

Cambridgeshire and Peterborough Assessing, Managing and Enhancing Outcomes

Rotación de 2 meses (1 de marzo al 30 de abril de 2024)



Sandra Delgado Perales

PIR 4 Psicología Clínica

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

índice

1. Introducción	3
2. Objetivos de la rotación	3
3. Marco teórico de los EIP	4
4. Descripción del centro de destino	7
- Estructura, Funcionamiento y Filosofía de trabajo	7
- Condiciones Materiales	10
- Derivaciones	11
- Equipo terapéutico	12
5. Actividades realizadas	14
- Cronograma	14
- Actividad asistencial y formativa	15
- Actividad investigadora	17
6. Aplicabilidad en nuestro contexto	17
7. Valoración personal	19
8. Agradecimientos	20
9. Referencias bibliográficas	21
10. Recomendación bibliográfica	23

1. Introducción

La presente memoria recoge la actividad realizada durante la rotación externa que realicé en mi cuarto año de residencia como parte del programa de formación sanitaria especializada en Psicología Clínica. La estancia tuvo lugar en CAMEO (Cambridge) durante los meses de marzo a abril de 2024, bajo la supervisión de Liliana Galindo Guarín.

El objetivo de esta memoria es describir mi experiencia personal en relación con mi estancia en el centro de destino, su origen y modelo teórico, así como las actividades asistenciales y formativas llevadas a cabo.

2. Objetivos de la rotación.

Entre los objetivos que se planteó durante mi estancia en CAMEO estaban:

- Conocer el funcionamiento de un servicio multidisciplinar especializado en atender a personas tras un primer episodio psicótico (PEP) y a sus familiares.
- Conocer el proceso de detección de pacientes en riesgo de desarrollar psicosis y los distintos abordajes (farmacológicos y psicoterapéuticos) empleados para intervenir sobre personas tras un PEP.
- Conocer el funcionamiento del sistema nacional de salud británico (NHS).
- Aproximación a las líneas de investigación realizadas desde este servicio.



3.Marco teórico de los Early Intervention in Psychosis.

Según la Guía NICE (2014) la psicosis se puede definir como un tipo de “Trastorno psiquiátrico grave (o grupo de trastornos) que altera los pensamientos, los comportamientos o los estados de ánimo de una persona”. Los síntomas pueden dividirse en positivos, si hablamos de alucinaciones o delirios; y en negativos cuando nos referimos a apatía, descuido en la higiene personal, falta de motivación, entre otros. En cuanto a la prevalencia de este tipo de trastorno mental se puede considerar alta debido al carácter crónico que suele tener (Naheed et al., 2012)

En cuanto a la recuperación, este es un concepto que ha cambiado a lo largo de los años. Al principio se definía como la ausencia de síntomas y un retorno al funcionamiento premórbido. No obstante, esto difería de la propia definición que tenían la personas que sufrían de este problema, ya que para ellos significaba tener una vida satisfactoria a pesar de las dificultades de la propia enfermedad (Atapattu et al., 2022)

Por tanto, debido a esta definición dada, en un primer momento, por los profesionales de la salud, surgieron problemas relacionados con la estigmatización, ya que ha sido el trastorno que más pesimismo ha recibido con respecto a la recuperación funcional. Esta conceptualización que partía del paradigma de Kraepelin ha impedido que durante años se realizara un buen abordaje terapéutico, a pesar del uso de los antipsicóticos y de la introducción de la psiquiatría privada. No siendo hasta 1980 cuando esta situación de pesimismo cambia con programas de intervención temprana (EIP por sus siglas en inglés), programas que tuvieron la oportunidad de demostrar los beneficios de la intervención precoz (McGorry, 2015; Tiffin & Glover, 2007).

Estos programas se conceptualizaron como servicios comunitarios multidisciplinares de salud mental cuyo objetivo era proporcionar tratamiento y apoyo a las personas que padecen psicosis o corren un alto riesgo de padecerla. Se estableció como duración del seguimiento de una media de tres años. Estos servicios tienen como objetivo permitir la recuperación a través

de intervenciones eficaces y el apoyo a los usuarios del servicio y a sus familias/cuidadores (NHS, 2023).

Entre los servicios que se ofertan desde los EIP (NHS, 2023; Royal College of Psychiatrists, 2022) se hallan:

- Intervención psicológica.
- Programas de intervención y apoyo familiar.
- Intervención farmacológica.
- Monitorización del estado de salud física e intervención si fuera necesario.
- Programas de tratamiento cognitivo conductual.
- Programas de educación y de empleo con apoyo.
- Programas de apoyo y educación centrados en el cuidador.

