHS (MHST) ofrece intervenciones tempranas para niños y jóvenes que experimentan problemas de salud mental leves a moderados.
-  Lambeth CAMHS River Team: Evaluación, tratamiento y atención para jóvenes de 0 a 18 años que presentan dificultades de salud mental moderadas a graves.
-  Lambeth CAMHS Spring Team: Intervenciones a corto plazo para aquellos con dificultades de salud mental y conductuales de bajo riesgo, y para quienes están experimentando problemas por primera vez.
-  Lambeth CAMHS Youth Justice Service: Apoyo para jóvenes conocidos por el Servicio de Delitos Juveniles del Consejo de Lambeth (YOS) que presentan dificultades de salud mental.

-  Lambeth Children Looked After Mental Health Service (CLAMHS): Evaluación y tratamiento para niños y jóvenes bajo el cuidado del Municipio de Lambeth en Londres.
-  Parent and Infant Relationship Service (PAIRS): Ayuda para padres que se sienten abrumados, que experimentan una disminución en la confianza, y que luchan con las nuevas responsabilidades.

Por otro lado, el *Department of Child & Adolescent Psychiatry* del IoPPN, es reconocido mundialmente por su investigación progresiva en este campo. Este departamento se dedica a entender cómo los trastornos infantiles se diferencian de sus equivalentes en adultos y a aplicar estos principios a la prevención, diagnóstico y tratamiento, especialmente diseñados teniendo en cuenta el desarrollo.

La unión de KCL, el *South London and Maudsley NHS Foundation Trust* y la *Maudsley Charity*, están ultimando la creación del *Pears Maudsley Centre for Children and Young People*, destinado a mejorar la salud mental infantil y juvenil a través de la investigación y el cuidado clínico, que se espera que abra sus puertas en 2025.

Reunirá a científicos líderes mundiales y los servicios especializados en salud mental infantil y adolescente del *Trust*, permitiendo una colaboración estrecha para entender las causas fundamentales de los problemas de salud mental, identificar a los individuos en riesgo temprano y desarrollar nuevos tratamientos y métodos para abordar los desafíos de salud mental y bienestar.

Este centro albergará el *Department of Child & Adolescent Psychiatry* junto con modernas instalaciones de atención en salud mental para pacientes hospitalizados, ambulatorios y en crisis, con instalaciones de investigación clínica diseñadas para ser amigables para niños y familias, incluyendo un conjunto de imágenes, realidad virtual y un laboratorio digital.

Es de relevancia señalar que la investigación sanitaria en el Reino Unido está regulada por los *Research Councils*, que financian áreas específicas de investigación. Actualmente, hay siete consejos que cubren diversas disciplinas, incluyendo arte, humanidades, ciencia e ingeniería. Asimismo, el Consejo de Investigación Médica (*Medical Research Council*, MRC), fundado en 1913, se encarga de la financiación de la investigación

médica. La Autoridad de Investigación Sanitaria (*Health Research Authority*, HRA), establecida en 2011, protege los intereses de los pacientes y coordina la regulación de la investigación, destacando la colaboración con la población y desarrollando una Estrategia de Implicación Pública para informar sobre el progreso de la investigación.

5. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

Los objetivos propuestos previamente a la realización del rotatorio fueron los siguientes:

5.1. OBJETIVOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN:

-  Asistencia y participación en las sesiones clínicas y reuniones de equipo del departamento.
-  Asistencia y participación a cursos de formación en salud mental y más específicamente en trastornos mentales en población infanto-juvenil incluyendo jornadas y congresos.
-  Conocer y participar en alguna de las principales líneas de investigación actuales.
-  Aumentar el conocimiento sobre el estudio del trastorno bipolar y continuar con la temática sobre la estoy realizando la tesis doctoral.

5.2. OBJETIVOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES CLÍNICAS ASISTENCIALES:

-  Adquirir conocimientos sobre el abordaje de diversos trastornos mentales en la población infanto-juvenil dentro del NHS, especialmente en CAMHS.
-  Familiarizarme con los protocolos de prevención, detección temprana e intervención precoz en esta población, con especial énfasis en el TB.
-  Desarrollar y perfeccionar habilidades de evaluación clínica y psicométrica.
-  Aprender habilidades y técnicas psicoterapéuticas destinadas al abordaje de primeros episodios y su posterior rehabilitación.

Con una visión retrospectiva, puedo decir con orgullo que se han cumplido todos e incluso he podido profundizar en algunos de ellos más de lo que esperaba como ahora expondré.

6. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante mi estancia en el IoPPN he coincidido con otro compañero PIR, Jesús Camacho López-Tofiño. Ambos hemos realizado un trayecto similar aunque su ámbito de interés estaba más focalizado en el espectro psicótico y el mío en el Trastorno Bipolar. Desde el primer momento el Dr. Salazar de Pablo nos ha proporcionado muchísima autonomía y capacidad de decisión respecto a lo que esperábamos de la estancia y los temas sobre los que queríamos investigar. Además, nos ha guiado en cada paso y nos ha proporcionado gran cantidad de recursos docentes que han sido de muchísima utilidad. El horario ha sido flexible y en ocasiones ha ido cambiando en relación a los eventos que surgían, de manera aproximada el **cronograma** sería el siguiente:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9h	Check in meeting	Research	Research		
10h		Team Supervision Meeting	Journal Club		
11h					
12h	Research	Research	Clinical Case	Research	CAMHS
13h					
14h					
15h	Seminarios		Research		
16h					
17h					

Tabla 1: Cronograma

Leyenda

Actividades docente
Actividad clínica
Actividades de investigación

6.1. Actividad investigadora

Uno de los objetivos principales de este rotatorio era adentrarme en una institución con alto prestigio en el ámbito de la investigación en Psicología Clínica y empaparme al máximo del conocimiento de las personas que estuviesen allí, así como de la manera de hacer las cosas. Además, tener una tesis doctoral en curso siempre es un gran motivador. Para no extenderme demasiado, abordaré cada una de las actividades de manera resumida, aunque como es esperable cada una de ellas ha llevado un tiempo considerable en realizarse e incluso habiendo acabado el rotatorio quedan tareas pendientes.

Tener una hoja de ruta por la que guiarte y ver los errores en otros, ayuda a no cometerlos tú. Citando a Warren Buffett: *“Es muy bueno aprender de tus errores, pero es mejor todavía aprender de los errores de los demás.”* Por esta razón, para empezar, la primera tarea fue la **revisión de artículos científicos**:

El Dr. Salazar de Pablo nos introdujo como revisores en la *Child and Adolescent Mental Health journal*. Asimismo, antes de comenzar nos proporcionó los baremos y ciertas directrices que debíamos seguir a la hora de corregirlo. Realizar esta revisión es de gran ayuda para empezar a investigar ya que aporta conocimiento de los criterios editoriales, mejora de habilidades críticas, actualización de conocimientos y además te ofrece reconocimiento profesional.

El siguiente paso sería decidir el **proyecto sobre el que íbamos a investigar** en estos tres meses que quedaban por delante. Tras un par de reuniones, y teniendo en cuenta que el área de especialización de nuestro supervisor es el **metanálisis**, decidimos que lo mejor sería que mi compañero Jesús fuera autor principal en uno y yo en el otro, así ambos podríamos participar de manera activa en los dos proyectos y retroalimentarnos.

En mi caso, éste trataría sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales en el espectro del trastorno bipolar en infancia y adolescencia. Por poner en contexto, un metanálisis es un tipo de estudio que combina y analiza los resultados de múltiples estudios individuales para llegar a conclusiones más robustas sobre un tema en particular. La principal diferencia entre un metanálisis y una revisión sistemática radica en que un metanálisis además proporciona un análisis estadístico que combina los

resultados cuantitativos de varios estudios sobre el mismo tema. El proceso que seguimos fue el siguiente:

