



**XII BECAS ANPIR 2016-2017 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE
EXCELENCIA EXTRANJEROS**

COGNITIVE AND PSYCHOTIC DISORDERS LAB

**QUEEN'S UNIVERSITY, DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
(KINGSTON, ONTARIO, CANADÁ).**



Ana Costas Carrera

R4 – Consorci Sanitari de Terrassa

ÍNDICE

Introducción.....	3
1.1 Aproximación teórica a la Terapia de Rehabilitación cognitiva.....	3
1.2 Modelo Action-Based Cognitive Remediation Therapy.....	7
1.3 Estructura de la Terapia ABCR.....	11
1.4 ¿Qué aporta la ABCR a los abordajes de rehabilitación cognitiva?.....	12
La Psicología Clínica en Canadá.....	12
Descripción del CPD Lab.....	14
Actividades realizadas.....	17
Aplicabilidad a nuestro contexto.....	26
Valoración personal de la estancia.....	26
Agradecimientos.....	28
Bibliografía.....	29

1. Introducción

1.1. Aproximación teórica a la Terapia de Rehabilitación Cognitiva.

Desarrollo histórico de la rehabilitación neuropsicológica

Históricamente, el desarrollo de la rehabilitación cognitiva como tratamiento sistemático se podría situar en torno a la I Guerra Mundial, y está fuertemente vinculado al estudio del daño cerebral adquirido. Uno de los autores más destacados fue K. Goldstein, cuyas aportaciones al campo de la neuropsicología se basaron en la diferenciación de estrategias de rehabilitación cognitiva; así como el énfasis en la intervención precoz de los trastornos cognitivos para prevenir secuelas a largo plazo. Este autor resaltaba la importancia de la rehabilitación neuropsicológica para la recuperación funcional global de los pacientes a la vida diaria (Christensen, 2011).

Posteriormente A. Luria, cuyas teorías y métodos permitieron el avance en el campo de la neuropsicología como ciencia, basaba la rehabilitación cognitiva en el principio de que los *“procesos conductuales complejos no están localizados sino distribuidos en todo el cerebro en sistemas funcionales”* y en las estrategias de *compensación sustitutiva* para la recuperación de funciones afectadas; así como la *individualización y sistematización* de los tratamientos (Christensen, 2011).

No obstante, el estudio de la rehabilitación cognitiva en los trastornos mentales es mucho más reciente; situándose su máximo desarrollo en los últimos 20 años con la expansión de la investigación en la esquizofrenia. Cada vez existe mayor evidencia de que los déficits cognitivos son una característica pervasiva de muchos trastornos mentales; la cual se relaciona con un peor funcionamiento psicosocial que puede limitar la autonomía de las personas con trastornos mentales. (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011; McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo y Mueser, 2007; Penadés, et al., 2010).

Neurocognición como diana terapéutica en trastornos mentales

El término Cognición (o Neurocognición) hace referencia a diferentes procesos por los cuales el ser humano es capaz de entender y crear sentido al mundo. El funcionamiento cognitivo implicaría todos los procesos cognitivos y metacognitivos relacionados con la percepción, atención, memoria, resolución de problemas y planificación de la conducta (Wykes y Reeder, 2005). Todos estos procesos cognitivos se han visto relacionados con el desarrollo y curso de diferentes trastornos mentales (Tabla 1).

El ejemplo más ampliamente estudiado es el de la esquizofrenia, trastorno que cursa con una variedad de síntomas, y entre los cuales se encuentran los déficits neurocognitivos. Cerca de tres cuartas partes de personas diagnosticadas de esquizofrenia presentarán diferentes grados de deterioro; entre los que destacan los déficits en atención, memoria de trabajo, funcionamiento ejecutivo, memoria verbal y velocidad de procesamiento (Penadés, 2011).

Estos déficits están presentes desde las primeras fases de la enfermedad y se han asociado de forma consistente a un peor pronóstico, así como peor funcionamiento psicosocial, llegando a explicar hasta el 60% de la varianza del mismo (Green, et al., 2000). Así mismo, los déficits cognitivos son más prevalentes y perduran más en el tiempo que los síntomas “clave” de la enfermedad (como serían los síntomas positivos; las alucinaciones o ideas delirantes). (Rosen, Grossman, Harrow, Bonner-Jackson y Faull., 2011). Además, los déficits cognitivos en esquizofrenia juegan un rol predominante en la capacidad de los pacientes con esquizofrenia de beneficiarse de las intervenciones psicológicas existentes (Medalia y Bowie, 2016), por lo que contemplar estas limitaciones a la hora de planificar un tratamiento se hace especialmente importante.

Hallazgos similares a los encontrados en esquizofrenia están siendo identificados en otros trastornos; como los trastornos afectivos (Elgamal, McKinnon, Ramakrishnan, Joffe y MacQueen, 2007; Porter, Bowie, Jordan y Malhi, 2013; Rock, Roiser, Riedel y Blackwell, 2013) o los trastornos de la conducta alimentaria (Tchanturia, Lounes y Holttum, 2014).

El trastorno depresivo mayor se ha asociado a diferentes déficits neurocognitivos; entre los que destacan el deterioro en las funciones ejecutivas, atención, velocidad de procesamiento de la información, memoria episódica y regulación emocional (Vanderhasselt y Raedt, 2009). Estos déficits se encontraban incluso en fase eutímica del trastorno, pudiendo ser un factor predictor de la recuperación funcional y clínica a largo plazo (Bowie, Gupta y Holshausen, 2013). A su vez, el deterioro de las funciones neurocognitivas predice una mayor probabilidad de recurrencia del trastorno y un peor funcionamiento psicosocial (Cohen, Daches, Mor y Henik, 2014).

Todos estos hallazgos en investigación han demostrado la importancia de considerar la neurocognición como una diana terapéutica dentro de los tratamientos integrales para los trastornos mentales (Tabla 2).

Tabla 1

Principales déficits cognitivos en Esquizofrenia, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar- I (Bowie, et al., 2013).

Dominio	Esquizofrenia	TDM	T.B.-I
Velocidad motora	Leve	Intacto	Intacto
Velocidad procesamiento de la información	Severo	Leve	Moderado
Atención	Severo	Leve	Moderado
Procesamiento Visual	Leve	Intacto	Intacto
Habilidades lingüísticas	Moderado	Intacto	Leve
Memoria de Trabajo	Severo	Moderado	Moderado
Memoria Verbal	Profundo	Moderado	Severo
Memoria Visual	Severo	Leve	Moderado
Funcionamiento ejecutivo	Profundo	Moderado	Moderado

Nota: TDM= Trastorno Depresivo Mayor; T.B.-I= Trastorno Bipolar- I.

Tabla 2

Relación entre síntomas cognitivos, clínicos y funcionamiento psicosocial (Bowie, et al., 2013).

Áreas cognitivas	Síntomas asociados	Deterioro funcionamiento
Velocidad de procesamiento	- Anergia - Pobreza de pensamiento - Enlentecimiento en habla	- Enlentecimiento en finalizar tareas. - Dificultades para seguir conversaciones.
Atención	- Pobre concentración - Distractibilidad - Rumiación	- Tareas incompletas. - Pérdida del hilo de conversación. - Pérdida de pistas sociales.
Memoria	- Pérdida de interés - Olvidos frecuentes	- Olvidos de citas y reuniones. - Olvido de nombres y tareas. - Pérdida de objetos
Funcionamiento ejecutivo	- Apatía - Indecisión - Rumiación	- Dificultad para priorizar y planificar. - Falta de iniciativa - Dificultades para adaptación a entornos cambiantes - Impulsividad

Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC) para los trastornos mentales.

En el caso de la esquizofrenia, la primera aproximación para el tratamiento de los déficits neuropsicológicos surge con el Tratamiento Psicológico Integrado (IPT), desarrollado por el grupo de Brenner et al (1995). Posteriormente fueron desarrollándose tratamientos más específicos sobre los déficits cognitivos, como el Cognitive Remediation Therapy (CRT) o Terapia de Rehabilitación Cognitiva, del grupo de Til Wykes. Este tratamiento está inspirado en el modelo de aprendizaje sin errores de Wykes y Reeder, 2005. La técnica fundamental sería el “*scaffolding*” (o andamiaje) que trata de proveer al paciente de estrategias cognitivas que no es capaz de crear por sí mismo.