Estos servicios son fundamentales ya que la no identificación de un primer episodio psicótico (PEP) y la no derivación adecuada a los servicios de EIP puede tener unos impactos negativos.

Entre los beneficios obtenidos de este tipo de intervención se encuentran (Knapp et al., 2014):

- Reducción del impacto de la psicosis en distintos aspectos de la vida del afectado. En general, las personas que presentan tienen más probabilidades de experimentar una peor salud física, peor funcionamiento social y peores resultados laborales y educativos.
- El efecto del tratamiento oportuno puede traducirse en la posibilidad de llevar una vida más plena y en mejores resultados a largo plazo. Cuanto antes se inicie el tratamiento, mejores serán los resultados y menor el coste global de la asistencia.
- El coste económico ya que supone un ahorro tanto a corto como a largo plazo.
- Reducción de las tasas de suicidio (15% al 1%).
- Mejora de la salud física, las personas con psicosis presentan peor salud física como resultado de los efectos secundarios de la medicación como subida de peso, entre otros.
- Reducción de la demanda en otros servicios ya que reducen la cronicidad.
- Mejora de las perspectivas de empleo y de educación (35%-12%).

Asimismo, los EIP basan la implementación de sus tratamientos (farmacológicos, psicoterapéuticos...) en lo recomendado por el Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención y en la Salud (NICE), de manera específica el paquete de tratamiento específico para Psicosis (NICE Quality Standard 80, 2015; NICE QS102, 2015).

En la auditoría realizada en 2022 por The National Clinical Audit of Psychosis (NCAP) se apreció mejoras en los últimos cuatro años en distintos ámbitos como en los programas de educación y empleo con apoyo, screening e intervenciones de salud física. En esta auditoria se tienen en cuenta 8 estándares de calidad (Royal College of Psychiatrists, 2022):

1. Tiempo de espera al programa. El tiempo de espera recomendado para acceder al programa es de 2 semanas una vez realizada la derivación (NHSE, 2016,2020).
2. Terapia cognitivo-conductual para psicosis (TCC) (NICE QS80, NICE QS102).
3. Intervención familiar (IF) NICE QS80, NICE QS102).
4. Prescripción de Clozapina. Se recomienda a las personas con PEP que no han respondido adecuadamente o no han tolerado el tratamiento con al menos dos fármacos antipsicóticos se les debe ofrecer clozapina (NICE QS80).
5. Programas de educación y de empleo con apoyo. (NICE QS80, NICE QS102).
6. Screening de salud física. Se recomiendan a las personas con PEP realizar una revisión anual de su salud física que incluya las siguientes 7 medidas: consumo de alcohol y de tabaco; no adecuado uso de sustancia; IMC; presión arterial; glucosa y colesterol (NICE QS80, NICE QS102).
7. Intervenciones de salud física. Se evalúa si a las personas con PEP se les han ofrecido todas las intervenciones relevantes en las que el screening de salud física indicó un nivel de riesgo que requería intervención, dentro de los últimos 12 meses (Lester UK Adaption Tool, Shiers et al., 2014; NICE CG115 y NICE CG120).
8. Programas de apoyo y educación centrados en el cuidador (NICE QS80, NICE QS102).

No obstante, a pesar de las múltiples reformas realizadas por parte del gobierno británico con respecto a los EIP, estos se mantienen posicionados tras los Equipos de Salud Mental Comunitaria, lo que lleva a que, en muchas ocasiones, aumente la probabilidad de que se alargue la duración de la psicosis no tratada (DUP por sus siglas en Inglés); además de que el ingreso dependa del equipo de salud mental o de los servicios de Salud Mental Infanto-

Juveniles. Aun habiéndose demostrado que el predictor más fuerte de un DUP prolongado es haber sido tratado alguna vez en un servicio de salud mental infanto-juvenil (Birchwood et al., 2013) o la derivación realizada desde atención temprana (McGorry, 2015).

4. Descripción del centro de destino

- Estructura, funcionamiento y filosofía de trabajo

El centro de CAMEO (**C**ambridgeshire **A**ssessing, **M**anaging and **E**nhancing **O**utcomes) forma parte de los servicios de Intervención Temprana en Psicosis (EIP) del Reino Unido. Dichos servicios especializados, como se ha comentado anteriormente, tienen como objetivo brindar una evaluación rápida y tratamientos basados en la evidencia a personas con un primer episodio psicótico (PEP).