- ✚ Realización de **protocolo** detallado con los objetivos, criterios de inclusión/exclusión, métodos de búsqueda, estrategias de extracción de datos y análisis que se realizarían, para después publicarlo en PROSPERO.
- ✚ Luego, comenzamos con la búsqueda en diversas bases de datos (*Screening*), obteniendo miles de estudios, revisando los títulos y resúmenes de los estudios recuperados en la búsqueda para seleccionar aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión previamente definidos. Durante este proceso también aprendí a utilizar EndNote, que sería de muchísima utilidad para después realizar las citas correctamente. Todo ello lo compaginábamos tanto con el metaanálisis de Jesús como con el mío ya que en la etapa de selección de estudios se suele hacer de manera independiente por dos o más revisores para minimizar sesgos.
- ✚ Los estudios seleccionados se evalúan críticamente utilizando herramientas específicas. Aquí aprendí a utilizar el RoB 2 (*Risk of Bias 2*) que es una actualización de la herramienta original de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos clínicos controlados.
- ✚ A continuación, la parte de extracción de datos nos llevó semanas, ya que es donde se exponen los datos más importantes de los estudios en las variables que previamente hayas decidido y que después se analizarán estadísticamente. De nuevo, Jesús y yo nos coordinábamos para revisar ambos metanálisis, haciendo el *cross-check*.
- ✚ La parte del análisis estadístico ha sido de mis favoritas, poder extraer y comparar datos estadísticos en un programa y ver que tiene sentido todo lo que has estado haciendo en relación a la hipótesis previa es una sensación única. El Dr. Salazar de Pablo nos ayudó y enseñó a utilizar el *Comprehensive Meta-Analysis Software*, version 3 (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2013)).
- ✚ Tras acabar este proceso, toca redactarlo todo en forma de artículo de acuerdo a la revista a la que quieras enviar. Aunque el rotatorio ha acabado todavía estamos en ello y esperamos poder publicar el artículo en los próximos meses.

Mientras nos íbamos familiarizando y avanzando en cada parte del proyecto, lo combinábamos con **otras tareas**. Por ejemplo, ayudamos en la *data extraction* de otro meta-análisis sobre calidad de vida en adolescentes *Clinical High Risk*. Esto nos ayudaba a ganar más experiencia en la parte de investigación y nos formaba en otros ámbitos clínicos.

Además, como mi tesis está centrada en TB, también me dieron la oportunidad de ayudar en la **elaboración del proyecto** para implementar la *Interpersonal Social Rhythm Therapy* (IPSRT) (Frank, et al. 2005) en población adolescente en CAMHS. De hecho, realizamos una formación para ser terapeuta acreditado de la terapia. No obstante, aunque me hubiese gustado intervenir de manera más activa en terapia y tenía la facilidad de hacerlo gracias al equipo y apoyo del supervisor, a nivel burocrático fue complicado.

Finalmente, también participamos con un póster en el **37th European College of NeuroPsychopharmacology Congress**, de momento con el *abstract* aceptado.



Imagen 2: Cartel ECNP

6.2. Actividad docente:

Toda parte práctica tiene que tener su parte teórica, en palabras de Kurt Lewin: “*No hay nada más práctico que una buena teoría*”, por este motivo intentábamos acudir en la medida de lo posible a diferentes eventos que proponían desde KCL:

Journal Club:

Los miércoles de 11:30h-13:00h se celebra el *Journal Club*, cada semana se realiza una breve exposición sobre un estudio académico de gran relevancia. Posteriormente, se lleva a cabo un debate informal, dirigido por especialistas invitados en el área, donde se analizan los puntos fuertes y débiles del proyecto.

Algunos ejemplos de sesiones que se realizaron fueron:

"Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands", Kammeraat et al (2023), el día 4 de abril y *"Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis"*, Ritunnano et al (2022), el día 22 de mayo.



Imágenes 3 y 4: Carteles Jorunal Club



Imagen 5: Sala donde se celebra el Journal Club (Wolfson Lecture Theatre).

♦ Seminarios:

Algo que me ha resultado curioso e interesante, es que siempre hay seminarios a los que puedes acudir (tanto en horario de mañana como de tarde), y de temas muy diversos.

✚ **C&AP Departmental Seminar: Role of Intensive Outpatient Programmes for Eating Disorders, by Dr Erica Cini**

✚ **Research showcase | Child Mental Health and Neurodevelopmental Disorders**



Imagen 6: Child Mental Health and Neurodevelopmental Disorders

✚ **Bipolar Disorder, LAMBETH CAMHS, by Dr Gonzalo Salazar de Pablo IoPPN Staff Forum**

✚ **Virtual Reality in adolescents with bipolar disorder by Dr Gonzalo Salazar de Pablo IoPPN Adolescent Mental Health Advisory Group**

