

MEJORANDO EL ACCESO A LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: UNA INICIATIVA NACIONAL PARA ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS DE ALTA CALIDAD BASADAS EN LA EVIDENCIA

Graham Turpin, David Richards, Roslyn Hope y Ruth Duffy
Programa IAPT

El acceso a las terapias psicológicas para las personas que presentan los problemas de salud mental comunes en el Reino Unido ha tendido a ser pobre y limitado por la calidad de los servicios locales. En especial, este es el caso de las personas que acuden al médico de familia en Atención Primaria, el cual históricamente ha tenido que hacer la inaceptable elección de hacer uso sólo de la medicación o bien de derivar el caso para una intervención psicológica; pero con la condición de largos plazos de espera que, con frecuencia, exceden a los 12 meses.

Los recientes progresos en el desarrollo de directrices clínicas basadas en datos, en el Reino Unido, ha significado que las terapias psicológicas han sido recomendadas por ser a la vez altamente efectivas, relativamente seguras y económicamente viables, para un amplio rango de problemas comunes de salud mental; especialmente ansiedad y depresión. Al mismo tiempo, ha sido ampliamente apreciado por los significativos costes para las personas y para la sociedad, en cuanto a las adversas circunstancias que tiene una pobre salud mental sobre el bienestar, la capacidad de trabajo y el impacto económico, tanto para el sistema de salud en general como especialmente para el erario público, en forma de prestaciones y pagos por incapacidad.

Este artículo describe el fundamento teórico subyacente y la puesta en práctica del programa nacional de inversión gubernamental, Mejorando el Acceso a Terapias Psicológicas (Improving Access to Psychological Therapies) en Inglaterra, para ofrecer la elección de terapias psicológicas basadas en datos, con buenos recursos, a aquellas personas que experimentan problemas de salud mental comunes en atención primaria, y generalmente para apoyar su recuperación y funcionamiento en el trabajo y en la sociedad.

Palabras clave: Terapia Psicológica. Ansiedad. Depresión. Atención Primaria. Acceso.

Access to psychological therapies for people presenting with common mental health problems within the United Kingdom has tended to be poor and limited by the quality of local services. This is especially the case for people presenting to their general practitioner within primary care who historically have been faced with the unacceptable choice of either only medication or referral to psychological interventions but with the proviso of long waiting times, frequently in excess of 12 months.

Recent progress around the development of evidence based clinical guidelines within the UK, has meant that psychological therapies have been recommended as both highly effective, relatively safe and economically viable for a wide range of common mental health problems, particularly anxiety and depression. At the same time the significant costs to individuals and Society in terms of the adverse consequences of poor mental health on well-being, capacity to work and the economic impacts on both the health system generally and more specifically the exchequer, in the form of incapacity benefits and payments, has become more widely appreciated.

This paper describes the rationale behind and the implementation of a national programme of government investment, Improving Access to Psychological Therapies, within England, to provide a choice of well-resourced, evidence based psychological therapies to those individuals in primary care who experience common mental health problems, and to support generally their recovery and functioning within employment and Society.

Keywords: Psychological therapy. Anxiety. Depression. Primary care. Access.

Correspondencia: Professor Graham Turpin, Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, S10 2TN
E-mail: g.turpin@shef.ac.uk

.....
El profesor Graham Turpin es director de psicología clínica en la Universidad de Sheffield, en el Departamento de Psicología. En la actualidad trabaja en CSIP como director asociado del National Workforce Programme (Improving Access to Psychological Therapies: IAPT); dirige el Professional Standards Unit of the Division of Clinical Psychology, British Psychological Society, y co-coordina el IAPT Workforce Group junto con Roslyn Hope.

David Richards, PhD, es profesor de investigación sobre los servicios de salud mental en la Universidad de Exeter, y dirige un equipo de investigación multicentro, que examina nuevos modelos para la prestación de tratamientos, incluyendo la asistencia escalonada, la autoayuda guiada y la asistencia colaborativa.

Roslyn Hope es directora del National Institute of Mental Health England National Workforce Programme y dirige el programa de trabajo New Ways of Working in Mental Health desde el 2003.

Ruth Duffys es especialista en salud mental del NHS (Sistema Nacional de Salud) de West Midlands, y en la actualidad, coordinadora, dentro del programa IAPT, de Care Services Integrated Partnership.