CAMEO se divide en dos servicios:

- **CAMEO North:** Peterborough, Huntingdon, and Fenlands.
- **CAMEO South:** Cambridgeshire (centro en el que realice mi estancia).

Éste es un servicio dirigido tanto a personas que están en riesgo de padecer psicosis como a aquellas que han sufrido un PEP. La población que se atiende tiene edades comprendidas entre 14-65 años.

En general, se estima que un 3% de la población va a presentar algún episodio psicótico a lo largo de su vida (Haro et al., 2003). No obstante, no todas las personas se recuperan por completo y pueden volver a presentar un nuevo episodio psicótico.

Para el equipo que compone CAMEO es importante encontrar los desencadenantes de este primer episodio ya que puede ayudar a prevenir nuevos episodios. No obstante, es difícil encontrar una respuesta definitiva a las causas que llevan a la aparición de esta. Por ello, el equipo intenta utilizar herramientas de evaluación para encontrar factores predisponentes como pueden ser los antecedentes familiares, el abuso de sustancias, vulnerabilidades personales, entre otros. Parten de un enfoque basado en el modelo de vulnerabilidad-estrés

(Zubin y Spring, 1977) que combina múltiples factores desencadenantes como predisposición/vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad relacionada con los factores biológicos, sociales o psicológicos; así como la presencia de estresores. Asimismo, el efecto del estrés se encuentra mediado por factores mediadores ambientales y personales.

Por tanto, el trabajo sobre las señales de alerta (estrés laboral, abuso de sustancias...) es fundamental en personas tras un PEP ya que puede ayudar en la prevención de recaídas. El equipo se encargará de identificar las vulnerabilidades y reforzarlas a través del aprendizaje de técnicas de afrontamiento, apoyo familiar, psicoeducación acerca de la sintomatología...

También desde CAMEO se pone de relieve la recuperación social y esto abarca distintos aspectos como:

- Ámbito laboral.
- Ámbito educativo.
- Ámbito de las relaciones sociales.
- Ámbito de las Actividades de la Vida Diaria (cocinar, actividades financieras...).

El objetivo de este enfoque es mejorar la calidad de vida de las personas para que sean lo más independientes posible.

Además, de las intervenciones antes mencionadas, se realizan otras como el manejo de la medicación por parte del Psiquiatra encargado de ese paciente o la intervención realizada por parte de los Psicólogos Clínicos que pueden ofrecer, si se considera necesario, terapia psicológica individual basada en la evidencia (fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual) para tratar experiencias psicóticas residuales (audición de voces y sistemas de creencias inusuales) así como las comorbilidades a nivel de sintomatología depresiva, ansiosa, obsesivo-compulsiva o estrés postraumático.

Todo el proceso de intervención psicológica se considera colaborativo, ya que la persona es capaz no solo de hablar de sus experiencias, sino de diseñar junto al terapeuta nuevas estrategias de afrontamiento y formas de interpretar lo que siente, cómo se comporta o lo que piensa.

Entre las intervenciones ofrecidas por Psicología Clínica, podemos encontrar:

- Psicoeducación para la ansiedad.
- Psicoeducación para la depresión.
- Higiene del sueño.
- Técnicas para gestionar la ansiedad (por ejemplo, técnicas de respiración diafragmática).
- Reestructuración cognitiva.
- Experimentos conductuales.

Por su parte, los Terapeutas ocupacionales, las Enfermeras de Salud Mental Comunitarias y los Trabajadores sociales se enfocarán en la prevención de recaídas, los factores desencadenantes (señales de alerta), y el plan de recuperación principal y el tratamiento de sintomatología comórbida.

Por último, entre los programas ofertados también se encuentra la intervención familiar, que se clasifica en 3 niveles dependiendo de las necesidades de cada paciente:

- **Nivel 1**

El objetivo general es la psicoeducación, el apoyo y la valoración de las distintas perspectivas que componen el núcleo familiar. La psicoeducación y el apoyo pueden ofrecerse de forma individual o dentro del formato de grupo de seis semanas. El programa de seis semanas abarca:

- ¿Qué es la psicosis? Conocer los servicios locales
- Modelo de vulnerabilidad al estrés: intentar dar sentido a la psicosis
- Cuidar de nosotros mismos: Gestión del estrés y qué hacer en caso de recaída
- Drogas y alcohol
- Resolución de problemas relacionados con comportamientos problemáticos
- Medicación y cómo funciona

Las sesiones se organizan en un programa continuo y están disponibles en toda la región. Estas sesiones pueden realizarse por cualquier miembro del equipo.