En un meta-análisis llevado a cabo por el grupo de Wykes et al (2011) concluyeron que la TRC es eficaz para mejorar los déficits cognitivos en esquizofrenia, y que si se combinaba con otro tipo de aproximaciones psicológicas podía aumentar los efectos de la misma sobre el funcionamiento psicosocial de estos pacientes.

Por otro lado, uno de los primeros autores en desarrollar un programa de TRC para depresión fue Siegle et al (2007) quién diseñó un programa de rehabilitación de la memoria de trabajo. Tras la administración de este programa los sujetos mejoraban su funcionamiento ejecutivo, así como síntomas clínicos (síntomas depresivos y pensamientos rumiativos), a la vez que se producían cambios en el patrón de activación cerebral de estos sujetos.

Desde entonces, se han desarrollado diversidad de abordajes, tanto basados en entrenamiento en lápiz y papel, como computerizados.

El grupo de C. R. Bowie (CPD Lab) es uno de los más activos en el estudio de la eficacia de la TRC para trastornos psicóticos y depresivos; así como de variables predictoras de éxito y generalización de la misma.

Bowie et al (2013) comprobaron como la rehabilitación cognitiva no solo mejoraba el funcionamiento cognitivo de los pacientes con trastorno depresivo, sino que también mejoraba la sintomatología depresiva. Además, concluyen que la atención y las funciones ejecutivas son las áreas con mayor potencial de mejora; ya que otras como la memoria o velocidad de procesamiento son más dependientes del estado de ánimo.

Sin embargo, la mayoría de los abordajes de rehabilitación cognitiva se centran en entrenar las diferentes áreas cognitivas afectadas, sin trabajar de forma específica la relación entre éstas y el funcionamiento psicosocial diario de los pacientes. Esto provoca que la mayoría de estos tratamientos fracasen a la hora de producir cambios en la vida de estos pacientes si no se combinan con otros enfoques terapéuticos (P.ej.: trabajo específico de integración en la comunidad o servicios de empleo protegido). Una de las limitaciones de esta falta de traslación es la escasa percepción de mejoría subjetiva de los pacientes, que a pesar de identificar mejorías en su rendimiento cognitivo no encuentran una mejora de su funcionamiento cognitivo cotidiano.

El grupo de C.R. Bowie está desarrollando en la actualidad un tratamiento que pretende superar las limitaciones de los abordajes clásicos de TRC; su **falta de generalización** de las mejoras a la vida diaria de los pacientes.

Para ello combina las estrategias básicas de las TRC clásicas (basadas en rehabilitación de funciones cognitivas específicas) junto a estrategias ecológicas para fomentar la generalización a la vida diaria de los pacientes de una forma progresiva. El tratamiento que este grupo está diseñando se llama **Action Based Cognitive Remediation Therapy** (ABCR) y actualmente cuenta con el primer artículo publicado que demuestra su eficacia en la generalización de las mejoras al funcionamiento psicosocial diario de los pacientes.

1.2. Modelo Action-Based Cognitive Remediation Therapy (ABCR)

Desde este enfoque, el equipo de C.R. Bowie hipotetiza que detrás de la escasa mejora en el funcionamiento diario de los pacientes tras recibir TRC clásicas, pese a la mejora cognitiva, se debe a las dificultades de generalización de estos tratamientos al entorno real de estas personas (debido a la elevada especificidad de los entrenamientos; especialmente aquellos diseñados mediante ejercicios de repetición o "*Drill exercises*"). Entre las causas que pueden dificultar la generalización se encontrarían las dificultades para poner en práctica las estrategias entrenadas en sesión (P.ej.: si un paciente con un episodio depresivo tiene dificultades para organizar citas o eventos futuros y está presente una elevada apatía y tendencia al aislamiento será mucho más complicado que el propio individuo tenga la iniciativa de aplicar las estrategias trabajadas en sesión). Otra cuestión que a menudo complica la generalización de estrategias es la escasa conexión que los propios pacientes encuentran entre los ejercicios que trabajan en sesión con sus dificultades en el día a día. Por último, la falta de confianza a la hora de utilizar sus habilidades cognitivas también hace que a menudo fracase esta generalización. Por tanto, en la ABCR se pretende no sólo mejorar la cognición, sino también ayudar a los pacientes a encontrar diferentes formas de usar las habilidades cognitivas aprendidas en sesión para generar cambios a corto y largo plazo en sus vidas.

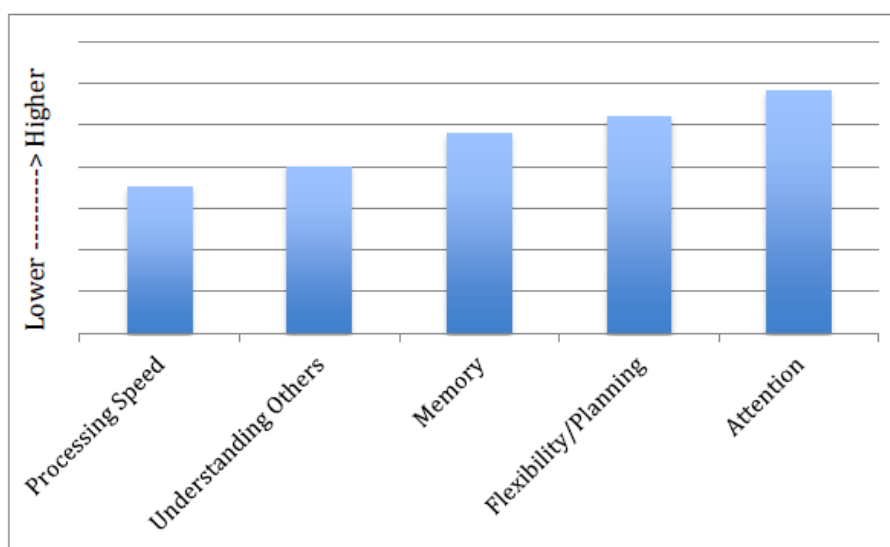
Para ello, la ABCR se basa en 6 técnicas:

- 1) **Orientación y establecimiento de objetivos**: Esta es una de las partes más importantes del tratamiento, pues consiste en que el paciente, en colaboración con el terapeuta, establezca qué objetivos quiere conseguir con la intervención (cambios en su vida diaria). Se procura que sea capaz de identificar diferentes objetivos y preferiblemente sobre diferentes aspectos de su funcionamiento diario. El rol del terapeuta es el de colaborador en el proceso de identificación, así como guía para hacer los objetivos más concretos, realistas y medibles (P. ej.: si un paciente verbaliza que quiere volver a trabajar podemos orientarlo como una meta a medio plazo para la cual podemos concretar objetivos a corto plazo que le ayudarán en ese objetivo y que a la vez sean factibles y evidentes a corto plazo). El objetivo de desglosar los grandes objetivos en otros más pequeños y

cuantificables es incrementar la percepción de autoeficacia del sujeto, así como su capacidad de alcanzarlo.

Después de identificar los objetivos personales del paciente, se revisa con éste su perfil cognitivo (obtenido mediante exploración neuropsicológica previa). Es importante que el lenguaje que se utilice sea claro, sencillo y evite etiquetas. En esta fase se le presenta al sujeto una gráfica en la que se refleja su perfil cognitivo global, ordenando las funciones cognitivas de menor a mayor (según nivel obtenido) pero sin asignar números que cuantifiquen el deterioro (Figura 1).

Figura 1 Ejemplo de perfil cognitivo de un participante de ABCR.



En esta fase el terapeuta explica el perfil obtenido y remarca la necesidad de centrarse en trabajar determinadas funciones cognitivas, pero siempre desde un enfoque no estigmatizador y en el cual se normaliza la variabilidad del perfil cognitivo.

Una vez descritos los objetivos y perfil cognitivo individual, el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración para averiguar cómo este perfil cognitivo puede influir en la consecución de sus objetivos. De esta forma se incrementa tanto la metacognición del individuo acerca de los diferentes procesos cognitivos implicados en su vida cotidiana, cómo la implicación en el tratamiento.

Posteriormente, el terapeuta explica en qué consisten las actividades realizadas durante la ABCR para ayudarle a entender cómo estas actividades pueden ayudarle a conseguir los objetivos marcados.