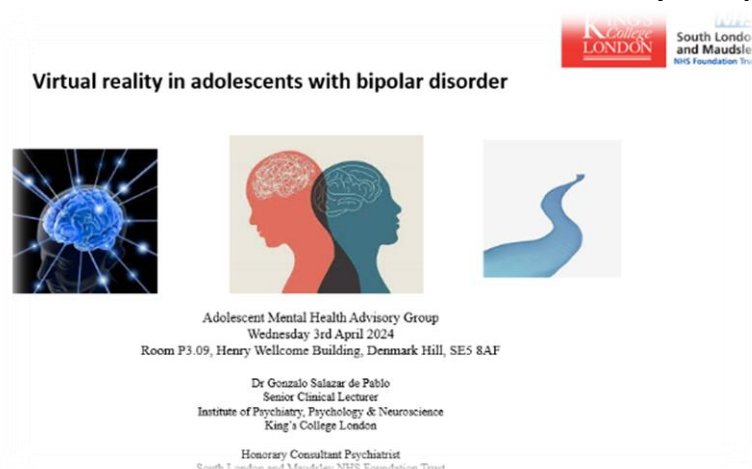


Imagen 7: Virtual Reality in adolescents with bipolar disorder

✚ **Effects and moderators of psychological pain treatments: Who is most likely to benefit by Professor Mark Jensen**



Imagen 8: Effects and moderators of psychological pain treatments

✚ **Psychosis: Translating word-class research into clinical care: Presented by the KHP Psychosis Clinical Academic Group (CAG), in conjunction with Maudsley Learning**

✚ **Virtual Reality in research:**



Imagen 9: Cartel Virtual reality

6.3. Actividad clínica

Aunque como ya he comentado, la parte central de este rotatorio fue la investigación, tuve la oportunidad de asistir los viernes a Lambeth CAMHS con mi supervisor, donde participé principalmente como observador. En este contexto, pude presenciar el abordaje de una gran variedad de trastornos en población infanto-juvenil, incluyendo trastornos del espectro psicótico, trastornos del espectro autista, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y depresivos, entre otros. La diversidad de casos atendidos me permitió conocer mejor la realidad de la salud mental infantil y adolescente en Reino Unido, que en algunos aspectos es muy diferente al sistema español.

Uno de los elementos que más me llamó la atención fue el enfoque interdisciplinario de los equipos, con un fuerte énfasis en la colaboración entre psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y otros profesionales. Concretamente, observé

intervenciones centradas en la atención comunitaria y la participación activa de la familia en el proceso terapéutico. A pesar de que mi rol fue mayormente observacional, fue muy interesante ver la aplicación de enfoques psicoterapéuticos, haciendo siempre hincapié en terapias con fuerte evidencia científica como la Cognitive Behavioural Therapy (CBT).

Además, pude formar parte de la implementación inicial de la *Interpersonal and Social Rhythm Therapy* (IPSRT) en adolescentes, una intervención novedosa en este contexto, con bastante respaldo científico y que busca mejorar la regulación de los ritmos sociales y las interacciones interpersonales, un aspecto que me resultó bastante diferente en comparación con los abordajes terapéuticos más tradicionales que he presenciado normalmente en España.

En cuanto a los dispositivos asistenciales, uno de los objetivos de mi rotatorio era familiarizarme con la estructura y funcionamiento de los distintos recursos de salud mental en este contexto. Por ello, asistí al *Clinical Governance Day de Lambeth CAMHS* 2024, donde los diferentes equipos clínicos expusieron sus modelos de trabajo, lo que me ayudó a obtener una visión global de cómo se organizan y coordinan las intervenciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil.



Lambeth CAMHS Clinical Governance Day 2024

Location: Salford Education Centre, 7 Grosvenor Road, Bolton, London SW9 7PH
 0207 733 9423
 Date: Tue 16th April 2024
 Time: Sign registration for 9:25am start

Registration 09:00 – 09:15		
09:15 – 09:30	Introduction to the Day	Natasha Hutchinson Jane Anderson
09:30 – 10:00	Service Update	Natasha Hutchinson Caitlin Brett
10:00 – 11:15	Team Updates	Team Presenters
Coffee Break 11:15 – 11:30		
11:30 – 12:45	Team Updates	Team Presenters
Lunch Break 12:45 – 14:00		
14:00 – 14:15	Communication theme in Complaints	CAMHS Governance Team
14:15 – 14:30	ROMS Dashboard & Virtual Waiting Room	Craig Colling, Digital Lab
14:30 – 14:45	Equality and Diversity Update	Bhavna Semik, E&D Lead & Team
14:45 – 15:00	Safeguarding Update	Mary Mason, Safeguarding Lead
Coffee Break 15:00 – 15:15		
15:15 – 16:30	Interactive Workshop: Care Pathways in Our Service – a young person's journey	Jane Anderson, Sadie Williams, Lambeth CAMHS SMT
Close 16:30 – 16:45		

Imagen 10: Clinical Governance Day Lambeth CAMHS

También visité el *Early Intervention Service* (EIS), un servicio destinado a la evaluación y tratamiento de jóvenes que han sufrido un primer episodio psicótico, así como el *Focus Homeless Community Mental Health Team*, que brinda atención a personas sin hogar con trastornos mentales, tanto aquellos que viven en las calles como los que se encuentran en albergues.