- **Nivel 2**

Lo conforman las intervenciones *de* Terapia Familiar Conductual (TFC) que abordan temas como:

- habilidades comunicativas
- ideas de incertidumbre
- adaptación al diagnóstico
- estigma
- pérdida

Al igual que en el Nivel 1, este programa puede ser dado por cualquier miembro de la persona formada para ello.

- **Nivel 3**

El objetivo es trabajar con el sistema familiar para movilizar sus recursos y puntos fuertes con la finalidad de lograr el cambio. Es ofrecido por los profesionales con formación sistémica y el trabajador familiar asignado que ofrece una intervención de terapia familiar más estructurada (basada en la teoría de la terapia familiar sistémica).

- **Condiciones Materiales**

El centro de CAMEO se encuentra situado en 35 Union Lane, Chesterton (Cambridge). Es un centro como ya se comentó que forma parte de los servicios de intervención temprana en psicosis que existen en el Sistema Nacional de Salud Británico.

Está formado por dos edificios, cuya actividad es compartida por otros profesionales del área de la salud. Uno de estos edificios, está conformado por dos plantas, en la planta baja se encuentra la oficina donde los profesionales de CAMEO realizan actividad asistencial de tipo telefónico y formativo. Asimismo, en esta misma planta, hay consultas donde los profesionales pueden realizar actividad asistencial. En la planta de arriba, disponen de una sala donde se realizan las reuniones de equipo los martes y miércoles.

El otro edificio que consta de solo una planta es el lugar donde se realiza la mayor parte de la actividad asistencial y las reuniones de equipo de los lunes, jueves y viernes.

- **Derivaciones**

A continuación, se explican las vías por las cuales se puede derivar un paciente al programa de CAMEO Early Intervention Services. Principalmente, reciben derivaciones de:

- Médico de Atención Primaria (GP o General Practitioner).
- Tras ingresar en unidad de hospitalización.
- Desde las unidades de salud mental comunitarias.

No obstante, cualquier paciente/familiar puede llamar directamente al centro y solicitar atención.

Una vez el paciente es derivado al programa, es evaluado para conocer si cumple los criterios de inclusión. Estas evaluaciones las pueden realizar distintos profesionales del programa CAMEO como Psiquiatras, Psicólogos Clínicos o Care Coordinator (Este último término es desarrollado en el apartado de Equipo terapéutico).

En la primera evaluación, se suelen realizar la anamnesis, pasar un instrumento de cribado si hay dudas diagnósticas como Comprehensive Assessment of At Risk Mental States “CAARMS” (Yung et al., 2005) o Positive and Negative Syndrome Scale “PANSS” (Kay et al., 1987). Además de pruebas de neuroimagen y de exámenes médicos (según criterio médico).

Criterios de inclusión/ exclusión

- Edades comprendidas entre 14-35 años.
- Sufrir un primer episodio de síntomas psicóticos.
- No haber sido tratado con medicación antipsicótica durante más de 6 meses.
- Si la persona tiene entre 14-16 años, sería atendido por el Servicio de Salud Mental para Niños y Adolescentes hasta que cumpliera 17 años que sería atendido por parte de este servicio.

Una vez aceptados dentro del programa, dicha aceptación va a depender del grado de presentación de la sintomatología (son aceptados estados de alto riesgo con índice de severidad moderado-alto y primeros episodios psicóticos), son asignados a una Care-Coordinator que será la principal responsable del paciente y que se coordinará con los distintos miembros del equipo para que el paciente reciba los tratamientos que necesite (atención psicológica, atención por parte de terapeutas ocupacionales...).

- **Equipo terapéutico.**

El equipo terapéutico de CAMEO es multidisciplinar, está formado por Psiquiatras Consultores (últimos responsables del tratamiento del paciente del servicio), Médicos Especialistas, Enfermeras de Salud Mental Comunitarias, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Especializados en TCC (Enfermeros con especialización en este modelo que llevan a cabo intervenciones psicológicas), Investigadores, Residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica, Trabajadores de apoyo, tiempo y recuperación o Trabajadores de apoyo entre iguales (Enfermeros que realizan actividades de tipo social como Board game group, Walking group o Football group) y el Equipo administrativo.