- 2) **Ejercicios Cognitivos Computerizados:** Como en otras terapias de rehabilitación cognitiva, el paciente realiza una serie de ejercicios dirigidos a mejorar su rendimiento cognitivo, en especial de aquellas funciones más afectadas. Los

ejercicios son programados de forma individualizada, teniendo en cuenta el perfil cognitivo obtenido, así como los objetivos de la persona. Los ejercicios están diseñados para mejorar diferentes funciones cognitivas (atención, memoria, funcionamiento ejecutivo...).

La literatura recoge evidencia suficiente de cómo estos ejercicios pueden lograr cambios no sólo en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes, sino también en su patrón de actividad cerebral, incrementando su plasticidad cerebral y predisponiéndolos al cambio.

En la realización de los diferentes ejercicios se siguen los principios básicos de la TRC:

- 1) *Scaffolding o andamiaje*: consiste en garantizar un nivel óptimo de esfuerzo entre las habilidades actuales del participante y las potenciales, facilitándole estrategias para alcanzar su máximo potencial.
- 2) *Aprendizaje sin errores*: consiste en garantizar un éxito superior al 80% en los ejercicios. De esta manera se minimiza la frustración y se incrementa la percepción de éxito, lo que incrementa la motivación.

El programa de rehabilitación cognitiva computerizado que utiliza el grupo de C.R. Bowie para sus sesiones es el HAPPYNeuron®, programa desarrollado para trabajar diferentes áreas cognitivas y con el cual el grupo de C.R. Bowie mantiene un convenio de colaboración. Este programa está disponible en castellano y existe la posibilidad de solicitar desde una prueba gratuita para comprobar cómo funciona a la opción de un acuerdo de colaboración para su uso en investigación en la siguiente página web <https://es.scientificbraintrainingpro.com/>

- 3) **Automonitorización**: Otra parte importante del tratamiento es la instrucción al participante en ser consciente acerca de sus propios procesos cognitivos durante la realización de los diferentes ejercicios. El objetivo principal es incrementar la metacognición de la persona sobre estos procesos, lo que facilita su posterior generalización.

Para ello, en las diferentes sesiones van realizando preguntas acerca de las diferentes estrategias utilizadas por cada participante, lo que además de hacer a este mismo más consciente de sus propias estrategias, permite compartir con el grupo estrategias alternativas y valorar cuáles son más útiles y por qué a cada persona.

- 4) **Transferir el entrenamiento cognitivo a la vida diaria**: A esta estrategia se la denomina “*Bridging*” o puente, ya que tiene por objetivo aplicar las diferentes estrategias utilizadas en sesión en la vida diaria. Para ello es importante que durante las sesiones se trabaje la integración de las mismas en el sistema conceptual del paciente, para que él mismo sea capaz de detectar cuando y como aplicarlas.

Dado que muchos pacientes con problemas de salud mental tienen dificultades con la capacidad de abstracción (lo que dificulta la generalización), este puente

se realiza mediante ayudas tangibles y ejercicios de role-play que ayudan a los pacientes a trasladar las estrategias aprendidas en los ejercicios por ordenador a la realidad. El hecho de que puedan poner en práctica dichas estrategias en una actividad más próxima a la vida real facilita el uso de dichas estrategias en el día a día del participante.

- 5) **Buscar retos cognitivos en la vida diaria:** Esto consiste en convertir el entorno diario del paciente en más estimulante cognitivamente.

Muchas veces, los pacientes con trastornos mentales se ven privados de las oportunidades que ofrece el entorno de forma natural de incrementar nuestra neuroplasticidad. Por ejemplo, aquel con un episodio depresivo con una fuerte anhedonia o aislamiento social, se verá privado de las interacciones sociales o el resto de retos diarios a los que nuestro cerebro tiene que hacer frente; limitando la capacidad del mismo a hacer frente a este tipo de retos en el futuro.

La idea de esta estrategia es motivar a los pacientes a recuperar aquellas actividades cognitivas del día a día que fueron abandonando de una forma similar a cómo se hace con la activación conductual, con la diferencia de que se centra en actividades relacionadas con sus déficits cognitivos. Para ello se realiza una lista de actividades jerarquizada de menor a mayor reto cognitivo. Esto irá, por ejemplo, desde empezar haciendo un puzzle que abandonaron o un crucigrama a retomar actividades instrumentales complejas (como llevar las cuentas de la casa u organizar la compra).

- 6) **Ejercicios para casa:** Como es bien sabido por parte de la psicología cognitiva, el aprendizaje y memorización son mucho más fructíferos si la práctica de los mismos se hace de forma repetida y continuada en el tiempo. Por eso, desde el modelo ABCR, además de las 2 sesiones semanales de rehabilitación computerizada, se recomienda a los pacientes que practiquen los ejercicios trabajados esa semana en sus casas.

Es recomendable establecer unos objetivos concretos para incrementar la adherencia de los pacientes. El grupo de C.R. Bowie recomienda una práctica diaria de 30 minutos.

1.3. ESTRUCTURA DE LA TERAPIA ABCR

La terapia ABCR es un tratamiento prioritariamente grupal, aunque cuenta con sesiones individuales para monitorizar el proceso terapéutico de forma individualizada.

Consta de 16 sesiones distribuidas en 2 sesiones semanales, de 2 horas y media de duración cada una (con un descanso de 10 minutos).

El tamaño del grupo es recomendable que ronde los 8 participantes y es de carácter cerrado.

En este tratamiento se enfatiza prioritariamente el **proceso de aprendizaje** y no el rendimiento, proporcionando un entorno seguro (la terapia) en la que aprender diferentes estrategias.

Es muy importante tener en cuenta las autoverbalizaciones de los pacientes, ya que normalmente tienden a un carácter negativo (“no puedo hacerlo”) y desde la terapia se insiste que no es que no sea capaz de hacerlo, sino que hasta ahora no ha tenido las herramientas necesarias para hacerlo.

Cada sesión consta de:

Fase I: Introducción didáctica (o psicoeducación): se presenta el tema a tratar de una forma sencilla y breve. Normalmente se explica en qué consiste la habilidad que se va a trabajar durante la sesión, seguido de cómo influye dicha habilidad en nuestra vida diaria. (P.ej. : Si en sesión se trabajará sobre la memoria de trabajo, se explica en qué consiste dicha habilidad y en qué afecta a nuestro día a día; como retener nuevos números de teléfono, organizar nuestra agenda diaria, etc.).

Fase II: Construcción de habilidades: Ejercicios computerizados. Discusión de estrategias y automonitorización. En esta fase y una vez aclarado qué se va a trabajar se presenta a los participantes los ejercicios que se utilizarán para trabajar dicha habilidad y se practica en ellos con énfasis en procesos metacognitivos (qué habilidades están utilizando para resolverlos, cuales les funcionan y cuales no...).

Fase III: “*Bridging*” o actividades de role-play. En esta fase se simulan diferentes situaciones de la vida diaria de las personas (ir a la compra, organizar la casa, planificar una salida, etc.) y se instiga a los participantes a que apliquen las estrategias trabajadas en la fase anterior. Esta fase es especialmente importante, ya que uno de los principales problemas de los participantes es el de aplicar las estrategias trabajadas en los ejercicios para resolver tareas cotidianas. Aquí el rol del terapeuta como guía y colaborador es esencial.

Fase IV: Revisión de objetivos de cada participante y establecimiento de nuevos objetivos. En esta fase se discuten los objetivos propuestos la semana anterior, así como las dificultades que han tenido para lograrlos. Posteriormente, se establecen nuevos objetivos de forma personalizada.

1.4. ¿QUÉ APORTA LA ABCR A LOS ABORDAJES DE REHABILITACIÓN COGNITIVA?

A pesar de ser un tratamiento que continúa desarrollándose en la actualidad, es un tratamiento bastante innovador en el campo de la rehabilitación cognitiva. Esto se debe mayormente al énfasis que hace en la generalización de las estrategias trabajadas en la vida diaria del paciente. Esto como hemos comentado anteriormente, es una de las principales limitaciones de estas terapias, por lo que seguir trabajando en este campo puede permitir incrementar la eficacia de estos tratamientos para la mejora del funcionamiento psicosocial en personas con trastornos mentales.