Imagen 10: EIS

Estas experiencias me permitieron comparar el enfoque británico con los dispositivos de intervención temprana que se utilizan en España y reflexionar sobre la adaptabilidad de estos modelos en otros contextos.

7. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

Según lo que he podido apreciar, en Londres los profesionales combinan eficazmente la investigación con la práctica clínica, dedicando tiempo específico a ambas actividades. Integrar de manera más formal la investigación en la jornada laboral de los clínicos en España podría mejorar tanto la calidad como la relevancia de los tratamientos. Actualmente, aunque existen colaboraciones entre universidades y hospitales, todavía es necesario fortalecer esta sinergia para que los avances científicos se traduzcan de manera más directa y rápida en mejoras asistenciales.

Una particularidad que me llamó la atención fue el enfoque británico hacia la psicopatología infanto-juvenil, donde existe una mayor flexibilidad en el manejo de los trastornos afectivos graves. En lugar de centrarse exclusivamente en la medicación o la hospitalización, se priorizan intervenciones psicoterapéuticas y comunitarias desde las primeras etapas de la enfermedad. Este enfoque preventivo no solo mejora la calidad

de vida de los pacientes, sino que también promueve una visión más integrada y holística del tratamiento, que podría ser muy valiosa en España.

Además, el sistema británico destaca por sus redes colaborativas, facilitando el intercambio de conocimientos y recursos entre diferentes centros y especialistas. Este enfoque no solo mejora la cohesión entre los equipos, sino que también asegura un abordaje más coordinado en el tratamiento de los trastornos afectivos graves, donde la continuidad asistencial es clave. En este sentido, las redes comunitarias juegan un papel esencial, permitiendo reducir la dependencia de hospitalizaciones prolongadas y garantizando una atención más cercana y menos restrictiva, lo que protege los derechos de los pacientes.

En España, promover un enfoque preventivo y comunitario más sólido en el tratamiento de los trastornos afectivos graves, especialmente en población infanto-juvenil, podría mejorar la detección precoz, así como la transición entre servicios. Fortalecer estas redes comunitarias y fomentar la colaboración interinstitucional podría no solo reducir la carga asistencial de los hospitales, sino también facilitar una atención más accesible y efectiva, centrada en las necesidades del paciente.

8. VALORACIÓN DE LA ROTACIÓN

¿Volvería a repetir la experiencia? Creo que esa es la pregunta clave tras haber vivido algo como esto. En cuanto al aspecto profesional, me siento completamente satisfecho. Ha sido una experiencia enriquecedora y gratificante, donde tuve la oportunidad de aprender de grandes expertos y desarrollar nuevas habilidades, como el trabajo en equipo y la coordinación, especialmente con mi compañero Jesús. También fue un reto enfrentarme a reuniones y conversaciones en inglés, adaptarme a una nueva cultura y vivir en un país distinto. No obstante, contar con el Dr. Salazar de Pablo, un excelente psiquiatra e investigador, quien nos brindó apoyo y supervisión constante, hizo todo el proceso mucho más llevadero.

Asimismo, haber tenido la oportunidad de observar cómo la investigación y la práctica clínica pueden integrarse de manera efectiva en el día a día, es algo que me inspira a pensar en cómo puedo aplicar este enfoque en mi práctica en España. Además, pude

aprender nuevas formas de abordar los trastornos mentales graves en adolescentes, algo que sin duda enriquecerá mi trabajo clínico futuro. El contacto e implementación de terapias basadas en la evidencia, como la IPSRT me proporcionó herramientas valiosas, ampliando así mi repertorio de intervenciones.

A nivel personal, mi experiencia viviendo en Londres fue igualmente significativa. Allí tienes acceso a prácticamente cualquier actividad que puedas imaginar; si quisieras hacer danza folklórica palestina, seguro encontrarías un lugar donde practicarla (por poner un ejemplo). La diversidad cultural es asombrosa. Recuerdo preguntar a una psiquiatra española que vive allí qué era lo que la mantenía en Londres, a lo que me respondió que, a diferencia de otros lugares, la variedad de pacientes le permitía sumergirse en diferentes culturas, enriqueciéndose constantemente de ellas.