A continuación, se pasará a describir algunos de ellos:

- **Coordinador de cuidados (Care coordinador o Community Psychiatric Nurse):**

Es una de las figuras principales y de referencia que posee la persona. Este papel puede ser desempeñado tanto por Enfermería, Terapia Ocupacional como por Trabajo Social. Entre sus funciones podemos encontrar:

- Apoyo a la persona en sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales (vivienda, prestaciones o deudas).
- Intervenciones familiares si están formados y están supervisados.
- Coordinación y orientación con todo el equipo sanitario y asistencial en el momento oportuno con la finalidad de velar que el programa de tratamiento se esté llevando a cabo. Pueden ayudar a las personas a ser más activas en su propia salud y atención y a estar más capacitados para evaluar sus necesidades.

Algunos de los trabajadores que se encargaban de esta tarea en CAMEO:

- Emma Lloyd (Coordinadora)
- Lizzie Kenedler
- Helen Barham
- Jenni Wood
- Emily Cousins
- Cloe Raynor
- Jane Culpin

- **Psiquiatría (Consultant Psychiatrist):**

Es el responsable último del tratamiento farmacológico de la persona. Entre sus funciones encontraríamos:

- Participar en la toma de decisiones sobre el diagnóstico.
- Participar en la evaluación clínica.
- Revisión de la prescripción farmacológica.

Algunos de los trabajadores que se encargaban de esta tarea:

- Dra. Liliana Galindo Guarín (Médica jefe)
- Dra. Tamara Cristescu



Dra. Liliana Galindo Guarín

- **Psicología Clínica (Clinical Psychologist).**

Es el responsable último del tratamiento psicoterapéutico que recibe la persona. Es responsable de la supervisión de las evaluaciones y de los tratamientos realizados por los Terapeutas especializados en TCC y por los Care Coordinador. El enfoque fundamental de las intervenciones sería el modelo cognitivo-conductual. Entre sus funciones encontraríamos las siguientes:

- Participar en la toma de decisiones sobre el diagnóstico.
- Participar en la evaluación clínica.
- Realización de intervenciones psicoterapéuticas tanto a nivel individual como grupal.

Algunos de los trabajadores que se encargaban de esta tarea en CAMEO:

- Dr. James Plaistow (Coordinador)
- Dra. Veronica Slavny
- Dra. Sarah Reeve
- Dra. Cat George

5. Actividades realizadas

- Cronograma

El horario laboral comprendía de 9:00 a 17:00 de manera interrumpida. Por la mañana, se realizaban reuniones por parte del equipo para hablar y analizar la situación de los pacientes y, más tarde, se llevaba a cabo la actividad asistencial con visitas en la clínica/en domicilio/ en hospital con Psiquiatría, Residentes en Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, entrevistas de evaluación, actividades formativas, o actividades de investigación.

A continuación, presento el esquema general de las actividades en las que participé en mi estancia en CAMEO.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:30-10:30 “Handover”	9:30-11:30 “Multi-Disciplinary Team Meeting”	9:30-10:30 Revisión de casos/Supervisión familiar	9:30-10:30 Formulación de casos	9:30-10:30 “Handover”
10:30-17:00 Actividad asistencial/ Investigación	10:30-17:00 Actividad asistencial/ Investigación	10:30-17:00 Visitas a domicilio/ Visitas en la clínica/ Investigación	10:30-17:00 Visitas a domicilio/ Visitas en la clínica/ Investigación	10:30-17:00 Visitas a domicilio/ Visitas en la clínica/ Investigación

- En las reuniones de los lunes y viernes conocidas como “Handover”. Se tratan de reuniones donde los diferentes miembros del equipo discuten las dificultades acerca

del abordaje de los pacientes que atendieron en los días o en la semana anterior. Desde el equipo tienen establecido un sistema colores como los de un semáforo (rojo-amarillo-verde) para revisar y realizar una supervisión más continuada de los pacientes que están más en riesgo. Ya que es muy frecuente que en este tipo de población encontremos comorbilidades con consumo de sustancias, sintomatología depresiva...

- También los lunes, la terapeuta especializada en TCC realizaba talleres de 15-20 minutos de Mindfulness para los profesionales de CAMEO.
- En las reuniones de los miércoles conocidas como “Multi-Disciplinary Team Meeting”, se discute al igual que en la reunión anterior, los casos que resultan más complejos para debatirse y abordarse con mayor profundidad. También, se llegan a comentar los casos que están en proceso de evaluación y que todavía no se ha decidido si van a ser aceptados dentro del programa.
- En la reunión de los miércoles, las Care-Coordinator exponen los casos de pacientes cuyas familias suponen una dificultad añadida al caso. Estas reuniones son supervisadas y guiadas por Psicología Clínica y por los Terapeutas Especializados en TCC.
- En la reunión de los jueves, se realiza una formulación de caso clínico de un paciente del programa que supone una dificultad con el objetivo de realizar un mejor abordaje.