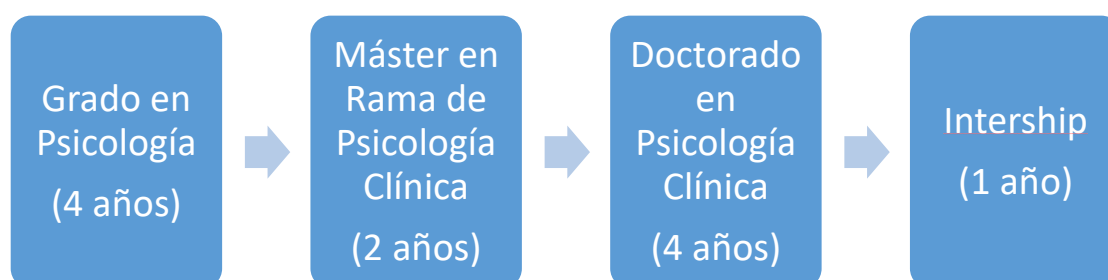
Otro aspecto importante de esta terapia es que no se centra tanto en la mejora cuantitativa en el perfil cognitivo del paciente (es decir, en su rendimiento en pruebas neuropsicológicas), sino en la integración de las diferentes herramientas facilitadas en su vida diaria, enfatizando en todo momento la importancia del *proceso* de aprendizaje vs. *rendimiento*. Esto provoca una reducción significativa del nivel de estrés que experimentan los pacientes derivados a tratamiento, pues no se ven “examinados” y ven la terapia como una oportunidad de mejorar sus propias habilidades.

Dada la reciente elaboración del programa estructurado y protocolizado de la ABCR, aún no existen muchos estudios que analicen su eficacia y la comparen con las otras terapias hasta el momento. Sin embargo, el grupo dirigido por C.R. Bowie, así como sus colaboradores (en el Hospital de Toronto y un grupo en Noruega), están trabajando en la actualidad con la finalidad de evidenciar la eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial.

No obstante, en la actualidad tienen publicado el primer artículo (en marzo de este mismo año) y en el cual encuentran resultados prometedores en la mejora del funcionamiento psicosocial, incluso en trastornos mentales severos.

2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN CANADÁ

El proceso formativo que un psicólogo tiene que realizar para ser psicólogo clínico en Canadá tiene ciertas diferencias con nuestro sistema, sin embargo tienen bastantes más aspectos en común de lo que yo creía en un primer momento.



En primer lugar no tienen sistema de residencia como tenemos nosotros (aunque su Internship sigue una dinámica similar), sino que gran parte de su formación está vinculada a la universidad. Esto era un motivo de confusión, ya que al explicar nuestro sistema de residencia les costaba entender que no dependiera de las universidades, por lo que nuestro sistema actual sería más parecido al que hacen los médicos allí.

Pero incluso el sistema de funcionamiento de los grados es diferente allí. Cuando un estudiante decide cursar estudios de Psicología realiza un primer año en “Ciencias de la Salud”; esto es, todos aquellos estudiantes que quieren cursar estudios sanitarios tienen que realizar un tronco común de asignaturas y son comunes a carreras como Psicología, Medicina o Biología entre otras. A partir del segundo año pueden ir encaminando sus estudios hacia el campo de la psicología, pero aún así es bastante abierto y pueden finalizar sus estudios de grado teniendo un “Mayor” en una rama y un “Minor” en otra. Por ejemplo en mi laboratorio había gente que había cursado “Mayor” en Psicología y “Minor” en Neurociencias.

Tras finalizar el grado las salidas laborales son muy escasas (por no decir casi nulas), así que la mayoría de estudiantes realizan un máster. Estos máster tienen el objetivo de ir perfilando el curriculum hacia alguna de las ramas de la psicología (RRHH, Clínica, Educativa...). La rama clínica, al igual que en España, está muy demandada y el proceso de selección es muy competitivo.

Una vez finalizan sus estudios de máster, tienen el nivel de “técnicos”. Con este nivel las actividades profesionales que pueden realizar son aún muy limitadas. Un psicólogo que finaliza un nivel de máster puede realizar evaluaciones periciales o psicométricas (P. ej.: inteligencia, personalidad, neuropsicología), pero en ningún caso está autorizado para diagnóstico y/o tratamiento de pacientes con enfermedades mentales.

Tras finalizar los estudios de máster, aquellos estudiantes que quieren ser psicólogos clínicos aplican en alguno de los programas de doctorado en Psicología Clínica que ofrecen las universidades. Este proceso es nuevamente muy competitivo y normalmente entran sólo los mejores expedientes. A diferencia de nuestro sistema, en el cual por vía PIR tenemos que realizar unas oposiciones; en su sistema funciona por auto-candidatura y el futuro estudiante tiene que someterse a diferentes entrevistas personales con los diferentes departamentos.

Una vez entran al programa de doctorado tienen como objetivo prioritario la realización de la Tesis Doctoral. Por ello, la mayoría de las actividades que realizan durante esta etapa son puramente investigadoras. Sin embargo, en esta fase ya empiezan a tener contacto directo con pacientes con trastornos mentales, observando a diferentes profesionales y en menor medida a realizar intervenciones psicoterapéuticas simples.

Durante los 4 años además de las clases de doctorado y actividades investigadoras tienen un pequeño “rotatorio” que se asemejaría ligeramente a nuestro sistema de residencia en las primeras etapas (es decir, de R1). Por ejemplo, rotan por unidades específicas (como neuropsicología, infantil, trastornos de la conducta alimentaria...) pero la mayor parte del tiempo están observando a otros profesionales y su actividad

clínica se suele centrar en terapias grupales (siempre de co-terapeutas con los psicólogos clínicos) o psicodiagnóstico y elaboración de informes clínicos.

Tras este periodo y tras leer su tesis doctoral, entran a la última fase o *Intership*. Para poder realizar un *Intership* es necesario el título de Doctor. Esta última fase, al contrario que nosotros, es la más corta (1 año), pero el funcionamiento es igual que nuestro sistema de residencia. Tras la entrevista y posterior selección del hospital dónde hacer el *Intership*, los psicólogos pasan 1 año en varias unidades de salud mental (hacen menos rotaciones que las nuestras; normalmente son 2 o 3 rotaciones). En esta fase los psicólogos clínicos en formación ya tienen asignados casos clínicos y tienen competencias similares a las nuestras. Tras finalizar en *Intership* se convierten en Psicólogos Clínicos y pueden decidir trabajar en diferentes dispositivos de salud mental (hospitales generales, psiquiátricos, centros de atención a salud mental comunitarios, servicios de rehabilitación, etc.) o en la universidad (en investigación).

En mi opinión ambos sistemas son altamente competitivos y los profesionales salen muy bien formados, pero es cierto que ambos tienen ventajas y desventajas con respecto al otro.

Mientras en su caso cuando acaban la formación especializada han completado el programa de doctorado y presentado la tesis doctoral de forma simultánea, en el nuestro si quieres hacer algo parecido debes combinarlo de forma paralela. Sin embargo, tienen mucha menos oportunidad de aprender habilidades terapéuticas, ya que su trabajo directo con pacientes es mucho más reducido en el tiempo.

En mi laboratorio estaban muy sorprendidos de nuestro sistema de residencia y creían que éramos muy afortunados de tener un programa formativo tan potente a nivel clínico.

3. DESCRIPCIÓN DEL COGNITIVE AND PSYCHOTIC DISORDERS LAB (QUEEN'S UNIVERSITY).

El CPD Lab es un centro adscrito a la Universidad de Queen's. Esta universidad tiene su sede en Kingston (Ontario) y es una de las universidades más prestigiosas de Canadá.

Este laboratorio cuenta con una plantilla fija de diez personas, las cuales serían el jefe del equipo (Dr. C.R. Bowie), asistentes de investigación asociados y estudiantes de doctorado. A estos se sumarían como colaboradores voluntarios estudiantes de máster y grado. No obstante, gran parte de la aplicación de los programas de tratamiento que diseñan se realizan con la colaboración de los equipos de salud mental de los Hospitales de Toronto, Kingston y Noruega.

Además, mantienen relaciones profesionales con otros equipos destacados en el ámbito de la rehabilitación cognitiva, como el grupo de A. Medalia de la Universidad de Columbia (NY).



El grupo de C.R. Bowie ha adquirido relevancia internacional en los últimos años por su énfasis en el estudio y mejora de los procesos de generalización de las mejoras en el funcionamiento cognitivo al funcionamiento diario de pacientes con diferentes trastornos mentales.

