

Memoria de Estancia en
Institute of Neuroscience (University of Newcastle)
y Newcastle Cognitive and Behavioral Therapies Center (NHS)
Newcastle (Reino Unido)

Beca ANPIR 2008/2009 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros

Pablo Romero Sanchiz

PIR 3, Complejo Hospitalario de Jaén.

Índice

| | |
|--|-----------|
| A. Por qué Newcastle, por qué Institute of Neuroscience (IoN), por qué el Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Center (NCBTC)..... | 2 |
| B. Institute of Neuroscience..... | 3 |
| 1. Descripción del centro..... | 3 |
| 2. Actividades realizadas | |
| C. Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre..... | 6 |
| 1. Descripción del centro..... | 6 |
| 2. Actividades realizadas..... | 6 |
| D. Aportación de la estancia a mi formación como Psicólogo Clínico..... | 8 |
| E. Agradecimientos..... | 10 |
| F. Bibliografía..... | 11 |

A. Por qué Newcastle, por qué Institute of Neuroscience (IoN), por qué el Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Center (NCBTC)

La elección tanto del *Institute of Neuroscience* como del *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Center* para la realización de mi estancia externa vino motivada por la presencia en ambos centros de un profesional del prestigio del Prof. Mark H. Freeston¹. El realizar una estancia bajo su supervisión ofrecía una oportunidad única de colaborar con un profesional de gran experiencia en la práctica clínica, en investigación y en la formación de ambos tipos de profesionales. Además, el hecho de que fuera *Professor* en la *University of Newcastle* y Director de investigación y formación en el *NCBTC*, hacía que pudiera tener acceso a dos centros de gran tradición y *solera* en el Reino Unido.

Además, tanto en el IoN como en el NCBTC trabajan otros profesionales de gran prestigio como:

- Douglas Turkington
- Steven Barton
- Kevin Meares
- Paul Cromarty
- Robert Dudley

Por último, quisiera añadir que el *Institute of Neuroscience* es una institución de gran prestigio a pesar de su juventud, en la que coexisten profesionales de formaciones muy diferentes pero con el nexo común de intentar explicar la conducta humana, tanto en pacientes como en la población general. El *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Center* es uno de los centros de terapia cognitivo-conductual más importantes del Reino Unido y ejemplar en la conjunción de formación, investigación y actividad clínica, lo que me animó a elegirlo para realizar mi rotación externa.

¹ El Prof. Mark H. Freeston es Catedrático de Psicología clínica en la Universidad de Newcastle, Catedrático Honorífico de Psicología clínica en la Universidad de Durham, Director de investigación y formación en el *NCBTC*, coordinador de la Guía NICE del NHS para el Trastorno Obsesivo-compulsivo y autor de más de 300 publicaciones, entre ellas 88 artículos con índice de impacto.

B. Institute of Neuroscience

1. Descripción del centro

El *Institute of Neuroscience* es uno de los organismos de investigación de la Universidad de Newcastle, y absorbe un amplio abanico de profesionales, como físicos, químicos, psiquiatras, neurólogos, ingenieros, biólogos y, por supuesto, psicólogos. En su seno acoge grupos de investigación interesados en temas tan variados como:

- *Neurociencia Visual, Auditiva y Sensorial.*
- *Neurología, Neurocirugía y Control motor.*
- *Psicología y Ciencias cognitivas.*
- *Neurociencias psiquiátricas.*
- *Vejez, Neurodegeneración y Neurociencias del desarrollo.*
- *Circuitos Neurales y Neuroimagen.*
- *Neurofarmacología y Neurotecnología.*

Este instituto de la Universidad de Newcastle recoge la Facultad de Psicología de dicha Universidad, tanto su rama clínica como la experimental, con lo que en su seno se realizan gran cantidad de actividades formativas y de investigación relevantes para los psicólogos clínicos en formación.

2. Actividades realizadas

1. Cursos del Clinical Psychology Doctorate (University of Newcastle)

El Clinical Psychology Doctorate es el equivalente inglés al PIR. Para realizar esta formación, los candidatos son evaluados en multitud de aspectos (currículo investigador, experiencia asistencial, calificaciones, entrevista personal, etc.). Durante esta formación, los alumnos van pasando por diferentes dispositivos (atención primaria, secundaria, consultas, etc.) y van recibiendo tanto formación clínica (desde observadores participantes hasta intervenciones en solitario con supervisión) como investigadora (escritura de artículos, etc.). Como parte de su formación, los alumnos realizan diversos cursos de metodología y estadística, de los cuales asistí a los siguientes:

1. Metodología de investigación en Psicología clínica. (19/01)
2. Comprobación de hipótesis y medida de variables en contextos clínicos. (26/01)
3. Análisis de datos en estudios con comparación de grupos. (3/02)
4. Análisis de datos en estudios de caso único. (11/02)

