

La Fantasía de las Terapias Conversacionales del NHS en Reino Unido

The UK NHS Talking Therapies Fantasy

 Michael J. Scott

Psychological Therapies Unit, Liverpool, UK

Resumen

En febrero de 2023, el programa del *National Health System* (NHS) inglés *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) fue rebautizado como *NHS Talking Therapies*, aunque este cambio no se tradujo en mejoras sustanciales que indiquen un avance en la calidad del servicio. El propósito fundamental de este artículo es realizar una evaluación crítica de los mitos perpetuados por el IAPT (ahora NHS Talking Therapies). A pesar de la sorprendente campaña de marketing de NHS Talking Therapies, no parece haberse logrado reducir la carga de salud mental en el Reino Unido. El programa se ha confirmado como un mero canal en la aplicación de protocolos respaldados por el *National Institute for Health and Care Excellence*, que se sostienen a través de una serie de mitos ampliamente discutidos y refutados en este trabajo. Sin utilizar criterios claros para determinar si un tratamiento psicológico está apoyado empíricamente, es probable que los países caigan presa de intervenciones farmacológicas o psicológicas bien comercializadas. Ante tal ausencia de control, los proveedores de servicios de salud tendrían licencia para malgastar el dinero, dejando las necesidades de la población en segundo plano.

Palabras clave: Improving Access to Psychological Therapies, Resultados, National Institute of Health and Care Excellence, Salud Pública, Tratamiento Psicológico.

Abstract

In February 2023, the English program "Improving Access to Psychological Therapies" (IAPT) was rebranded as "NHS Talking Therapies", although this change did not translate into substantial improvements indicating an advancement in service quality. The primary purpose of this article is to critically assess the myths perpetuated by the IAPT (now NHS Talking Therapies). Despite the striking marketing campaign of NHS Talking Therapies, it does not appear to have succeeded in reducing the burden of mental health in the United Kingdom. The service has claimed to be merely a conduit for providing protocols endorsed by the National Institute for Health and Care Excellence. IAPT is sustained through a series of myths that are refuted and extensively discussed. Without using criteria to determine whether a psychological treatment is empirically supported, countries are likely to fall prey to well-marketed pharmacological or psychological interventions. Furthermore, without such controls, service providers are licensed to squander money, sidelining the needs of the population.

Keywords: Improving Access to Psychological Therapies, Outcomes, National Institute of Health and Care Excellence, Public Health, Psychological Treatment.

En febrero de 2023, el programa inglés *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT; Mejorando el acceso a Terapias Psicológicas) se renombró como *NHS Talking Therapies* (Terapias Conversacionales del NHS). Sin embargo, no se han informado cambios en su modus operandi tras 15 años de implementación, lo cual sugiere que algo puede estar fallando más allá del cambio de etiqueta. En 2012, IAPT fue aclamado como un servicio "líder mundial" (p. 474) en la influyente revista *Nature* y se ha convertido en una referencia para países de todo el mundo preocupados por mejorar sus servicios de salud mental. No obstante, el programa adolece de una evaluación independiente financiada con fondos públicos, a pesar de gastar 1.750 millones de libras en el año 2021-2022 en el programa para adultos, niños y adolescentes. Terapias Conversacionales del NHS se refiere únicamente a la provisión en Inglaterra, puesto que Escocia, Irlanda del Norte y Gales tienen sus propios sistemas de salud mental.

En este artículo, haré una valoración crítica de los mitos perpetuados por el programa. El marketing de Terapias Conversacionales del NHS ha sido realmente sorprendente. Desde el comienzo, los principales políticos de todos los partidos han estado involucrados. El programa ha afirmado ser meramente un canal de aplicación de los protocolos del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido, cuyos inspiradores y simpatizantes se mueven entre el NHS, la Sociedad Británica de Psicología (BPS) y la Asociación Británica de Psicoterapia Cognitivo-Conductual (BABCP). El programa se ha sostenido sobre una serie de mitos que procederé a refutar. Abordé algunos de ellos en un artículo previo de 2021 en el *British Journal of Clinical Psychology*, sin que haya sido publicada una refutación hasta el momento, y agradezco esta oportunidad para actualizar y ampliar mi crítica aquí.

Mito 1: Es un líder mundial

Un artículo del *New York Times* lo describió como: "el esfuerzo más ambicioso del mundo para tratar la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales comunes" (Carey, 2017). Un editorial en la revista *Nature* (2012) afirmó que el

IAPT: "representa un estándar líder en el mundo gracias a la escala de su implementación y la validación de sus tratamientos" (p. 473). En contraste, según la *Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos del Reino Unido* de 2014 (McManus et al., 2016), la incidencia de trastornos mentales comunes ha aumentado desde 2007 (un año antes del inicio del IAPT), mientras que la proporción de intentos de suicidio ha permanecido estática en este período. A simple vista, el programa no parece haber reducido la carga de salud mental en la comunidad.

No existen comparaciones internacionales publicadas sobre la efectividad de la terapia psicológica. Sin embargo, la falta de evidencia no significa que no pueda haber una diferencia en el mundo real entre la efectividad del IAPT (ahora Terapias Conversacionales del NHS) y propuestas similares implementadas en España u otros países. No obstante, el punto de partida debe ser la hipótesis nula; es decir, que no existen diferencias significativas. La carga de la prueba recae en aquellos que afirmen que existe una diferencia importante. Si el valor añadido de las Terapias Conversacionales del NHS se presentara ante un tribunal de psicólogos, no superaría el listón probatorio de ser cierto 'más allá de toda duda razonable', y es dudoso que superara el umbral inferior de ser cierto 'en el balance de probabilidades'.