Sus principales líneas de investigación se centran en el estudio de trastornos psicóticos y del estado de ánimo. Dado que inicialmente se centraban únicamente en trastornos psicóticos el grupo se denominaba “Cognitive and Psychotic Disorders Lab”. No obstante, dado que fueron ampliando el abanico a otros trastornos, decidieron cambiar el nombre del laboratorio (mientras yo estaba realizando la estancia con ellos) a “Cognition in Psychological Disorders Lab”, manteniendo sus siglas CPD.

Dentro de las diferentes líneas que tienen abiertas se distinguirían dos ámbitos básicos de investigación; una rama de clínica aplicada y otra de clínica básica.

En la rama de clínica aplicada se dedican a probar la eficacia de diferentes aproximaciones terapéuticas para la esquizofrenia, EMAR (Estados Mentales de Alto Riesgo), Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares. Dentro de estas líneas, la más destacada es la del ABCR. Pero también tienen otros centrados en entrenamiento metacognitivo en psicosis, Rehabilitación Cognitiva Breve, etc.

En la rama de clínica básica se dedican a conocer los diferentes procesos cognitivos alterados en los diferentes trastornos mentales y su relación con los síntomas clínicos, pronóstico de enfermedad o respuesta al tratamiento. Para ello utilizan test que desarrollan ellos mismos creando nuevos paradigmas o bien test neuropsicológicos clásicos que combinan con otras medidas de evaluación como EEG (Electroencefalograma), EMG (Electromiograma), eye-tracking (técnica consistente en el registro del movimiento ocular)...



Dr. C.R. Bowie en uno de sus experimentos.

La mayoría de las actividades se llevan a cabo en los dos laboratorios de los que disponen. No obstante, los programas de tratamiento (tanto el ABCR como otros) son desarrollados en diferentes dispositivos de atención a la salud mental (desde centros de rehabilitación a hospitales), y no sólo en Kingston sino en diferentes ciudades del condado de Frontenac (sería equivalente a las provincias en España).



4. Actividades realizadas durante mi estancia en el CPD Lab

Mi rotación en este laboratorio fue de aproximadamente 4 meses (Enero-Mayo 2017). Durante este periodo pude observar y participar de forma progresiva en las diferentes actividades del centro.

El motivo principal por el cual elegí este centro como lugar para realizar mi rotación externa es porque es uno de los grupos más reconocidos en el campo de la rehabilitación cognitiva en trastornos mentales, y especialmente en el énfasis por el estudio de los mecanismos de generalización al funcionamiento psicosocial.

Considero que fui muy afortunada de poder observar toda su actividad clínica y científica, pero especialmente las sesiones de ABCR. Este tratamiento está aún en desarrollo pero resulta bastante prometedor, y el equipo de C.R. Bowie es formador de otros grupos internacionales que le contratan para dar estos talleres. El hecho de poder conocer de primera mano cómo funciona este programa creo que es una gran oportunidad y que nos permite importar otras formas de trabajar que pueden ayudarnos a mejorar nuestra práctica clínica diaria.

Dentro de las actividades que desarrollé en este centro se encuentran:

- 1) **Programa ABCR:** Los grupos de ABCR son de aproximadamente 8 semanas. Tuve la suerte que a la semana siguiente de llegar yo al laboratorio empezaron uno de los grupos por lo que pude ver todas las sesiones que componen el tratamiento. Las sesiones tenían una periodicidad de 2 sesiones por semana y una duración de 2 horas (con un descanso de 10 min). El grupo estaba formado por 2 terapeutas y yo (que hacía en cierta medida de co-terapeuta). La primera hora estaba destinada a una explicación psicoeducativa del tema a tratar, seguido de la práctica de los ejercicios por ordenador programados para cada sesión. Posteriormente, se pasaba a la parte de "Bridging" que a través de diferentes ejercicios de role-play o simulación de la vida diaria se entrenaban las funciones cognitivas trabajadas en sesión. Por último, se relacionaba lo trabajado en la sesión con los problemas presentes en la vida diaria y cada paciente podía identificar cómo podían influir en su día a día y cómo podrían aplicar las estrategias trabajadas. Después cada uno de ellos proponía un objetivo para trabajar en la próxima semana y se comentaban los objetivos propuestos la semana anterior. Los grupos eran muy dinámicos, con una elevada participación de los pacientes. Aquí el rol del terapeuta es esencial, pues dependiendo de las características personales de los componentes del grupo tiene que gestionar la interacción de una forma u otra, pero siempre fomentando la participación.

El tratamiento tiene un total de 16 sesiones:

Sesión 1: “¿Por qué estamos aquí?”. Destinada a presentar terapia ABCR y primera aproximación a la rehabilitación cognitiva.

En la primera sesión se entrega a cada participante una carpeta dónde podrán ir guardando todo el material trabajado durante las sesiones.

Se les explican las normas de funcionamiento del grupo (confidencialidad, puntualidad, respeto mutuo) y se explica brevemente el objetivo del tratamiento, así como la relación entre la cognición y resto de síntomas clínicos y cómo puede afectar al funcionamiento diario.

Sesión 2: “Mantenerse en un mundo de ritmo rápido”. En esta sesión se trabaja acerca de pros/contras de toma de decisiones rápida/meditada y cuando es útil cada una de ellas.

Se explica cómo a veces se toman decisiones de forma apresurada o se llega a conclusiones de una situación de forma precipitada, y de cómo esto puede provocar que cometamos errores que a veces son prevenibles. Se entrena a los participantes en detectar y poner en marcha respuestas más rápidas o más meditadas según la complejidad de la situación.

La tarea de generalización se llama “Todo el mundo se pone enfermo” y en ella el terapeuta recrea una escena en una cadena de montaje de una fábrica en la cual el participante tiene que sustituir a un compañero enfermo. Deberá desarrollar diferentes actividades, algunas muy sencillas y otras más complicadas, en el menor tiempo posible.

Sesión 3: “Memoria de trabajo”. Se explica qué es la memoria de trabajo, por qué es importante y su relación con funcionamiento diario. A su vez se trabajan diferentes estrategias para mejorarla (desde las más sencillas como la repetición, a las más sofisticadas cómo crear un significado al contenido), así como cuando es más conveniente emplear unas u otras según el contexto. Por otro lado se explica la importancia de monitorizar su propio pensamiento para incrementar la eficacia de dichas estrategias.

La actividad para trabajar la generalización se llama “¿Quién dijo qué?”. En ella cada participante describe a un personaje que acude a una fiesta con diferentes refrigerios, los cuales posteriormente tendrán que ser asociados a la persona que lo dijo. También se solicitará a los participantes que recuerden otros datos de interés aportados por el personaje (edad, familia, etc.). Esta tarea permite poner en marcha tanto las estrategias autogeneradas por cada participante, como las trabajadas en la sesión y que son compartidas grupalmente.

Sesión 4: “Multitarea”. Se explica qué es la multitarea, pros y contras de emplear este tipo de atención y en qué situaciones es o no beneficioso.

La tarea para trabajar la generalización se llama “Anotaciones y distracciones”. En ella se presenta a cada participante una serie de mensajes que le dejan

diferentes personas (su jefe, compañero de piso, la madre...) y tiene que intentar recordar la mayor información de cada una de ellas.

Sesión 5: “Revisión de objetivos”. En esta sesión se trabaja de forma individual con cada paciente para revisar si se está trabajando sobre los objetivos establecidos al inicio del tratamiento, qué dificultades están teniendo y si ya los han alcanzado fijar otros nuevos.

Sesión 6: “Mecanismos de memoria”. Aquí se explican los diferentes tipos de memoria (inmediata, a corto plazo, largo plazo...), así como estrategias para consolidación y aprendizaje y su utilidad dentro del contexto. También se explican los posibles fallos en los mecanismos de memoria y cómo éstos pueden inducirnos a errores y/u olvidos.

La tarea de generalización se llama “Ayuda, me he caído y no puedo levantarme”. En ella se simula que un amigo de los participantes se ha roto una pierna y no puede valerse por sí mismo. En un primer momento le solicita si le puede hacer una serie de recados, posteriormente anula algunos, modifica otros y añade nuevos. El objetivo final es que el paciente recuerde el recado final de la forma más precisa posible.

Sesión 7: Memoria: “trayéndolo de vuelta”. En esta segunda sesión de memoria se repasan contenidos básicos del funcionamiento de la memoria y se centra en estrategias de evocación de recuerdos.