5. Análisis de Regresión (18/02)
6. ANOVA (9/03)
7. Lectura crítica de artículos para revisiones de la literatura científica. (16/03)
8. Escritura científica. (23/03)

2. Cursos del Cognitive Therapy Diploma

1. Cognitive therapy for Psychosis. (14/04)

En este curso, el Profesor Rob Dudley explicó los principales modelos teóricos explicativos de los diferentes síntomas de los pacientes psicóticos, así como los diferentes enfoques terapéuticos que se utilizan, y la evidencia que soporta cada uno. Así, en este curso se nos mostraron los diferentes modelos cognitivos de los delirios (Freeman, Bentall y Garety, 2008), las alucinaciones (Morrison et al., 1995), así como las intervenciones que se llevan a cabo, tanto en diferentes programas de intervención temprana que se realizan en el Reino Unido como en programas de intervención en pacientes psicóticos crónicos.

3. Tesis doctoral.

Una de las tareas más importantes que he realizado en Newcastle es el análisis de los datos y el diseño de la escritura de mi tesis doctoral (*Study of cognitive intrusions from a dimensional perspective*²), que forma parte de un proyecto mayor en el que colabora el Prof. Freeston desde hace varios años. Durante la estancia, la tesis ha crecido enormemente, habiendo presentado incluso los datos de la misma a profesionales del NHS durante un Workshop y estando en su última fase 2 artículos que serán enviados a revistas con índice de impacto: *Cognitive intrusions from a dimensional perspective: a review* y *Cognitive Intrusions Questionnaire – Revised: development and psychometric properties of a new measure for intrusions*. Estos dos trabajos son la primera parte de la tesis. El primero es una revisión teórica del concepto de intrusiones cognitivas, así como un planteamiento de investigación que recoge varios conceptos teóricos claves para la Tesis, como el uso de una perspectiva amplia en la definición de concepto de intrusiones cognitivas, el uso de un Modelo Cognitivo General que englobaría las variables procesuales comunes a diferentes trastornos de ansiedad y la operativización de diferentes variables (interpretaciones de los pensamientos, emociones que suscitan,

² La Tesis doctoral tiene como objetivo aplicar un punto de vista dimensional a las variables comunes presentes en diferentes trastornos de ansiedad en los que los pensamientos intrusivos tienen un papel central, como el TOC, el TAG, la Hipocondría, etc. Además, se pretende extender esta perspectiva a las variables más específicas. Por último, se realizará una comparación entre las características de los pensamientos “neuróticos” y los “psicóticos”.

estrategias de afrontamiento, intrusividad, etc.) de los trastornos de ansiedad desde un punto de vista dimensional. El segundo artículo recoge la creación y validación de un nuevo instrumento de medida de 88 items, el *Cognitive Intrusions Questionnaire – Revised* (CIQ-R), que servirá para la realización de los experimentos en población clínica de los demás artículos de la Tesis. Estos experimentos consistirán en la comparación en 88 variables de los pensamientos presentes en, por un lado el TOC, el TAG y la hipocondría, y por otro de la Fobia social, la hipocondría y el TOC con diferentes tipos de delirios (persecutorios, hipocondríacos y bizarros).

C. Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre

1. Descripción del centro

El *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre* ha estado en vanguardia del entrenamiento en terapia cognitivo conductual desde hace más de una década, respondiendo a la expansión de este tipo de terapia y entrenando profesionales con un bagaje teórico y práctico muy diverso. Entre otros profesionales, entrena a los alumnos de *Clinical Psychology Doctorate*, equivalente inglés al PIR.

En el ámbito clínico, es un centro de atención secundaria del Servicio Nacional de Salud Británico (NHS), dentro del *Northumberland, Tyne and Wear Trust*, y recoge pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que no han podido ser resueltos en atención primaria.

2. Actividades realizadas

1. Foundation Skills In Cognitive Therapy (21-23/01; 29-30/01)

Este curso se realiza especialmente para ayudar a los profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) en su manejo de los pacientes con los que trabajan. Este curso consiste en un aprendizaje teórico y experiencial de 5 días completos, en los que se explican, se discuten y se practican mediante role-playings supervisados los principios básicos de la terapia cognitiva. Los profesores son clínicos del propio centro, con lo que la enseñanza es más rica, al realizarla profesionales clínicos expertos que además reciben una formación docente especializada para clínicos. En este curso se fueron explicando diferentes aspectos de la terapia cognitiva para posteriormente practicarlos en role-playings y por último debatir las dudas y las ideas que surgían durante el mismo.