Asimismo, diariamente, los profesionales tras las reuniones semanales realizan actividad asistencial (visitas domiciliarias, atención presencial en el centro de salud o atención telefónica), para volver posteriormente a la oficina del equipo, donde pasaban a escribir lo realizado en la historia clínica.

- Actividad asistencial y formativa

En este apartado voy a intentar describir de manera breve las diferentes actividades en las que he podido asistir como observadora, participando de manera puntual en las distintas entrevistas con los pacientes o en las actividades de carácter más social. No siendo en ningún momento la profesional de referencia de los pacientes.

1. Participación en las entrevistas iniciales junto a Consultant Psychiatry/Residentes de Psiquiatría/Care Coordinator para la evaluación inicial de personas con un PEP. El

objetivo de estas entrevistas era conocer mejor al paciente (historia vital, sintomatología...) y se pasaba los cuestionarios de cribado antes mencionados.

2. Participación en las entrevistas de seguimiento (domiciliarias y presenciales en el centro de salud/hospital) de los pacientes del equipo acompañando a los Consultant Psychiatry/ Residentes de Psiquiatría/ Consultant Psychologist/ Care-Coordinator.
3. Participación en las entrevistas de los 6 meses. Estas entrevistas se realizaban de manera conjunta con el paciente y los profesionales que le habían tratado en el programa con el objetivo de reflexionar y reforzar los logros conseguidos y de plantear posibles nuevos objetivos de mejora.
4. Participación en las actividades de tipo social como Board game group, Walking group o Football group.
5. Participación en las sesiones clínicas dadas por los residentes del NHS (National Health Services) que se realizaban los martes de 12:30-13:45.
6. Participación en actividades de formación del equipo como:
 - Seminario sobre la importancia de profundizar en las experiencias traumáticas en PEP, titulado "Routine Trauma Screening"
 - Seminario sobre el sueño y su relevancia en PEP.
 - Seminario sobre el entrenamiento en la prueba de cribado CAARMS.
 - Seminario sobre el dolor, titulado "The Bodily Self in Pain: The Role of Interoceptive Processing"
7. Participación en la jornada de Principal Investigators' day de la Universidad de Cambridge. Fue una jornada que duró un día (8:30-18:00) donde los principales investigadores de cada grupo de la Universidad exponían sus hallazgos. Entre los ponentes se encontraban:
 - Simon Baron-Cohen (Suicide Prevention in Autism),
 - Matt Lambon Ralph (Decoding dynamic, distributed semantic representations directly from the anterior lobe),
 - Stephanie Brown (Imaging the Hypothalamus), entre otros...

- **Actividad investigadora**

En cuanto a la actividad investigadora, otro de mis objetivos fue tratar de colaborar con el servicio de CAMEO en esta tarea. No pudiendo continuar con mi estudio, cuyo objetivo es analizar la influencia de los niveles de la proteína-C-reactiva (PCR) sobre el funcionamiento cognitivo en personas tras un PEP, debido a que no había Psicólogos Clínicos que realizaran evaluaciones neuropsicológicas.

Ante esta dificultad, la Dra. Liliana Galindo planteó la posibilidad de realizar una revisión para observar los efectos de los psicodélicos en la presentación o no de sintomatología psicótica. Hasta el momento, de manera preliminar, se puede comentar que no se encuentran estudios que señalen la presencia de sintomatología psicótica tras tratamiento médico con psicodélicos (como es el caso de la Psilocibina). También, durante mi rotación tuve la oportunidad de continuar con la revisión que estoy realizando para mi tesis.

8. Aplicación en el contexto

En este apartado voy a tratar de describir la aplicación que puede tener la rotación realizada en CAMEO en mi hospital de origen. Comentar, ante todo, que, en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, se está llevando a cabo el programa PRINT (**P**revention and **E**arly **I**ntervention in Mental Health). Programa impulsado por el Dr. Jesús Pérez que parte de la filosofía de trabajo de CAMEO, ya que estuvo trabajando durante más de 15 años en dicho centro.