La actividad de generalización se llama “¿Dónde he puesto eso?”. En ella se recrean diferentes estancias de una casa, en las cuales se pide a los participantes que repartan diferentes objetos que se les entregan (unas monedas, cepillo de dientes, lápiz, etc.). Posteriormente se realizan otros ejercicios como estrategia distractora, y pasado un tiempo (aproximadamente 35-40 minutos), se les pide que recoleen cada uno de los objetos colocados previamente. Se les insta a que intenten ser conscientes de qué estrategias utilizan para intentar recordar dónde lo han colocado y a su vez que comenten entre ellos como lo hacen por si pueden beneficiarse de la estrategia de otros.

Sesión 8: Revisión de estrategias de memoria.

Sesión 9: Revisión de objetivos. Se vuelven a repasar los objetivos establecidos por el paciente de forma individualizada.

Sesión 10: “Habilidades visuales”. Se explican las diferentes formas de análisis perceptivo (global vs. específico) y se trabajan diferentes estrategias perceptivas y de mejora de reconocimiento visual.

El ejercicio de generalización se llama “Llevando una cafetería” y en él cada participante simula que es trabajador de una cafetería. Se explica que para facilitar el servicio a los consumidores los diferentes condimentos son colocados

siempre de la misma manera, pero al final del día deben ser recogidos. Por tanto, se le presenta el orden y posición de diferentes objetos (leche, azúcares, cubiertos, platos, etc.) y posteriormente son descolocados, teniendo el participante que intentar colocarlos en el mismo orden.

Sesión 11: “Habilidades visuales II/ Navegación”. En esta sesión se explica la importancia de tener unas buenas estrategias de organización de la información visual que permita mejorar la orientación espacial y planificación.

La actividad de generalización se llama “Navegación” y en ella se simula que el participante es un turista en Toronto. Tiene dos fases; en la primera sólo tiene que orientarse en el mapa según las indicaciones dadas (dónde está su hotel, dónde está el centro comercial, etc.). En la segunda fase, se le pide que planifique un circuito por la ciudad para recorrer todos los lugares señalados (una tienda, un museo, centro comercial, restaurante...) y planifique la ruta más eficiente.

Sesión 12: “Organización”. En esta sesión se incide sobre funciones ejecutivas (aunque éstas son trabajadas a lo largo de las diferentes sesiones) y se centra en la organización de la información y planificación de conducta.

La actividad de generalización se llama “Visita al parque de atracciones”. En ella se simula que el participante va al parque de atracciones con su sobrina.

En la primera fase se le entrega el mapa del parque de atracciones, se le entrega el listado de las seis atracciones que tiene que visitar y tiene que planificar el día de la forma más eficiente (teniendo en cuenta la organización del parque y el tiempo de espera de cada atracción).

En la segunda fase es el participante quién decide que atracciones visitar con un presupuesto cerrado (40 dólares) y un tiempo concreto (4 horas).

Sesión 13: “Bajo Presión”. En esta sesión se entrena a los sujetos en dos aspectos. En primer lugar a decidir qué aspectos son importantes a la hora de adquirir y procesar la información para dar una respuesta adecuada, así como de tolerancia a la frustración. Esta segunda parte se debe a que se les pide que realicen tareas difíciles con un tiempo escaso, lo que muchas veces les provoca frustración y autoverbalizaciones negativas. Trabajar esto en un ambiente seguro (la terapia) permite a los sujetos ganar autoconfianza acerca de sus propias habilidades cognitivas.

En esta sesión sólo se trabaja con ejercicios computerizados y no con generalización, pero se deja un espacio para que sean los propios pacientes quienes pongan ejemplos personales de situaciones en las que experimentan esta presión y posibles estrategias.

Sesión 14: “Atención dividida”. Se explica este concepto, en qué momentos es útil recurrir a una división de recursos y en qué momentos es más eficaz centrarse en un solo objetivo.

En esta sesión se repite el ejercicio de “Todo el mundo se pone enfermo” pero cambiando las demandas.

Sesión 15: “Establecimiento de objetivos”. Se repasan una última vez los objetivos del paciente y se plantean objetivos a medio/largo plazo (una vez finalizada la terapia).

Sesión 16: “Conclusiones”. Se repasan objetivos de tratamiento, importancia de mantenerse activos cognitivamente y seguir estableciendo objetivos específicos para lograr grandes objetivos (según lo entrenado en las sesiones). También se les instiga a que continúen practicando ejercicios de rehabilitación cognitiva computarizada durante los siguientes 6 meses tras la finalización del tratamiento.

A lo largo de las sesiones de tratamiento se enfatiza en la individualización de las estrategias, y cómo éstas no sólo son más beneficiosas o no según el contexto, sino que también depende de las características cognitivas de cada persona. El hecho de que se comparta todo este proceso en formato grupal hace incrementar la sensación de competencia de los pacientes, puesto que ven que todos ellos tienen fortalezas y debilidades y cómo estas últimas pueden ser mejoradas con el aprendizaje de nuevas habilidades.

Tras finalizar el tratamiento los pacientes vuelven a ser evaluados neuropsicológica, clínica y funcionalmente a la semana, 6 meses y año de acabar tratamiento.

Uno de los aspectos que más me gustó de este tratamiento y que veo diferente de otros tratamientos es que incrementa en mayor medida la percepción de autoeficacia y autoestima de los pacientes, lo que a su vez repercute en su rendimiento cognitivo. También el hecho de que se simulen situaciones de la vida real facilita a los pacientes la integración de las estrategias trabajadas en sesión.

- 2) **Observación de exploraciones neuropsicológicas:** Pude observar exploraciones neuropsicológicas de pacientes con esquizofrenia y trastornos depresivos que acudían al laboratorio a formar parte de los diferentes estudios.

A pesar de que por motivos administrativos yo no pudiera realizar exploraciones a pacientes, pude observar las diferentes técnicas de evaluación empleadas (test neuropsicológicos, medidas neurofisiológicas y programas de software diseñados para medir diferentes funciones cognitivas). Fue enriquecedor porque, a pesar de que en su mayor parte utilizamos las mismas pruebas (lo cual también es interesante conocer), también pude conocer pruebas que nunca había visto en nuestro país e incluso algunas que de momento sólo estaban validadas en población canadiense, pero que sería interesante validar al nuestro (especialmente escalas de funcionamiento psicosocial).

- 3) **Observación de los diferentes estudios en marcha:** También tuve la oportunidad de conocer los diferentes estudios que estaban llevando a cabo en el laboratorio. Algunos de ellos eran sobre aspectos más básicos de cognición (ej: sesgos perceptivos emocionales en la depresión o velocidad de procesamiento o toma de decisiones en función de síntomas anhedónicos en depresión), otros de ellos eran más aplicados (ej: testeo de ejercicios de rehabilitación cognitiva para funciones cognitivas específicas, entrenamiento en metacognición en primeros episodios psicóticos...).
- 4) **Colaboración en la elaboración de un Manual Protocolizado para Clínicos.** Como he explicado anteriormente, este tratamiento está aún en fase de desarrollo. Pese a que llevan probándolo varios años, hasta hace poco no tenían una guía estructurada para los clínicos que llevaban la intervención sino que utilizaban el material que habían ido creando. Durante mi estancia colaboré en el diseño y elaboración del manual que utilizarán como guía los clínicos entrenados en esta terapia.
- 5) **Elaboración de estudio piloto.** Durante mi estancia me ofrecieron la posibilidad de desarrollar un estudio piloto para probar estrategias de rehabilitación cognitiva. El objetivo del estudio que diseñamos fue probar si una estrategia de metacognición (concretamente la automonitorización de los procesos cognitivos en la ejecución de la tarea) podía incrementar la eficacia en la resolución de problemas en participantes sanos. El motivo por el que lo hicimos en sujetos sanos fue por dos razones:
- La primera; que al ser un estudio piloto queríamos comprobar si esta estrategia funcionaba en sí misma y la forma más objetiva era probarla en participantes sin alteración cognitiva.
 - La segunda se debía a que además yo no podía intervenir directamente sobre los pacientes.
- Para llevar a cabo este estudio utilizamos diferentes test neuropsicológicos (pude conocer y aplicar varios test que no conocía), un programa de rehabilitación cognitiva por ordenador y además fui entrenada en la aplicación de una técnica de EEG (electroencefalograma); lo que para mí resultó muy interesante.
- Los resultados, aunque preliminares, fueron muy positivos. Puesto que encontramos que los participantes entrenados con dicha estrategia mejoraban en mayor medida su rendimiento en tareas de resolución de problemas. Esto era especialmente significativo cuando estos pacientes tenían menor capacidad atencional antes del entrenamiento. Por tanto, continuar estudiando ya no sólo la eficacia de determinadas estrategias de mejora cognitiva, sino la personalización de los tratamientos (según las características previas de los participantes) puede mejorar la eficacia de los tratamientos de rehabilitación neuropsicológica.