Sin embargo, hay aspectos a considerar si planeas una estancia en este país. El costo de vida es bastante alto, especialmente la vivienda, tiene precios desorbitados. Además, dependerás del transporte público para casi todo, y éste tampoco es barato. Otro punto importante es la gastronomía, difícil si eres de comer sano, y por supuesto el clima; llueve con frecuencia y, en los días que no llueve, suele estar nublado. Si estás acostumbrado/a a vivir cerca del mar o en el mediterráneo como es mi caso, es algo a tener muy en cuenta (y la vitamina D se convertirá en tu aliada).

En resumen, respondiendo a la pregunta inicial: sí, sin duda volvería a hacer el rotatorio. Con la perspectiva que da el tiempo, siempre habría cosas que cambiaría, pero en términos generales estoy muy contento y agradecido por esta experiencia.

9. AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, quiero dar las gracias a la junta directiva de ANPIR y al comité evaluador de las becas, por confiar en mi proyecto y considerarlo merecedor de una de sus becas.

También me gustaría destacar el apoyo de los compañeros que obtuvieron la beca anteriormente y que me han guiado durante este proceso, en especial a Gabriel Ródenas Perea, quien ha sido un referente y me ha brindado su ayuda desde el inicio.

Desde luego, expreso mi eterna gratitud a mi supervisor, Gonzalo Salazar de Pablo, por su predisposición en todo momento y su respaldo constante durante la estancia.

A mi compañero Jesús, gracias por los buenos momentos y todas las experiencias compartidas.

A los miembros del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, que han hecho posible esta estancia, y en especial a mi tutora, Matilde Espinosa Mata, por confiar en mí. Sin duda, también agradezco a mis compañeros residentes, cuya presencia y apoyo en los momentos más desafiantes ha sido incalculable.

Mis directoras de tesis, Ana García Blanco y Pilar Sierra San Miguel, también merecen una mención especial por sus consejos y su constante apoyo.

Y, por último, a mis padres, familia y amigos, quienes, a pesar de la distancia, siempre me han hecho sentir cerca.

10. REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2022). Bipolar and related disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x03_Bipolar_and_Related_Disorders

Barrera, A. (2016). La ley de salud mental en Inglaterra. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(1), 59-66. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000100008

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2013). *Comprehensive Meta-Analysis (Version 3)*. Englewood, NJ: Biostat.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagioli, A. M., ... & Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 996-1004. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.996>

Frías, Á., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Comorbidity in pediatric bipolar disorder: Prevalence, clinical impact, etiology and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 174, 378-389. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.008>

Goldstein, B. I., & Birmaher, B. (2012). Prevalence, clinical presentation and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(1), 3-14.

Lambeth CAMHS. (2021). CAMHS Services. En South London and Maudsley, National Health System. <https://slam.nhs.uk/lambeth-camhs>

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., ... & STEP-BD Investigators. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875-881. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022>

Sánchez-Sagrado, T. (2016). La atención primaria en el Reino Unido. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(2), 110-113. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-el-reino-S113835931500297X>

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>

Sauvé, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 101854. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101854>

Van Meter, A., Moreira, A. L. R., & Youngstrom, E. (2019). Updated meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12180>

11. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA EN CASTELLANO

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

Bravo, M. F., Lahera, G., Lalucat, L., & Fernández-Liria, A. (2013). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Medicina Clínica*, 141(7), 305-e1.

Colom, F., & Vieta, E. (2004). Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. *Gaceta Universitaria*, 129.

Diler, R. S., & Birmaher, B. (2018). Trastorno bipolar en niños y adolescentes. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Editorial IACAPAP.

Frías, Á., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de los jóvenes diagnosticados o con alto riesgo para el trastorno bipolar pediátrico: una revisión de la literatura. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 146-156.

Garrido, J.A., Zuñiga R. and Laffite H. (2021). Terapia de aceptación y compromiso en psicosis: aceptación y recuperación por niveles (ART). Pirámide.

González-Ortega, I., Alberich, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., Barbeito, S., Vega, P., Ruiz de Azúa, S., Napal, O. et al. (2011). Funcionamiento psicosocial en pacientes con primeros episodios psicóticos: seguimiento a un año. 12 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, febrero-marzo, 1-12.

San Miguel, P. S. (2007). Vivir con un trastorno bipolar.¿ Qué opinan los pacientes?. *Archivos de psiquiatría*, 70(1), 43-64.