Es posible que este tribunal se muestre confuso o suspicaz frente a un cambio terminológico. Originalmente, el programa del Reino Unido se centraba en la provisión de 'terapia psicológica', pero en su nueva encarnación se promulgan 'terapias conversacionales'. Las terapias psicológicas se basan en una matriz de conocimientos únicos sobre "¿Qué funciona para quién?", pero ¿cuál es la supuesta base de conocimientos de las 'terapias verbales'? Un término bastante definido, 'terapia psicológica' (con protocolos de tratamiento específicos para cada trastorno, que implican objetivos de tratamiento e intervenciones acordes) ha sido reemplazado por el de 'terapias verbales', de significado más 'difuso'. El juez podría preguntarse si su conversación con un colega en la cafetería el día

anterior constituyó una 'terapia verbal'. Incluso podría reflexionar si hay una agenda oculta para confundir las cosas.

Mito 2: Tasa de recuperación del 50%

Desde el mismo mes en que IAPT cambió de nombre, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (NAOUK) ha reiterado un mantra asociado al programa: una tasa de recuperación del 50% para aquellos que asisten a dos o más sesiones de tratamiento. Al mismo tiempo, se reconoció, sin mayor comentario, que solo el 50% de quienes iniciaban el 'tratamiento' lo completaron. El mensaje final del informe de la NAOUK a políticos y público general subrayaba que el servicio valía la pena en términos de dinero. La NAOUK recomendó a otros servicios de salud mental el método de autoevaluación del programa. Al hacerlo, se pronunció fuera de su ámbito de competencia.

Terapias Conversacionales del NHS ha seleccionado una métrica de recuperación que se sirve a sí misma. Esto implica la realización de dos pruebas psicométricas en cada sesión de tratamiento, el PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) y el GAD-7 (Spitzer et al., 2006), definiendo la recuperación como una disminución por debajo del punto de corte clínico en ambas medidas (menos de 10 en el PHQ-9 y menos de 8 en el GAD-7).

Existe un abismo entre la métrica de recuperación de Terapias Conversacionales del NHS y lo que un ciudadano entendería como recuperación. Para este último, significaría volver a ser como era antes o casi como era antes. Bruce et al., (2005) utilizaron una métrica similar para trazar la historia natural de los trastornos de ansiedad. La evaluación de la recuperación implicó una evaluación ciega mediante una entrevista diagnóstica estandarizada. No se han realizado evaluaciones independientes de los clientes de Terapias Conversacionales del NHS. La aproximación más cercana fue mi propio estudio (Scott, 2018), realizado como perito experto ante un tribunal en el que 90 clientes que pasaron por IAPT litigaron por lesiones personales. Independientemente de que fueran tratados antes o después de la lesión personal,

solo la punta del iceberg se recuperó según el SCID (First et al., 2016).

Entonces, ¿qué están midiendo realmente las pruebas administradas por los clínicos de IAPT? El PHQ-9 fue diseñado para medir la gravedad de la depresión en una población deprimida, según una entrevista diagnóstica de 'estándar de oro' como el SCID (First et al., 2016). De manera similar, el GAD-7 fue diseñado para medir la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en una población con este diagnóstico, según una entrevista diagnóstica estandarizada. En Terapias Conversacionales del NHS, estas medidas se han utilizado sin ningún contexto diagnóstico. El renombrado programa pretende centrarse en la "Ansiedad y Depresión", pero no se han dado los pasos necesarios para asegurar que esto sea realmente así. Por lo tanto, no hay certeza sobre lo que están midiendo estas pruebas cuando se utilizan de forma aislada.

Mito 3: Cambios duraderos en el mundo real

Terapias Conversacionales del NHS para la Ansiedad y la Depresión ofrece instantáneas de los clientes en cada sesión de terapia, utilizando dos pruebas psicométricas (PHQ-9 y GAD-7). Pero estas 'fotos' no indican si el cliente se consideraría de vuelta a la 'normalidad' (o a su mejor nivel) durante un período significativo. A pesar de esto, Terapias Conversacionales del NHS afirma una tasa de recuperación del 50%!. El encuadre temporal de ambas pruebas son las últimas dos semanas, aunque la remisión, tanto en estudios epidemiológicos (Bruce et al., 2005) como en la última edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2023) se define como la ausencia de signos o síntomas significativos durante 2 meses. Terapias Conversacionales del NHS nunca ha utilizado la ventana real de 2 meses como el período mínimo necesario para declarar la recuperación de un episodio de ansiedad o depresión. Incluso este período sería insuficiente para declarar una recuperación duradera. Los cambios representados por los resultados en estas dos pruebas psicométricas son una base

dudosa para inferir un efecto del tratamiento resultado de las intervenciones del programa.

El programa se defiende afirmando su fidelidad a las guías del NICE, pero esto no es más plausible que un gobierno justificando sus acciones en la 'voluntad de Dios'. Para saber lo que el programa realmente cree, es necesario observar sus acciones y no dejarse persuadir por la retórica poderosa de personajes carismáticos. Una inspección más cercana del funcionamiento de Terapias Conversacionales del NHS revela el caos.