Durante el curso se han enseñado, discutido y practicado, entre otras cosas:

1. La operativización de los problemas en un modelo cognitivo general.
2. El modelo de entrevista cognitivo conductual.
3. La utilización de técnicas generales para la intervención en dichos trastornos, como el diálogo socrático, las encuestas, los gráficos, los experimentos conductuales, etc.
4. El trabajo con técnicas conductuales básicas.
5. El trabajo con pensamientos intrusivos, evaluaciones y creencias.
6. El uso de estas técnicas con grupos de pacientes.
7. El uso de estas técnicas en diferentes contextos terapéuticos

2. Intermediate Course

Este curso sirve de puente entre el *Foundation* y el *Diploma* (Curso de un año de duración que consiste, entre otras cosas, en la supervisión de casos clínicos), y en él se realiza un entrenamiento de las habilidades adquiridas en el primero, pero aplicadas a problemas más específicos.

El curso consta de tres módulos de tres días de duración cada uno:

Module 1: Panic Disorder, Hypochondriasis, Social Anxiety. (4-6/03)

En este primer módulo se realizó una introducción al curso, en el que se discutieron los objetivos a alcanzar, así como la metodología de trabajo. Posteriormente se dedicó un día a cada trastorno. Cada día, el curso fue impartido por un experto en dicho trastorno. La estructura de cada jornada fue la misma: explicación teórica, debate, ensayo con role-playing y discusión en cada punto de la exposición (conceptos teóricos, cognitivos, evaluación e intervención). Se explicaron los modelos de Trastorno de Pánico de David M. Clark (1986), de Hipocondría de Warwick y Salkovskis (1990) y de Fobia Social de Clark & Wells (1995). Cada día finalizó con un debate sobre la posible aplicabilidad de lo aprendido a nuestro contexto laboral.

Module 2: OCD, GAD y PTSD (1-3/04)

En este segundo curso nos centramos en los modelos de Salkovskis (1985, 1999) y Rachman (1997) de TOC, el modelo de la Université Laval de TAG (Dugas et al. 1998, 2005) y el modelo de Ehlers y Clark (2000) de TEPT. La estructura de este segundo módulo fue la misma que en el anterior. De nuevo contamos con un experto en cada trastorno, con el que fuimos recorriendo los conceptos de cada modelo, así como la evaluación y la intervención de cada uno.

Module 3: Depression (6-8/05)

En el tercer módulo de este curso, contamos con tres días para un trastorno tan importante como la depresión. El contar con más tiempo nos ayudó a profundizar más aún en este problema y en las intervenciones apropiadas para cada caso. La estructura de este módulo fue similar, pero contando con más tiempo para cada punto. El modelo de base fue el de Beck et al. (1979).

3. Unhelpful Repetitive Thinking Workgroup (25-27/03))

Este grupo de trabajo está formado por el Prof. Mark H. Freeston, Peter Armstrong, Steven Barton y Kevin Meares, y en él se está desarrollando un modelo teórico y de intervención transdiagnóstico para las rumiaciones. Tuve el enorme honor de participar en varias reuniones de trabajo de este grupo en el que pude aprender cómo se desarrollan los modelos teóricos, cómo se planifica una investigación y cómo la investigación y la práctica clínica deben ir de la mano para potenciarse y crecer juntas.

D. Aportación de la estancia a mi formación como Psicólogo Clínico

1. Valoración personal.

La aportación de esta estancia a mi formación es tan amplia que es difícil saber por dónde empezar. En primer lugar, considero que imposible encontrar en España la formación clínica que recibí. Contar con profesores como Mark H. Freeston, Kevin Meares o Steven Barton es una experiencia única y enormemente valiosa. Además, la estructuración de los contenidos y el carácter experiencial y supervisado de la enseñanza a ayudado enormemente a consolidar todo el conocimiento adquirido.

Esta última reflexión me lleva a valorar la gran diferencia en cuanto a métodos de enseñanza que se utilizan en el Reino Unido. A diferencia de los cursos, *workshops* o masters que conozco o de los que me han hablado en España, el método de formación de los profesionales sanitarios en el Reino Unido es muy estructurado, por etapas, experiencial e impartido por expertos, tanto en la clínica como en métodos de investigación y enseñanza. Todos estos elementos hacen que la enseñanza sea verdaderamente dura y exigente, pero enormemente rica y valiosa.

En cuanto a la investigación, la experiencia ha sido agri dulce. El sabor dulce ha venido por verme sumergido en una estructura de trabajo tan seria, con una cultura de trabajo tan exigente, con gran tradición investigadora, y con enorme respeto a la ciencia bien hecha. El sabor amargo llegó al pensar en las enormes dificultades que conlleva intentar exportar alguna de estas cosas al que va a ser mi entorno laboral.

Las principales diferencias que he encontrado en el Reino Unido con respecto a España, se pueden resumir en que en el Reino Unido hay en general un respeto mucho mayor por la profesión del Psicólogo Clínico, sobre todo por parte de la administración y la población, y una mayor búsqueda de estándares altos en la clínica, en la enseñanza y en la investigación.