- 6) **Asistencia a las reuniones del equipo investigador:** Otra parte importante del funcionamiento del laboratorio eran las reuniones que se hacían para discutir diferentes temas. Entre estos temas podían ser: presentar los resultados que se iban encontrando en los diferentes estudios, discutir algún estudio interesante reciente que se acabara de publicar, comentar congresos futuros, becas, etc. Pero también aspectos organizativos del laboratorio. Estas reuniones solían ser una vez por semana, aunque había semanas que eran 2.

A pesar de ser una experiencia muy estresante para mí debido a la barrera idiomática y el nivel de complejidad de los temas tratados, fue una experiencia muy enriquecedora. En primer lugar, porque desde el primer momento me hicieron sentir una más del equipo (lo cual es de agradecer cuando estás en un país diferente y a 8000km de casa). Pero además, los debates que se llevaban a cabo eran muy fructíferos, en los cuales se promovía un pensamiento crítico y un intercambio muy enriquecedor de los diferentes puntos de vista. También eran una oportunidad para conocer a otros profesionales fuera del equipo; ya que a veces venía gente de otros departamentos o de los diferentes hospitales.

- 7) **Asistencia a la reunión anual de la Asociación Canadiense de Psicología Clínica-sección Ontario.** Durante mi estancia allí se celebró la reunión anual que realiza esta asociación (sería como la APA americana), y que éste año se celebró en mi universidad.

El hecho de que me dejaran formar parte de esa reunión fue muy emocionante, porque pude conocer la realidad de la Psicología Clínica en Canadá, cuáles son sus preocupaciones y retos futuros, sus líneas de actuación...y ver que no hay tanta diferencia con nuestra realidad.

- 8) **Asistencia a diferentes jornadas y charlas:** Durante los casi 4 meses de mi estancia pude asistir a diferentes conferencias. Como aspecto que me resultó curioso fue que algunas de ellas eran llevadas a cabo por aspirantes a profesor de la Universidad de Queen's que como parte de su proceso evaluador para formar parte de la universidad tenían que exponer su tesis doctoral al público (conformado por otros profesores, catedráticos y alumnos). Lo llamativo es que tras realizar la exposición y someterse a las preguntas (nada cómodas) del público, éste le valoraba como calidad expositiva y pedagógica y esto era tenido en cuenta para su evaluación.

Entre las conferencias a las que asistí se encuentran:

- 1- Prevención de la depresión.
- 2- Desempaquetando los mecanismos de la regulación emocional para elucidar la psicopatología en la primera infancia.
- 3- Neuroestimulación para la cognición en depresión, DCL (Deterioro Cognitivo Leve) y Alzheimer.
- 4- Sesgo atencional afectivo en la rehabilitación cognitiva de los trastornos depresivos.
- 5- Entrenamiento cognitivo en trastornos depresivos: investigación sobre adherencia y percepción de autoeficacia.
- 6- Perspectivas del sueño: Análisis de alteración del patrón del sueño y salud mental.
- 7- El rol de los autoesquemas positivos en psicopatología y salud mental: aproximación desde el desarrollo.
- 8- Identificando mecanismos implicados en el suicidio en la adolescencia.
- 9- Aproximación multimétodo al entendimiento del temperamento en la infancia y desarrollo de la psicopatología de la depresión.
- 10- Terapia Cognitivo-Conductual en Psicosis.

Horario aproximado

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9-10		Investigación (observación o realización proyecto piloto)		Investigación	Investigación
10-11	ABCR	Investigación	ABCR	Investigación	Investigación
11-12	ABCR	Investigación	ABCR	Investigación	Investigación
12-13	Comida	Comida	Reunión con investigadores (seguimiento de los proyectos en marcha)	Comida	Comida
13-14	Revisión bibliográfica	Investigación	Revisión bibliográfica	Investigación	Investigación
14-15	Revisión bibliográfica o preparación contenido para reunión	Investigación	Revisión bibliográfica	Investigación	Investigación
15-16	Reunión de equipo	Investigación	Revisión bibliográfica	Investigación	Conferencias magistrales
16-17	Reunión de equipo (casos clínicos, revisión literatura, actividades futuras...). Normalmente hasta las 18pm		Revisión bibliográfica		Conferencias magistrales

*Dado que la mayor parte de la actividad era investigadora, el horario era muy flexible y sólo estaban programadas las sesiones de ABCR y las reuniones (aunque el horario era de 9am a 5 pm, la programación de actividades no era siempre la misma).

Dentro de las actividades de búsqueda bibliográfica se encontraban: búsqueda de información para diseñar estudio piloto, para una revisión sistemática que estaban haciendo o para la creación del contenido del material.

Dentro de las actividades de investigación se encontraban: observación de los diferentes estudios en marcha, exploraciones neuropsicológicas o realización de las exploraciones que tuve que realizar para el desarrollo del estudio piloto.

Por último, aunque los viernes por la tarde solía haber conferencias magistrales de los diferentes profesores, normalmente había más conferencias o charlas durante la semana (sin horario fijo).

5) APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

La aplicabilidad del programa ABCR a nuestro entorno creo que es factible en su mayor parte, aunque no en todos los dispositivos.

Por las particularidades de este programa: necesidad de disponer de ordenadores dónde realizar la rehabilitación cognitiva; así como por la elevada intensidad del programa (2 días por semana y durante 2 horas cada sesión) sería difícil aplicar un programa de estas características si no se dispone de los mismos. Por eso considero, que un programa así podría ser ideal para aplicar en centros equipados adecuadamente y dónde el paciente recibe un tratamiento intensivo (ej: hospitales de día, unidades de rehabilitación, etc.).

Sin embargo, es cierto que la literatura científica recoge que este tipo de intervenciones (como muchas otras en psicología) son más eficaces si se aplican de forma intensiva y más reducida en el tiempo, en lugar de seguimientos más espaciados y prolongados, por lo que es importante tener en cuenta esto en términos de eficacia y efectividad a largo plazo y demandar a nuestros centros la oportunidad de implementar este tipo de intervenciones.

Por otro lado, el hecho de que sea un tratamiento muy reciente y que no dispone de mucha literatura al respecto, dificulta su aplicabilidad a otros contextos (falta de materiales disponibles traducidos y validados). No obstante, los resultados encontrados hasta el momento tanto en los grupos canadiense como nórdico, nos hacen pensar la posible replicabilidad del mismo en nuestro entorno.

6) VALORACIÓN PERSONAL

Resulta muy difícil intentar condensar todas las experiencias vividas durante estos meses en unas pocas palabras. Aunque en mi caso me quedaría con la palabra “*cambio*”.

Para mí, la oportunidad de irme 4 meses a un centro en el extranjero no es sólo una rotación más, es tal el cambio al que te expones en tan poco tiempo que por momentos resulta abrumador. En mi caso, una semana estaba trabajando en mi hospital con normalidad y la siguiente estaba a 8000km de distancia, no sólo cambiando de rotación sino de país, lengua, cultura, huso horario e incluso clima.

Aunque a priori pueden resultar demasiados cambios para tan poco tiempo, las ganas de conocer mundo y otras formas de hacer Psicología todo lo pueden, y al final todo eso resulta en un reto atractivo, enriquecedor e imperecedero.