Dr. Jesús Pérez

El grupo PRINT está dividido en dos grupos: uno de actividad asistencial y otro de actividad investigadora. Pero, al igual que ocurre en CAMEO, ambos grupos se dan de manera paralela, es decir, la actividad investigadora tiene como objetivo ser significativa para la persona tras PEP.

Los dos grupos se iniciaron sobre mayo de 2023 y actualmente formamos el grupo de actividad asistencial: 2 PECP (adultos), 5 Psiquiatras (3 de adultos y 2 de infantil), 3 Enfermeras especialistas en Salud Mental (2 de adultos y 1 una infantil) 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadoras Sociales, 2 Residentes de Psicología Clínica (intervenciones supervisadas por PECP) y 3 Residentes de Psiquiatría (intervenciones supervisadas por Psiquiatras). Realizamos reuniones todos los lunes de 14:00 a 15:00 donde llevamos a cabo revisión de los casos: y, al igual que en CAMEO tenemos establecido un sistema de colores (“semáforo”) según el nivel de gravedad que presente en este momento el paciente. La duración del paso del paciente en PRINT tiene estimada una media de 3 años y recibe asistencia de manera semanal o quincenal por los profesionales. Actualmente, no tenemos un lugar específico para realizar la asistencia y la realización de esta depende de los huecos libres dentro de la propia actividad del profesional. Por otro lado, el grupo de actividad investigadora se reúne los últimos martes del mes (14:00-15:00).

La visión principal que tiene este grupo es “Mejorar la detección y la vida de personas con primeros episodios psicóticos, o experiencias inusuales que puedan indicar un futuro trastorno mental grave en Salamanca”. Entre los principios que destacan en este grupo estarían:

- Estar centrado en las personas con problemas de salud mental
- Ser Multidisciplinar.
- Horizontalidad.

Por tanto, con relación a cómo se aplicaría lo aprendido en nuestro contexto:

1. La posibilidad de entender con mayor profundidad el modelo de trabajo que se está implementando.

2. La importancia del trabajo multidisciplinar y horizontal.
3. La importancia de la actividad investigadora por los profesionales de Psicología Clínica, aspecto que se presenta como eje central dentro de su trabajo en el NHS.
4. La perspectiva de un modelo comunitario, donde muchas de las intervenciones se realizan en el domicilio de los pacientes.

9. Valoración personal

Mi rotación en CAMEO ha supuesto un paso más en mi formación como Psicólogo especialista en Psicología Clínica por varias razones:

1. La posibilidad de profundizar a nivel de conocimiento acerca de las características de este tipo de población, así como de la evaluación y de la intervención en personas tras un PEP.
2. La importancia de la realización de una intervención precoz en este tipo de trastorno y las ventajas que supone, no solo para el paciente, sino para el Sistema Sanitario.
3. La relevancia de trabajar con un equipo multidisciplinar, ya que permite abordar cualquier necesidad que pueda presentar el paciente.
4. La importancia de la horizontalidad en el trato entre profesionales, que permite que las intervenciones que se realicen sean más acertadas.
5. La posibilidad de observar el papel destacado en el NHS de las Care-Coordinator, y como su papel es fundamental en la recuperación de las personas tras un PEP.
6. La relevancia de trabajar de manera paralela la actividad investigadora y la asistencial.
7. La posibilidad de trasladar los conocimientos y las habilidades aprendidas al grupo de trabajo de PRINT en Salamanca, grupo que toma de modelo los EIP.

A nivel personal, las dos cosas que más destaco de mi rotación en este dispositivo son el ambiente laboral y la relación terapeuta-paciente. Por un lado, la relación entre compañeros se basa en el respeto mutuo, todos los profesionales independientemente de su categoría profesional pueden intervenir para comentar algo sobre un paciente. Y, por otro lado, la

relación terapeuta-paciente que se caracteriza por afianzar esa alianza terapéutica y donde prima de manera genuina la opinión de este último, a pesar de ser contraria, en ciertas ocasiones, con la de los profesionales.

Con relación a la visión que se tiene desde el Sistema Nacional de Salud Británico sobre la Psicosis, considero que es un modelo más integrador donde se busca en la medida de lo posible que el paciente tenga la menor dosis de medicación posible y esté lo más integrado en su contexto a través del fomento de actividades sociales u ocupacionales.

En cuanto a las dificultades que he encontrado en esta etapa, la principal ha sido el idioma. Es necesario un periodo de adaptación y una rotación de 2 meses es corta para acostumbrarse al idioma y a los acentos.