2. Aplicabilidad en nuestro contexto.

Nada me gustaría más que escribir algo completamente diferente pero, siendo realista, veo muy complicado aplicar de forma directa en la Sanidad pública española lo que he aprendido en el Reino Unido. Las diferencias entre ambos sistemas son demasiado grandes y profundas. En primer lugar, la Sanidad pública británica tiene unos objetivos bastante diferentes a la española (o la andaluza, que es la que conozco), y es que mientras en España (o Andalucía) el objetivo que se nos marca desde la administración es atender a los usuarios de la mejor manera y con la mayor prontitud posible, en el Reino Unido lo que se pide es eficacia, efectividad y eficiencia. Eso provoca, por un lado, mayor exigencia al profesional, pero por otro, mayor calidad en el servicio. Además, la estructura, con psicólogos clínicos en Atención primaria, hace que los esfuerzos se distribuyan mejor. Por otro lado, la formación, investigación y práctica clínica están mucho más unidas que en España, dónde la tradición investigadora es prácticamente inexistente y está completamente separada de la clínica.

Sin embargo, el hecho de ser crítico no me excluye de responsabilidad. Si alguien tiene que cambiar cómo son las cosas en la atención en Salud Mental en España, somos nosotros, los Psicólogos clínicos de nuevo cuño, que hemos tenido la suerte de haber recibido una formación mucho más completa. Además, el hecho de poder contar con becas como la proporcionada por ANPIR, hace que tengamos la oportunidad de salir a respirar aires nuevos que amplíen nuestras perspectivas y horizontes y que, como consecuencia, podamos insuflar aires nuevos a la Salud pública española.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer al Prof. Freeston su invitación a esta estancia y todas sus atenciones durante la misma. En segundo lugar, me también quisiera agradecer a la comisión de docencia del Complejo Hospitalario de Jaén el permitirme disponer de este valiosísimo tiempo para mi formación. Por último, aunque no menos importante, me gustaría dar las gracias a ANPIR por su apoyo económico, sin el cual hubiera sido muy difícil realizar esa estancia. Además, me gustaría aplaudir esta iniciativa, por lo exhaustivo del procedimiento de selección, por lo generoso de los premios, por la ágil gestión y por la iniciativa en si misma.

E. Bibliografía

1. Bibliografía de la Memoria.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Clark, D.M., 1986. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy* 24, pp. 461–470

Clark, D.M. and Wells, A., 1995. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. and Schneier, F.R., Editors, 1995. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, The Guilford Press, New York, pp. 69–93.

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 216-226.

Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.

Ehlers A, Clark DM. (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-45.

Freeman, D., Bentall, R. & Garety, P. (Eds) (2008). *Persecutory Delusions: Assessment, Theory and Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Morrison, A.P., Haddock, G. and Tarrier, N. (1995) Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Psychological Medicine* 27, 669–679.

Rachman, S. (1997). A cognitive Theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.

Warwick, H.M. and Salkovskis, P.M., 1990. Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy 28. 105–117.

2. Manuales utilizados durante la estancia.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Bennett-Levy, J. Butler, J., Fennell, M., Hackmann A., Mueller, M., & Westbrook D. (2004) Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Oxford University Press.

Meares, K. & Freeston, M. H. (2008). Overcoming Worry: A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques. NY, US: Basic Books.

Gavino, A. (2006) Tratando... Trastorno Obsesivo-compulsivo. Pirámide, Madrid.

Osborne, J. (2006) Best Practices in Quantitative Methods. Sage.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2006) Using Multivariate Statistics. Pearson.

Guía NICE del Trastorno Obsesivo-compulsivo.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg031fullguideline.pdf>

3. Bibliografía esencial utilizada durante la estancia para investigación.

Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. Cognitive Therapy and Research, *25*, 551-558.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *15*, 1–21.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population: II. Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. Behaviour Research and Therapy, *30*, 263–271.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, *17*, 791-802.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Processes. Behavior Therapy, *30*, 191-207.

Ladouceur, R., Rhéaume, J. y Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. Behaviour Research and Therapy, *35*, 423-427.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M.H., Aublet, F., Jean, K., & Lachance, S. *et al.*, (1995) Experimental manipulation of responsibility: An analog test for models of obsessive–compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy *33*, 937–946

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Behavior Modification. *21*, 355-371.

Rachman, S. J., Thordarson, D., Shafran, R., & Woody, S. (1995). Perceived Responsibility: structure and significance. Behaviour Research and Therapy, *33(7)*, 779-784.

Rheaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive–compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785–794.

Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1994). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: Psychometric studies of a semiidiographic measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 265–276.

Turkington, D, Kingdon, D, Turner, T. et al. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2002, 180(6), 523-527.