Por ejemplo, un documento del Gobierno del Reino Unido afirma: "Las personas con trastornos hipocondríacos (76,9%) y ansiedad generalizada (71,4%) fueron las más propensas a experimentar mejoras en su condición después de completar un curso de IAPT" (House of Commons Library, 2023, p.24). Pero estas extraordinarias afirmaciones se basan en un uso negligente de los marcos temporales por parte de Terapias Conversacionales del NHS. Para el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad, se requiere que los síntomas hayan estado presentes durante al menos 6 meses. Esto significa que la evaluación de la recuperación debe asumir un periodo similar. Pero Terapias Conversacionales del NHS y su predecesor IAPT nunca han evaluado a los clientes durante ese período. Lo que ha hecho el programa es tomar una instantánea de tales clientes en su último contacto, que refleja su funcionamiento en las últimas dos semanas. Esto no dice nada acerca de la trayectoria del trastorno de ansiedad por enfermedad (trastornos hipocondríacos). Los criterios diagnósticos del DSM para el TAG hacen referencia a preocupaciones incontrolables sobre una amplia gama de asuntos, más días presentes que ausentes, durante un período de al menos 6 meses. Por el contrario, el GAD-7, utilizado por el programa, simplemente se refiere al funcionamiento en las últimas 2 semanas; esto revela una 'fotografía' engañosa en lugar del 'video de 6 meses' dictado por el DSM. Según el programa, las tasas de recuperación más elevadas se dan en los trastornos que no ha evaluado de forma fiable de forma más flagrante. Los criterios del DSM-5-TR (APA, 2023) para el trastorno de ansiedad social

también establecen que: "el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, y duran aproximadamente 6 meses o más" (p. 236) para definir la presencia o ausencia del trastorno. El programa no ha registrado las fluctuaciones de los síntomas de ansiedad social durante un intervalo de tiempo en el mundo real, lo que hace que las afirmaciones de recuperación carezcan de sentido.

Las medidas rutinarias de Terapias Conversacionales del NHS evalúan, en el mejor de los casos, los niveles de depresión y TAG. Pero su rango de aplicación es muy limitado, ya que no miden la mayoría de los trastornos mentales comunes, incluyendo la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de adaptación y el trastorno de estrés postraumático. Hablar de recuperación en estos trastornos no tiene sentido.

Hay explicaciones acerca de los cambios en los resultados de las pruebas psicométricas a lo largo del tiempo más plausibles que el efecto del tratamiento. Es bien sabido que las personas buscan ayuda cuando están en su peor momento, tras la primera atención las cosas mejoran, y es probable que se produzca una regresión a la media. Pero el cambio observado en una prueba psicométrica no necesariamente significa que el tratamiento funcione como ingrediente activo en el propio cambio. Determinar la presencia de un tratamiento activo, implicaría comparar los resultados con un grupo de control. Terapias Conversacionales del NHS nunca ha participado en comparaciones significativas. La falta de fiabilidad de los datos psicométricos del programa se ve agravada por el hecho de que las pruebas se completan con el conocimiento del clínico que aplica el tratamiento. Esto introduce características propias de la demanda en la ecuación, como el deseo de no parecer desagradecido ante el clínico. Además, existe el sesgo de autoconservación del cliente, que se resiste a creer que ha desperdiciado su tiempo en terapia al comparar sus puntuaciones actuales con las anteriores recordadas. En resumen, Terapias Conversacionales del NHS realiza un seguimiento simulado.

Mito 4: Apropiado para todos

En el renombrado IAPT, Terapias Conversacionales del NHS ha explicitado más su enfoque, agregando el descriptor "para la Ansiedad y la Depresión". A simple vista, esto parece representar una limitación del alcance del programa, pero es más preciso decir que Terapias Conversacionales del NHS se plantea 'sin fronteras'. Ha ampliado su ámbito a personas con afecciones físicas a largo plazo, como la fibromialgia. Por ejemplo, su personal junior, los técnicos de bienestar psicológico (TBP), se han unido a fisioterapeutas en la administración de grupos psicoeducativos para estas afecciones.

Los clínicos de Terapias Conversacionales del NHS son invitados a aplicar un código diagnóstico a los clientes, aunque el programa también afirma que no realizan un diagnóstico formal. No sorprende que utilice una colección heterogénea de etiquetas diagnósticas con notables ausencias, como los trastornos de adaptación. En la práctica, Terapias Conversacionales del NHS acoge a cualquier persona en apuros, bajo la pretensión de arrogarse la competencia de ofrecer tratamientos aprobados por la NICE para el espectro de trastornos que se presenten. No se hacen concesiones a la desestabilización natural de las personas tras un evento vital negativo relevante. 'Esperar y observar' no es parte del vocabulario del programa, la terapia conversacional es aparentemente siempre la respuesta, sin importar las cuestiones que plantee la dificultad del cliente. En consecuencia, una persona que vive en pobreza extrema, circunstancia vinculada a la experiencia subjetiva de depresión, especialmente si es una madre soltera que cuida de niños pequeños, podría ser candidata al programa. Terapias Conversacionales del NHS tiene delirios de grandeza y refleja un imperialismo psicológico, comprometido con su expansión.

Pero los criterios de Tolin et al. (2015) para un tratamiento con apoyo empírico (TAE), adoptados por la Asociación Americana de Psicología, proporcionan un control de calidad en las prestaciones psicológicas y farmacológicas. Tolin et al. (2015) utilizan el mnemónico PICOTS para filtrar los 'prestaciones fraudulentas'. La "P"

significa población y requiere una especificación precisa de las personas que reciben la intervención (la "I"). Existe un reconocimiento implícito de que un TAE no puede ser para 'todos los públicos', cualquier TAE solo es pertinente para una población específica. La imprecisión de Terapias Conversacionales del NHS sobre a quiénes está tratando asume que las afirmaciones sobre la potencia del programa carecen de credibilidad.