El objetivo de este trabajo es describir la fundamentación teórica, diseño e implementación del programa a nivel nacional "Mejorando el Acceso a Terapias Psicológicas" (*Improving Access to Psychological Therapies, IAPT*), coordinado por el Departamento de Sanidad en Inglaterra¹ e iniciado en octubre de 2007 con una inversión de más de 200 millones de euros en los próximos tres años, para ampliar el acceso a las terapias psicológicas en Atención Primaria (<http://www.iapt.nhs.uk>). La inversión global en servicios de salud mental no ha podido cubrir la demanda de servicios para ofrecer adecuadamente tratamientos efectivos (Andrews y Tolkein II Team, 2006). Este ha sido especialmente el caso de los tratamientos psicológicos de problemas de salud mental comunes como son la ansiedad y la depresión. A pesar de que el Instituto para la Eficacia Clínica (*National Institute of Clinical Effectiveness, NICE*) (<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&co=7281>) en Inglaterra recomienda, en sus directrices clínicas, estos tratamientos como generalmente seguros y efectivos, a muchas de las personas que han acudido a la consulta de su médico de cabecera en Atención Primaria les ha sido ofrecida únicamente la opción de medicación, o bien el tener que enfrentarse a una larga espera para acceder al tratamiento psicológico, debido a la escasez de terapeutas formados. El programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) busca remediar estas desigualdades y ofrecer acceso a todos los pacientes que estén padeciendo problemas de salud mental comunes.

CONTEXTO

El acceso equitativo y oportuno a las terapias psicológicas basadas en datos, tiene el potencial de mejorar radicalmente la vida de muchos ciudadanos británicos; aliviando la angustia que padecen individuos y sus familias, promoviendo el bienestar y la comprensión de la enfermedad mental, reduciendo el estigma, y apoyando a personas en su trabajo y alentándolas a que regresen a él. Aunque el counselling, la psicoterapia y los servicios psicológicos han estado disponibles a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*) en el Reino Unido desde hace por lo menos tres décadas, ha sido sólo recientemente que estos servicios han

suscitado el grado de atención que merecen por parte de los usuarios y de los comisionados. Existen muchas razones por las que el acceso a las terapias psicológicas se considera hoy día como un área prioritaria. Entre éstas se incluyen su efectividad demostrada a través de la publicación de las directrices del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), la decisión de los pacientes de demandar mayor accesibilidad a terapias psicológicas (Department of Health, 2006; Department of Health, 2004; Rankin, 2005; SCMH, 2006), y los beneficios socio-económicos del bienestar de los individuos y la riqueza nacional en la forma de su impacto en la discapacidad y asistencia social, tal y como ha sido argumentado recientemente por Lord Richard Layard (Layard et al, 2006; Layard, 2006). Recientemente, el Centro de Salud Mental de Sainsbury (*Sainsbury Centre for Mental Health, 2007*), ha subrayado que el coste de la salud mental en referencia a la productividad en el trabajo y su presentismo, excede los costes totales por discapacidad y prestaciones.

Es posible que merezca la pena preguntarse por qué los servicios de terapia psicológica no prosperaron en el pasado. Entre las razones posibles encontramos la falta de reconocimiento de la eficacia de los tratamientos psicológicos; la rivalidad inter-profesional y la ausencia de un liderazgo claro; pocos modelos distintos de organización y prestación de servicios; una miríada de titulaciones y de cuerpos de acreditación, la ausencia de una regulación legal dentro del Reino Unido; un mal acceso para los trabajadores del NHS (Servicio nacional de Salud) a la formación y entrenamiento en terapias psicológicas e información pobre de la plantilla de trabajo sobre la realización de psicoterapia. Muchos de estos asuntos son todavía relevantes en la actualidad, aunque el énfasis en asegurar el acceso equitativo a las terapias está resultando ser una fuerza efectiva en la eliminación de estos obstáculos a través del programa IAPT.

Los nuevos servicios del IAPT serán proporcionados por un amplio abanico de profesionales que incluye psicólogos, junto con plantilla no profesional especialmente en el sector terciario (esto es, organizaciones benéficas y voluntarias). Estarán localizadas a lo largo de una variedad de servicios de Atención Primaria y Secundaria; implemantarán al NHS y a trabajadores del sector terciario, y

¹ El programa IAPT es esencialmente un programa sólo para Inglaterra, ya que la responsabilidad para la atención sanitaria se basa en la legislación específica de cada una de las nacionalidades que forman el Reino Unido. Para tener una aproximación a los desarrollos en Escocia, los lectores podrían consultar el innovador programa STEPS (White, 2008).

es posible que no exista un único modelo de prestación de servicios que satisfaga los requisitos individuales de comunidades sanitarias locales o a los responsables del comisionado (es decir, de la planificación y adquisición) de tales servicios. Aunque los comisionados locales determinarán en último caso cómo se realizará la prestación de servicios in situ, el programa IAPT ha establecido especificaciones claras de servicio, articuladas a través del Plan Nacional de Implementación (*National Implementation Plan*) y del *Commissioning Toolkit* (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>); documentación proporcionada para guiar el diseño y la prestación de estos nuevos servicios, disponible a nivel nacional. Una característica distintiva de estos servicios será su compromiso de recoger, sesión a sesión, datos estandarizados de los resultados de todos los pacientes que sean atendidos dentro de este sistema.