Mi experiencia en el laboratorio pasó por varias fases. Al llegar me sentía como un extraterrestre, no sabía cómo comportarme, qué esperaban de mí o que podía ofrecerles yo. Esto hizo que las primeras semanas fueran un poco estresantes, ya que tienes que aprender no sólo cómo funciona un equipo diferente, si no también adaptarte a las posibles diferencias culturales en la forma de trabajar. Además en las primeras semanas, como no es un centro que esté acostumbrado a recibir residentes,

no sabían qué esperar de mí, que sabía o no sabía, que podía hacer o no o incluso si les entendía al hablar. Esto por un lado viene bien, ya que te permite acomodarte poco a poco a la actividad diaria, pero por otro puede resultar poco estimulante por momentos (ya que me pasaba mucho tiempo revisando sus manuales, realizando búsquedas bibliográficas...). Sin embargo, mirándolo con retrospectiva, me doy cuenta de que esa fase ha sido muy importante, no sólo para el resto de rotación con ellos sino también para ampliar mis conocimientos científicos.

La segunda fase fue la más estresante, puesto que al llevar un tiempo allí ya empezaban a contar conmigo como un miembro más del laboratorio y empecé a asumir ciertas tareas. Ninguna de ellas tenía que ver con el tratamiento directo de los pacientes, puesto que por motivos burocráticos, no podía realizar intervención sobre pacientes. Sin embargo, empezaron a contar conmigo en las reuniones de equipo (participando en los debates clínicos o de literatura científica), en el análisis de datos, diseño de estudio piloto (con población no clínica) y creación de un manual para los clínicos del centro. Todas estas actividades tenían una repercusión directa en el funcionamiento del laboratorio y me abordaba una sensación de no estar a la altura, que ellos siempre con una sonrisa y comprensión infinita (especialmente con mis dificultades idiomáticas), rebajaban por completo.

La última fase fue la más excitante, pues ya me sentía integrada y confortable, colaboraba en diferentes actividades del laboratorio y empezábamos a sacar provecho a todo el esfuerzo invertido. Al igual que han comentado compañeros en otras ocasiones, cuando te vas es un sentimiento agri dulce. Por un lado, llevas ya un tiempo lejos de casa y tienes ganas de ver a los tuyos, pero por otro, has vivido tantas experiencias increíbles que no te quieres ir. Sin embargo, eso siempre estará contigo y además puedes crear vínculos con ese equipo que puedan seguir manteniéndose en el futuro.

El CPD Lab es un equipo que a pesar de no estar acostumbrados a recibir a nadie fuera de Canadá o EEUU, hicieron todo lo posible por integrarme. El hecho de poder conocer de primera mano el diseño del programa ABCR, así como otros estudios en marcha, aprender sobre su forma de trabajar (rigurosa, metódica y científica, pero sin dejar de lado el sentido de humor y la flexibilidad) y conocer la realidad de la psicología en Canadá ha sido increíble.

Pero esta experiencia no es sólo enriquecedora a nivel formativo. Sin duda, para mí la parte más importante ha sido la personal. Canadá es un país muy multicultural, por lo que tuve la oportunidad de conocer gente de todas partes del mundo, intercambiar experiencias y formas de ver la vida...eso te cambia, te hace distanciarte de tu realidad diaria y te acerca a todo aquello que hasta ahora no sabías apreciar, o incluso que existía. También el hecho de exponerte a numerosos retos te cambia, te fortalece, porque en ese momento sólo estás tú para ayudarte.

Sin duda es una de las experiencias más increíbles de mi vida y que recomiendo a todo aquel residente que tenga la oportunidad y ganas de comerse el mundo.

7) AGRADECIMIENTOS

En este apartado me gustaría agradecer a todos aquellos que de una u otra manera han hecho posible esta experiencia increíble.

En primer lugar a C.R. Bowie y el resto del equipo del CPD Lab, por la oportunidad que me han dado al permitirme estar con ellos como una más durante casi 4 meses. El hecho de poder conocer de primera mano el funcionamiento de un grupo de investigación tan potente en el campo de la rehabilitación cognitiva ha sido una experiencia muy enriquecedora. El acogimiento que me dieron fue increíble, y a pesar de todas las dificultades que tuve para poder conseguir esta rotación, ellos siempre hicieron todo lo posible para que pudiera estar con ellos y ayudarme en todo lo que estuvo de su mano.

Al comité científico evaluador del proyecto, pero en extensión a todos los miembros de ANPIR por considerar mi proyecto de rotación externa como candidato de las Becas ANPIR 2016/2017. Su ayuda resulta muy gratificante, no sólo por facilitar todo lo que conlleva costearse una rotación externa tan lejos de casa, sino por el hecho de que apuesten por nuestra formación en el extranjero como una forma de enriquecimiento profesional personal, pero también de toda la Psicología Clínica en España.

A todos los profesionales del Consorci Sanitari de Terrassa que me han animado a salir fuera para descubrir otras formas de ser/estar en el mundo y me han ayudado lo largo de la residencia.

A mis padres por apoyarme en todas las decisiones que he tomado en la vida, aunque algunas no les gustaran.

A Javi, por ser como eres.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bowie, C.R., Grossman, M., Gupta, M., Holshausen, K., Best, M. (2017). Action-Based Cognitive Remediation for individuals with serious mental illnesses: Effects of real-world simulations and goal setting on functional and vocational outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40 (1), 53-60. DOI: 10.1037/prj0000189

Bowie, C.R., Gupta, M., Holshausen, K. (2013). Cognitive remediation therapy for mood disorders: rationale, early evidence, and future directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (6), 319-325. DOI: 10.1177/070674371305800603

Bowie, C.R., Gupta, M., Holshausen, K., Jokic, R., Best, M., Milev, R. (2013). Cognitive remediation for treatment-resistant depression: effects on cognition and functioning and the role of online homework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 680-685. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31829c5030

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C y Ruano, A. (2011). Capítulo 1: Principios de rehabilitación neuropsicológica. Christensen, A. (Ed.), *Rehabilitación Neuropsicológica: Intervención y práctica clínica* (pp. 5-6). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Cohen, N., Daches, S., Mor, N., Henik, A. (2014). Inhibition of negative content-a shared process in rumination and reappraisal. *Frontiers in Psychology*. (17), 622. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00622

Elgamal, S., McKinnon, M.C., Ramakrishnan, K., Joffe, R.T., MacQueen, G. (2007). Successful computer-assisted cognitive remediation therapy in patients with unipolar depression: a proof of principle study. *Psychological Medicine*. 37 (9),1229-1238. DOI: 10.1017/S0033291707001110

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, (26), 119-136.

Medalia, A & Bowie, C.R. (Ed.). (2016). Cognitive Remediation To Improve Functional Outcomes. Oxford (New York).

McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J., Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal in Psychiatry*, 164 (12), 1791-802. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07060906

Penadés, R., Catalá, R., Puig, O., Masana, G., Puyol, N., Navarro, V., Guarch, J & Gastó C. (2010). Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177 (1-2), 41-45.

Porter, R.J., Bowie, C.R., Jordan, J., Malhi, G.S. (2013). Cognitive remediation as a treatment for major depression: A rationale, review of evidence and recommendations for future research. *Australian and Neozeland Journal of Psychiatry*, 47 (12), 1165-75. DOI: 10.1177/0004867413502090

Rock, P.L., Roiser, J.P., Riedel, W.J., Blackwell, A.D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44 (29), 1-12. DOI: 10.1017/S0033291713002535

Rosen, C., Grossman, L.S., Harrow, M., Bonner-Jackson, A., & Faull, R. (2011). Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: A 20 year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (2), 126-131. DOI:10.1016/j.comppsy.2010.06.005

Siegle, G., Ghinassi, F., Thase, M. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive therapy and research*, (31), 235-262. DOI: 10.1007/s10608-006-9118-6

Tchanturia, K., Lounes, N., Holttum, S. (2014). Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 22 (6), 454-462. DOI:10.1002/erv.2326

Vanderhasselt, M.A., De Raedt, R. (2009). Impairments in cognitive control persist during remission from depression and are related to the number of past episodes: an event related potentials study. *Biological Psychology*, (3), 169-76.

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168 (5), 472-85. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855

Wykes, T. & Reeder, C. (Ed.) (2005). Cognitive Remediation Therapy: Theory and Practice. London, UK: Routledge.

BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN CASTELLANO

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C & Ángel Ruano (Ed.) (2011). Rehabilitación Neuropsicológica: Intervención y práctica clínica. Barcelona, España: Elsevier Masson.

Muñoz-Céspedes, J., Tirapu Ustárroz, J. (Ed.) (2014). Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid, España: Síntesis.

Penadés, R., Gastó, C. (Ed.). (2010). El Tratamiento de Rehabilitación Neurocognitiva en la Esquizofrenia. Barcelona, España: Herder.