Mito 5: Ofrece terapia psicológica basada en la evidencia

Terapias Conversacionales del NHS reivindica cumplir con las pautas NICE. Pero no ha habido comprobaciones de la fidelidad de implementación en las intervenciones del programa, que simplemente alega que sus clientes han recibido un TAE. Aplicando el marco PICOTS, esto significa que la "I" (intervención) es vaga, sin evidencia de que un terapeuta en particular haya utilizado un protocolo específico al ofrecer un tratamiento psicoterapéutico a un cliente. Los médicos de atención primaria (MAPs) típicamente reciben desde el programa las puntuaciones de entrada y salida de sus pacientes en el PHQ-9 y el GAD-7 junto a comentarios sobre si las puntuaciones indican recuperación. El tratamiento es una 'caja negra'. No hay una indicación fiable sobre qué tratamiento se ha dado a quién. En resumen, el cumplimiento se alega en lugar de ser demostrado.

En los ensayos controlados aleatorios (ECA), hay controles de fidelidad de implementación para asegurar que el tratamiento programado se ha llevado a cabo realmente. Se toman grabaciones de las sesiones de tratamiento y se realizan controles de integridad para asegurar que se hayan centrado en los objetivos adecuados y en las estrategias de tratamiento coincidentes. No se han realizado tales comprobaciones de fidelidad en Terapias Conversacionales del NHS. La afirmación del programa de actuar conforme a las guías NICE carece de fundamento.

No es suficiente que los terapeutas afirmen que creen que están haciendo un buen trabajo. Si bien esta creencia hace que la continuidad de su

rol sea viable, la historia está repleta de personas comunes que, al parecer, creían genuinamente que estaban haciendo el bien y lo que se les pedía por sus superiores. Los Juicios de Nuremberg desafiaron la validez de una noción puramente subjetiva de hacer el bien. Lo que está notablemente ausente en lo que respecta a Terapias Conversacionales del NHS (y su predecesor IAPT) es la falta de debate público. Por ejemplo, la revisión del Foro de Psicología Clínica de la BPS, el *Psychologist* y el *CBT Today* de la BABCP carecen de debate sobre la credibilidad de Terapias Conversacionales del NHS. Esto sugiere que están en juego fuerzas poderosas, con intereses creados para limitar la discusión.

Pero al igual que en los regímenes totalitarios, hay filtraciones de información sobre lo que realmente está sucediendo. Drew et al. (2021) señalaron que a IAPT se le ha acusado de ser "...guionizado', 'de marcar casillas', 'robótico', y de tener características de un 'call center', 'línea de producción', 'un proceso dirigido', 'un servicio de talla única', dispensado según una fórmula" (p. 2). Estos autores investigaron las interacciones entre los TBP y clientes durante el tratamiento telefónico. La asistencia en el paso 2 se ofrece por TBP formados durante un año, según un plan de estudios estandarizado acreditado por la BPS. Las principales conclusiones de Drew et al. (2021) fueron que rara vez se hacían preguntas abiertas a los pacientes al comienzo de la interacción sobre por qué habían acudido a un servicio de salud mental para recibir apoyo. Los TBP priorizaban los cuestionarios rutinarios de resultados y otros bancos de preguntas predefinidas. Se demostró un enfoque rutinario y falta de flexibilidad en la prestación del tratamiento. En un sentido similar, Faija et al. (2022) señalaron que las pruebas psicométricas siempre se administraban al comienzo de una sesión de tratamiento y que eran percibidas por los TBP como una molestia, y que los resultados no influían en las sesiones en absoluto. Estos autores abogaron por un estilo más conversacional, pero también señalaron que esto ejercería una presión de tiempo adicional sobre los TBP.

Mito 6: Las intervenciones de baja intensidad son efectivas

Ningún ensayo sobre intervenciones psicológicas de baja intensidad ha incluido la comparación respecto a un grupo control, por lo que las afirmaciones de que son TAEs carecen de credibilidad. No cumplen con el requisito 'C' de PICOTS.

Los TBP brindan la dosis más baja de intervención psicológica (terapia cognitivo conductual [TCC] de baja intensidad), con menos de 6 horas de contacto por cliente (Shafran, 2021). Esto la hace más económica que la TCC de alta intensidad. Pero existe poca evidencia de que las atenciones de los TBP marquen una diferencia que el cliente pueda reconocer. No existen ECAs de calidad moderada o alta que atestigüen la eficacia de la TCC de baja intensidad. Los investigadores sobre la eficacia de las intervenciones de baja intensidad han ignorado todas las recomendaciones metodológicas para los ensayos de intervenciones psicológicas presentadas por Guidi et al. (2018) hace 5 años. En particular, que: "la evaluación debe realizarse a ciegas antes y después del tratamiento y en el seguimiento a largo plazo" y que "se recomienda una combinación de medidas evaluadas por observadores y autoevaluadas". (pp. 1-2). Estos autores señalan, además: "Una respuesta clínica después del tratamiento no es sinónimo de un efecto atribuible a la psicoterapia. Esto solo se puede estimar con precisión en referencia a un grupo de control adecuado. Los ECAs juegan el papel más importante en esto" (p. 2). Los estudios basados en IAPT no abordan adecuadamente la 'O' (resultado) de PICOTS al depender completamente de medidas de autoinforme. Sin embargo, se siguen publicando documentos y se predica en revistas prestigiosas sin rastro de rigor metodológico, por ejemplo, Owen et al (2023).

Los TBP no son psicoterapeutas, por lo tanto, la mayoría de los clientes de Terapias Conversacionales del NHS no reciben terapia psicológica. Con el rebranding de IAPT, se nos invita a considerar que los clientes del programa reciben terapia conversacional, pero no está claro en qué sentido se diferencia de las

conversaciones que podrían ocurrir entre personal y clientes en una oficina de asesoramiento a los ciudadanos. No hay evidencia de que las terapias de conversación de baja intensidad confieran alguna ventaja.