En definitiva, recomiendo la realización de esta rotación, ya que permite ver los beneficios de la implementación de los programas de intervención precoz en psicosis y de enriquecerse con las actividades formativas que desde el NHS se proponen.

10. Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a la Sociedad Española de Psicología Clínica (SEPC-ANPIR) por su apoyo al concederme una de las becas para la realización de estancias en centros de excelencia en el extranjero.

A mi tutor de residencia, José Antonio Benito por su apoyo durante todos estos años de residencia y por su ayuda en la realización de los tramites de la rotación.

A mi director de tesis, Jesús Pérez, por su apoyo y supervisión en mi formación como investigadora.

A todos los profesionales del centro CAMEO por la acogida y por el acompañamiento en los meses que ha durado la estancia. Especial mención a Liliana Galindo Guarín por el cariño con el que trata a sus residentes.

Al Servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, así como a la Comisión de Docencia, por su autorización para la realización de la rotación externa.

A los pacientes por su generosidad al compartir sus historias.

11. Referencias bibliográficas.

- Atapattu, M., Gonzales, H. & Williams, N. (2022). Recovery from Psychosis: An Integrated Model of Interpersonal and Intrapersonal Factors from the Perspective of Psychologists. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s40737-022-00274-8>.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L., & Singh, S. P. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 203(1), 58–64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125500>.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Romera, B., Codony, M., Autonell, J., Ferrer, M., Ramos, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2003). La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(4), 182–191.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.

- Knapp, M., Andrew, A., McDaid, D., Iemmi, V., McCrone, P., Park, A., Parsonage, M., Boardman, J., & Shepherd, G. (2014). *Investing in Recovery: Making the Business Case for Effective Interventions for People with Schizophrenia and Psychosis*. Rethink, LSE, and Centre for Mental Health.
- McGorry P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 310–318. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000284>
- Naheed, M., Akter, K., Tabassum, F., Mawla, R. y Rahman, M. (2012). Factors contributing the outcome of schizophrenia in developing and developed countries: A brief review. *International Current Pharmaceutical Journal*, 1(4), 81-85. doi: <https://doi.org/10.3329/icpj.v1i4.10063>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Developing NICE Guidelines: The Manual*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Quality statement 1: Referral to early intervention in psychosis services (Psychosis and schizophrenia in adults)*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Richards, C. F., & Gurr, D. E. (2000). Psychosis. *Emergency medicine clinics of North America*, 18(2), 253–ix. [https://doi.org/10.1016/s0733-8627\(05\)70122-x](https://doi.org/10.1016/s0733-8627(05)70122-x)

- Royal College of Psychiatrists (2022) *National Clinical Audit of Psychosis – England National Report for the Early Intervention in Psychosis Audit 2021/2022*. Healthcare Quality Improvement Partnership.
- Tiffin, P. A., & Glover, G. (2007). From commitment to reality: early intervention in psychosis services in England. *Early intervention in psychiatry*, 1(1), 104–107. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00004.x>
- Tiller, J., Maguire, T., & Newman-Taylor, K. (2023). Early intervention in psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of barriers and facilitators to seeking access. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 66(1), e92. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2465>
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(11-12), 964–971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new of schizophrenia. *J of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

12. Recomendación bibliográfica.

- Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia.
- Cordle, H., Fradgley, J., Carson, J., Holloway, F., & Richards, P. (2010) *Psychosis: Stories of Recovery and Hope*.

- Gumley, A. (2006). *Staying Well After Psychosis: A Cognitive Interpersonal Approach to Recovery and Relapse Prevention*.
- Hayward, M., Strauss, C., & Kingdon, D. (2012). *Overcoming Distressing Voices*.
- Jackson, C. (2019). *Recovering from a First Episode of Psychosis: An Integrated Approach to Early Intervention*
- Knoll, E. (2018). *Emily's Voices: a memoir*.
- Freeman, D., Freeman, J., & Garety, P. (2016). *Overcoming Paranoid and Suspicious Thoughts, 2nd Edition: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*.
- McCarthy-Jones, S. (2017). *Can't You Hear Them?: The Science and Significance of Hearing Voices*
- Mullen, M. (2021). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Psychosis: Manage Your Emotions, Reduce Symptoms, and Get Back to Your Life*.
- Morris, EMJ., Johns, LC., & Oliver, JE. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*.
- Steven, RF. (2020). *Psychosis Recovery Guide: A Survivor's Handbook to Overcoming Mental Breakdown*.