La TCC de baja intensidad está destinada a ser el primer paso para aquellos que padecen depresión y trastornos de ansiedad, los clientes diagnosticados de trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo pasan directamente a intervenciones de alta intensidad. La mayoría de los clientes reciben primero TCC de baja intensidad, y si no responden, se les inscribe en una lista de espera para la CBT de alta intensidad. En la práctica, relativamente pocos, alrededor del 10%, son derivados a un tratamiento de alta intensidad, con amplias variaciones regionales.

Mito 7: La monitorización de resultados es el corazón de Terapias Conversacionales del NHS

IAPT (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2021) presume de haber completado el 98% de seguimiento continuo del funcionamiento de sus clientes. El manual de IAPT destaca cómo el uso de medidas de resultados sesión a sesión tiene como objetivo beneficiar a programa, profesionales y pacientes (NCCMH, 2021). Sin embargo, el estudio de Faijia et al., (2022) sugiere que la administración de pruebas psicométricas, en la práctica, es un ritual realizado al comienzo de la sesión de terapia, sin relación con el contenido de la misma. Estos autores citan a Rushton et al. (2019): “la cumplimentación de medidas de resultados sesión a sesión consumía un valioso tiempo clínico y presentaba un riesgo de potencial discapacidad social, lo que influía en que los pacientes informaran mejoras debido a la naturaleza inmediata de ser cuestionados acerca de sus síntomas por teléfono” (p. 822). Esto pone en tela de juicio toda la estructura de Terapias Conversacionales del NHS, que utiliza pruebas psicométricas de manera aislada para demostrar la recuperación.

Los resultados de las pruebas también se utilizan para monitorizar el rendimiento; un terapeuta rutinariamente incapaz de demostrar

una tasa de recuperación del 50% está sujeto a sanciones, un poderoso incentivo, consciente o no, para manipular los resultados de las pruebas en la conversación con el cliente. La última prueba psicométrica realizada es como una señal que se mece al viento, que no apunta a ningún lugar, y mucho menos es un vector que señale la necesidad de una intervención de alta intensidad.

Terapias Conversacionales del NHS proclama una tasa de recuperación del 50% (NCCMH, 2023) en un conjunto heterogéneo de trastornos. Depresión y TAG son solo dos de las muchas afecciones que se presentan al servicio. Una evaluación de la clientela de Heggul et al. (2016) utilizando una entrevista diagnóstica que abarca 16 trastornos, encontró que poco más de un tercio, el 37%, caía en la categoría de depresión o TAG. Por lo tanto, el programa ha pontificado sobre los resultados de dos tercios de su población para los cuales no ha utilizado medidas adecuadas. Las cosas son aún peores en el sentido de que la fobia específica, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de ansiedad por enfermedad no fueron evaluados por Heggul et al. (2016), haciendo que el espectro de trastornos sea incluso más amplio. Terapias Conversacionales del NHS está afirmando más de lo que podría posiblemente saber, en una estrategia de marketing descarada.

El seguimiento es crucial en todas las profesiones, como pilotar un avión o trabajar en un quirófano. Los encargados de realizarlo deben sentirse libres para desafiar a aquellos con más poder, como el cirujano o el piloto de vuelo, cuando algo parece estar mal. Hay un ‘gradiente de autoridad’ en todas las instituciones. Pero en Terapias Conversacionales del NHS no hay forma de escalar el gradiente de autoridad, los supervisores actúan a instancias de su empleador. Faijia et al. (2022) concluyen: “los hallazgos indican una falta de consistencia en la administración de las medidas de resultado dentro y entre los profesionales, lo que plantea dudas sobre la validez, fiabilidad y significado de los datos recopilados durante las sesiones de tratamiento por teléfono” (pp.832-833). En realidad, el programa realiza un seguimiento ficticio.

Mito 8: La formulación es suficiente, no se necesita un diagnóstico

Una formulación es un modelo de trabajo personalizado que explica cómo la persona llegó a angustiarse en el momento actual. En algunos casos, la formulación es muy simple, por ejemplo, la angustia por la muerte repentina e inesperada de un ser querido. Pero incluso en su nivel más simple, la formulación no habla por sí sola. Clínicamente, la angustia por la pérdida reciente y repentina de un ser querido se verá de manera muy diferente en comparación a un nivel de angustia similar sostenida años más tarde. El deterioro a largo plazo del funcionamiento social y ocupacional puede considerarse un objetivo terapéutico adecuado en contraste con la desestabilización temporal del funcionamiento. No obstante, la conclusión de que existe un deterioro a largo plazo se basa en el juicio de que se ha superado algún umbral acordado para el deterioro. Siguiendo con este ejemplo, un malestar limitado a fechas señaladas, como aniversarios, cumpleaños o navidad, es poco probable que se considere clínicamente relevante, ya que cae por debajo del umbral. La alteración del funcionamiento psicosocial es parte integral de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR para ayudar a prevenir la patologización del funcionamiento normal. El DSM-5-TR también incluye criterios operativos para distinguir unos trastornos de otros. La formulación descontextualizada de los trastornos y umbrales consensuados hace que la comunicación entre los profesionales sea casi imposible. Es necesario cantar desde la 'misma partitura', aunque en ocasiones la propia 'partitura' necesite modificaciones, lo que se refleja para bien y para mal en la evolución de los criterios DSM a lo largo de los años. La formulación por sí sola es insuficiente; lo que se necesita es una 'formulación de casos'. No se ha demostrado el valor predictivo de la 'formulación', pero las 'formulaciones de casos' son inherentes a los ECAs para la depresión y los trastornos de ansiedad y constituyen la base de las recomendaciones del NICE.

En Terapias Conversacionales del NHS, 'la formulación' es la regla y no la 'formulación de casos'. Aunque los clínicos del programa asignen

un código de diagnóstico, el manual de IAPT (NCCMH, 2023) asegura que no realizan un diagnóstico. Esta ambigüedad podría hacer sentir desconcierto, '¿qué está pasando aquí?' Además, cabe preguntarse si se trata de un intento de evitar tener que rendir cuentas (*accountability*) y de enturbiar el debate sobre la 'recuperación'. La 'carta de libertad' para Terapias Conversacionales del NHS parte de que todos los clientes son individuos y el tratamiento debe adaptarse a sus necesidades, lo que desdibuja los límites respecto a lo que los terapeutas deben o no deben hacer. Si bien el terapeuta pueda valorar y proteger esta autonomía, sigue siendo un ejercicio de juicio clínico desenfrenado. Vivimos en una era de medicina cada vez más personalizada, pero los juicios clínicos fuera de control son inaceptables en los tribunales de justicia o en las discusiones de casos entre profesionales sanitarios. La carga de la prueba recae sobre aquellos que defienden el uso de la formulación.

Mito 9: Tener a los profesionales menos cualificados en primera línea funciona

Aquí se recoge el ejemplo de una carta del programa a un MAP después de remitir a un paciente con estrés relacionado con el trabajo:

"Gracias por referir a X, quien presentaba un estado de ánimo bajo/ansiedad, como lo demuestran las puntuaciones de 15 y 16 respectivamente en las escalas PHQ-9 y GAD-7. Estoy dispuesto a comenzar a trabajar en su estado de ánimo utilizando la autoayuda guiada para abordar sus dificultades, apoyándole en esto un máximo de 8 sesiones... le mantendré informado sobre el progreso" TBP en prácticas.

Esta carta revela escasa o nula comprensión de las fortalezas y limitaciones de las pruebas psicométricas utilizadas de manera aislada. Ninguna de ellas fue diseñada para medir "estado de ánimo bajo" o ansiedad (el GAD-7 es una medida de la gravedad del TAG). No se indica a qué población clínica, si es que la hubiera, refiere este caso. Los tratamientos psicológicos basados en evidencia suelen basarse en el diagnóstico, sin el cual no puede haber una indicación hacia un tratamiento adecuado. La autoayuda guiada

aparentemente se elige al azar en función de la conveniencia organizativa, ya que: a) está dentro de la experiencia del profesional, b) es menos costosa que las sesiones presenciales y c) y hay un límite preestablecido en el número de sesiones. La necesidad organizativa prevalece claramente sobre las necesidades del paciente. El progreso se registra administrando las mismas pruebas en cada sesión, pero la repetición no las hace más válidas. De hecho, esta persona estaba angustiada porque no la habían ascendido en el trabajo, las pruebas citadas son de dudosa relevancia para las preocupaciones del paciente. El profesional no tenía la formación necesaria para considerar que las dificultades de adaptación o el trastorno de adaptación podrían ser pertinentes y que 'esperar y observar' quizás fuera el mejor punto de partida. Desde el principio el profesional ha patologizado la respuesta del cliente y, paradójicamente, es probable que proporcione un tratamiento innecesario. El MAP sería mucho menos tolerante ante la falta de diagnóstico y pronóstico para un paciente remitido por cáncer.

Casi 3 de cada 4 (72%) clientes que acuden a Terapias Conversacionales del NHS se aquejan de dos o más trastornos (Hepgul et al., 2016). Los profesionales de primera línea no están entrenados para identificar de manera fiable estos trastornos, ni están capacitados en el tratamiento de la comorbilidad. El programa opera como si creyera que todo lo que se necesita es enfocarse en la queja principal percibida por el cliente. Pero no hay evidencia empírica que respalde este principio general. La insuficiencia del tratamiento de primera línea se vuelve aún más evidente cuando se considera que en el estudio de Hepgul et al (2016), donde en el 16% de los usuarios se identificó un trastorno límite de la personalidad y el 69% fueron considerados en alto riesgo de trastorno de la personalidad. Pero ningún personal de Terapias Conversacionales del NHS está entrenado en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En resumen, el programa no se ajusta a su función.

Mito 10: Terapia de conversación es lo mismo que terapia psicológica

En el cambio de marca de IAPT, las 'terapias de conversación' han sustituido al foco en la 'terapia psicológica'. Este último término históricamente se ha aplicado a tratamientos psicológicos que han sido examinados en ECAs. Pero no existen ensayos controlados aleatorios de 'terapia de conversación', no se basan en evidencia. El término puede ser interpretado de la manera que el usuario desee. ¿Es la conversación de una persona con su peluquero/barbero una 'terapia de conversación'? ¿Fue mi reunión, hace una hora, con un antiguo amigo de la escuela en una cafetería una 'terapia de conversación'? Terapias Conversacionales del NHS, parece dedicarse a ensombrecer lo que hace, evitando así tener que rendir cuentas.

La sabiduría popular sugiere que es bueno hablar. Esto podría ayudar a prevenir la alarmante tasa de suicidio en hombres jóvenes y facilitará la recuperación después de un trauma. Terapias Conversacionales del NHS ha buscado capitalizar este zeitgeist (espíritu de los tiempos). Sin embargo, el mecanismo por el cual "hablar" establece una diferencia en el mundo real es probablemente mucho más complicado de lo que se asume. Por ejemplo, si al hablar con un joven con tentativa suicida se reduce su sensación de desesperanza, esto podría reducir efectivamente la probabilidad de que actúe conforme a sus ideas suicidas. Pero si la otra persona simplemente refleja lo terrible que encuentra su situación, es poco probable que disminuya el riesgo. De manera similar, el relato repetido de los detalles de un trauma puede evocar desesperación. Las comunicaciones entre el programa y los MAPs no proporcionan evidencias de cumplimiento que resistieran ante un tribunal. Terapias Conversacionales del NHS es literalmente 'todo hablar'.

Mito 11: Está bien que Terapias Conversacionales del NHS se valide por principio de autoridad

Hace mucho tiempo que superamos el lema "confíe en mí, soy médico", para que ahora sea reemplazado por "confíe en mí, soy un profesional de Terapias Conversacionales del NHS". La responsabilidad y accountability han de ir de la mano. No es suficiente que los profesionales, o el propio programa, afirmen que están haciendo un buen trabajo. Con demasiada facilidad pueden desplazar el enfoque a asuntos operativos, como el número de personas atendidas, los tiempos de espera, etc. Si bien estos índices son importantes, el indicador clave de rendimiento es si una persona se recupera y la duración de esa recuperación. La "T" de PICOTS se refiere a la duración de la recuperación, para que el cambio sea creíble, debe ser duradero. Además, esto solo puede ser determinado por una evaluación independiente. Terapias Conversacionales del NHS no muestra interés por la permanencia de la recuperación. La última letra de PICOTS, la "S", se refiere al contexto, parece que el programa no está interesado por el contexto en el que se da de alta a un cliente y su funcionamiento continuado allí; en cambio, sí está preocupado por su propio contexto, donde se requiere a los terapeutas pasar por el aro con fines propagandísticos. El personal de Terapias Conversacionales del NHS tiene un gran interés en difundir la recuperación. Han salido impunes tras convertirse en una 'casta sacerdotal' a los ojos del público y políticos. Pero hay una atracción gravitacional hacia los profesionales que se dedican a la palabrería en lugar de al servicio, por esta razón tiene que haber controles de calidad incorporados respecto a su funcionamiento, ya que no cabe esperar que se autocontrolen.

Para algunos, la mera mención al diagnóstico es anatema, una medicalización innecesaria de los problemas psicológicos. Pero es imposible ver cómo se podrían rendir cuentas en un tribunal de justicia sin recurrir al diagnóstico. No es necesario creer que los trastornos psicológicos estén determinados biológicamente para defender la utilidad del diagnóstico. Sin duda, todos los trastornos psicológicos tienen

correlatos biológicos, pero eso no significa que la biología esté desempeñando un papel fundamental en el origen del trastorno. El diagnóstico podría ser la forma menos mala de resaltar opciones de tratamiento.

Mito 12: Es mejor que lo que existía antes y mejor que el apoyo -Merece la pena

Para muchos, incluyendo a la BABCP y BPS, la creación de IAPT se considera como el 'año cero'. Es necesario reflexionar sobre tal entusiasmo revolucionario. Al igual que en los últimos años los historiadores han cuestionado la narrativa de que nuestros antepasados que vivían en cuevas eran 'primitivos', hay una necesidad de reexaminar los servicios psicológicos pre-2008, el nacimiento de Terapias Conversacionales del NHS.

Desde principios de siglo XXI, la evaluación rutinaria de la efectividad de los servicios psicológicos, ya sea en el Reino Unido o Australia, se ha llevado a cabo únicamente a través de pruebas psicométricas completadas por clientes expuestos a la influencia de los clínicos. Esta situación no es diferente de la que existía antes del fin del milenio. La calidad metodológica de los estudios no ha mejorado. Los resultados de las pruebas psicométricas posteriores al milenio no son más creíbles que los anteriores. Si bien se pueden haber empleado diferentes pruebas, como la CORE en lugar de la PHQ-9 y la GAD-7, no hay evidencia de ninguna diferencia clínicamente significativa en el tamaño del efecto intrasujeto.

Antes de IAPT se había demostrado que el counselling en atención primaria era superior al tratamiento habitual a corto plazo, pero no a largo plazo (Bower y Roland, 2006). Los niveles de satisfacción con el counselling eran altos. Así, a diferencia de IAPT, existía la preocupación de tener un grupo de comparación. No hay un valor añadido claro en la provisión actual en comparación con la que existía antes.

Dentro de IAPT no se han encontrado diferencias entre la efectividad de la TCC de alta intensidad y el counselling de alta intensidad (Barkham y Saxon, 2018). Además, no se

destacaron diferencias clínicas en función de que tales tratamientos fueran precedidos por TCC de baja intensidad o no. No hay nada que sugiera que el counselling sea más potente que el que se ofrecía en la era anterior a IAPT. Dada la equivalencia de la TCC y el counselling en el estudio, es poco probable que los servicios actuales superen a los servicios pre-IAPT. El estudio de Barkham y Saxon (2018) también genera dudas sobre si la TCC de baja intensidad, en cualquiera de sus modalidades, hace que el tratamiento de alta intensidad sea más viable. Se generan dudas sobre la validez del modelo de atención escalonada y sobre si Terapias Conversacionales del NHS es una buena inversión.

Evitar a los charlatanes

Terapias Conversacionales del NHS (NCCMH, 2023) afirman que sus servicios están guiados por las directrices NICE, aunque la evidencia de ello brille por su ausencia. Embarcarse en la búsqueda del cumplimiento de las directrices es como buscar el santo grial. Las intervenciones del programa, por lo tanto, son erróneas. El sello distintivo del cumplimiento es (Tolin et al. 2015):

- 1) Tratamiento de un trastorno identificado.
- 2) Correspondencia entre objetivos específicos del trastorno y estrategias de tratamiento.
- 3) Utilización de un protocolo basado en la evidencia, en el sentido de que ha sido evaluado en un ECA frente a una condición de control.
- 4) El protocolo ha sido evaluado en evaluaciones ciegas e independientes.

Ninguna de las intervenciones de baja intensidad del programa cumple con los criterios anteriores. Es posible que en ocasiones se ofrezca un tratamiento de alta intensidad basado en la evidencia en las Terapias Conversacionales del NHS, donde, al menos en principio, hay espacio para proporcionar dosis terapéuticas de tratamiento. Pero la cuestión es similar a la búsqueda de la presencia de agua en otros planetas. Del mismo modo que hay que desconfiar de las afirmaciones sobre vida

extraterrestre, también hay que hacerlo con la sugerencia de que Terapias Conversacionales del NHS es el mejor modelo para que otros países lo adopten en la prestación de los servicios de terapia psicológica.

La Asociación Americana de Psicología ha adoptado los criterios de Tolin et al., (2015) para determinar si un tratamiento está respaldado empíricamente. Sin utilizar criterios similares, es probable que los países caigan presa de intervenciones farmacológicas o psicológicas bien comercializadas. Sin tales controles, los proveedores de servicios tienen licencia para imprimir dinero y las necesidades del individuo se quedan en segundo plano. Poco después del inicio de IAPT, sugerí una forma más sencilla de avanzar en Scott (2009).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed. revisada). Editorial Médica Panamericana.
- Barkham, M., & Saxon, D. (2018). The effectiveness of high-intensity CBT and counselling alone and following low-intensity CBT: a reanalysis of the 2nd UK National Audit of Psychological Therapies data. *BMC psychiatry*, 18(1), 321.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1899-0>
- Bower, P., & Rowland, N. (2006). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD001025.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001025.pub2>
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry*, 162(6), 1179–1187.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179>
- Carey B (2017, 24 de julio) England's mental health experiment: No-cost talk therapy. *The New York Times*. Available at:
<https://www.nytimes.com/2017/07/24/health/england-mental-health-treatment-therapy.html>.
- Drew, P., Irvine, A., Barkham, M., Faija, C., Gellatly, J., Arden, K., Armitage, J. C., Brooks, H., Rushton, K.,

- Welsh, C., Bower, P., & Bee, P. (2021). Telephone delivery of psychological interventions: Balancing protocol with patient-centred care. *Social science & medicine* (1982), 277, 113818. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113818>
- Faija, C. L., Bee, P., Lovell, K., Lidbetter, N., Gellatly, J., Ardern, K., Rushton, K., Brooks, H., McMillan, D., Armitage, C. J., Woodhouse, R., & Barkham, M. (2022). Using routine outcome measures as clinical process tools: Maximising the therapeutic yield in the IAPT programme when working remotely. *Psychology and psychotherapy*, 95(3), 820–837. <https://doi.org/10.1111/papt.12400>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Guidi, J., Brakemeier, E. L., Bockting, C. L. H., Cosci, F., Cuijpers, P., Jarrett, R. B., Linden, M., Marks, I., Peretti, C. S., Rafanelli, C., Rief, W., Schneider, S., Schnyder, U., Sensky, T., Tomba, E., Vazquez, C., Vieta, E., Zipfel, S., Wright, J. H., & Fava, G. A. (2018). Methodological Recommendations for Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(5), 276–284. <https://doi.org/10.1159/000490574>
- Hepgul, N., King, S., Amarasinghe, M., Breen, G., Grant, N., Grey, N., Hotopf, M., Moran, P., Pariente, C. M., Tylee, A., Wingrove, J., Young, A. H., & Cleare, A. J. (2016). Clinical characteristics of patients assessed within an Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service: results from a naturalistic cohort study (Predicting Outcome Following Psychological Therapy; PROMPT). *BMC psychiatry*, 16, 52. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0736-6>
- House of Commons Library. (2023). *Mental health statistics: prevalence, services and funding in England*. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN06988/SN06988.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- McManus S, Bebbington P, Jenkins R, & Brugha T. (2016) *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2021). *Improving Access to Psychological Therapies Manual. Version 5*. <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2023). *Improving Access to Psychological Therapies Manual. Version 6*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-nhs-talking-therapies-manual-v6.pdf>
- Nature (2012) Editorial: Therapy deficit. *Nature* 489(7417): 473–474. <https://doi.org/10.1038/489473b>
- Owen, K., Laphan, A., Gee, B., & Lince, K. (2023). Evaluating cognitive analytic therapy within a primary care psychological therapy service. *The British journal of clinical psychology*, 62(3), 663–673. <https://doi.org/10.1111/bjc.12430>
- Rushton, K., Fraser, C., Gellatly, J., Brooks, H., Bower, P., Armitage, C. J., Faija, C., Welsh, C., & Bee, P. (2019). A case of misalignment: the perspectives of local and national decision-makers on the implementation of psychological treatment by telephone in the Improving Access to Psychological Therapies Service. *BMC health services research*, 19(1), 997. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4824-4>
- Scott, M.J. (2009). *Simply Effective Cognitive Behaviour Therapy: A Practitioner's Guide*. London: Routledge
- Scott M. J. (2018). Transforming Improving Access to Psychological Therapies. *Journal of health psychology*, 23(9), 1163–1172. <https://doi.org/10.1177/1359105318781873>
- Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317–338. <https://doi.org/10.1037/h0101729>