Durante los próximos tres años, el programa IAPT pretende la formación de 3600 terapeutas más, para que sean competentes tanto en intervenciones de alta intensidad como de baja (ver la siguiente sección), tratar a 900.000 pacientes más y establecer más de 100 nuevos servicios en Atención Primaria. Hasta el momento, en el primer año del programa, alrededor de 30 nuevos cursos de formación han sido encomendados para la formación de la primera oleada de más de 600 terapeutas. Adicionalmente, 35 *Trusts* de Atención Primaria (organizaciones independientes del sistema nacional de salud) han sido seleccionadas para ser los primeros del IAPT en implementar los servicios, prestando terapias psicológicas mejoradas, en todas las 10 regiones sanitarias estratégicas de Inglaterra.

Habiendo proporcionado los antecedentes y una visión de conjunto de la implementación del programa IAPT, se muestra a continuación una breve revisión de los servicios de atención escalonados y colaborativos, que creemos que serán un principio organizativo fundamental en el desarrollo de los servicios IAPT. Revisaremos las evidencias cotejadas hasta la fecha y nos proponemos además examinar las implicaciones del programa IAPT en la plantilla existente, tanto en Atención Primaria como en los servicios más tradicionales de psicoterapia.

MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Además de los recursos en los que se invierte, uno de los determinantes más importantes del acceso a las terapias psicológicas es cómo se organizan estos recursos dentro de los modelos de prestación de servicios. Una caracte-

rística fundamental de los servicios IAPT es el 'modelo de asistencia escalonada', la cual es representada de varias maneras diferentes dentro de las recientes directrices del NICE, y que además constituye la base de la especificación de servicios (<http://www.iapt.nhs.uk>). La implementación del modelo con respecto a la prestación de servicios en la actualidad, está ilustrada en dos centros de demostración situados en Newham y Doncaster, y establecidos en los últimos tres años por el programa IAPT. Revisaremos brevemente el desarrollo del modelo de Doncaster, el cual fue diseñado siguiendo las evaluaciones procedentes de tres fuentes de evidencia – la efectividad clínica de variantes de alta y baja intensidad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la efectividad organizacional de la atención colaborativa, y las evidencias sobre la asistencia escalonada. Estas bases de evidencia fueron usadas para diseñar un modelo asistencial que reflejase explícitamente la filosofía de la Atención Primaria y de la Salud Pública. El tratamiento debía ser proporcionado de acuerdo a estos principios, y estaba explícitamente centrado en la prestación de asistencia sanitaria a un gran número de personas. El modelo de Doncaster debía ser capaz de acomodar un volumen de derivaciones esperadas de más de 5000 clientes al año.

La efectividad clínica de variantes de alta y baja intensidad de la TCC

Las revisiones más recientes de las terapias psicológicas llevadas a cabo por el NICE (National Institute for Clinical Excellence 2004a; 2004b) recomiendan la TCC tanto para la depresión como para la ansiedad. Si bien la TCC no es el único tratamiento psicológico recomendado, la destreza y materiales clínicos necesarios para su desarrollo son mucho más accesibles para los proveedores clínicos y educativos que aquellos que se necesitan para otras terapias alternativas (como la terapia interpersonal para la depresión). Una ventaja en la elección de la TCC en Doncaster es que se han desarrollado variantes que se pueden caracterizar tanto de baja como de alta intensidad. Esto permite que el mismo tratamiento, teóricamente coherente y empíricamente válido, sea suministrado en diferentes formatos y ambientes de acuerdo con las necesidades y respuestas del paciente. Aun así, hay que recalcar que los tratamientos de baja intensidad no son TCC rebajadas, e implican aspectos de trabajo (prestaciones de trabajo, indicación a otros servicios, prácticas sociales inclusivas) que no están tradicionalmente asociados a la TCC. Los tratamientos de

alta intensidad suelen implicar una considerable aportación por parte del terapeuta, asemejándose a los modelos tradicionales de terapia. En contraste, los tratamientos de baja intensidad dan énfasis a la auto-gestión del paciente, con mucho menos contacto entre los trabajadores de salud mental y los pacientes, por ejemplo mediante la utilización de la auto-ayuda guiada o gestión de casos a través del teléfono. Dentro del programa IAPT, se ha identificado un marco de competencia para los componentes de la TCC en relación con las intervenciones tanto de alta como de baja intensidad, y se han publicado planes de estudios a nivel nacional para influir en la formación impartida por los educadores (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>).

En ensayos controlados aleatorizados, el tamaño de efecto clínico controlado –es decir, el poder terapéutico del tratamiento- de la TCC de alta intensidad es elevado, oscilando entre 0,89 para la depresión (Pilling y Burbeck, 2006) y 1,6-2,9 para los trastornos de ansiedad (Clark, 2006). La TCC de alta intensidad es por tanto menos efectiva para la depresión que para los trastornos de ansiedad, siendo el tamaño de efecto para la depresión (0,89) algo más de la mitad que para el trastorno de ansiedad generalizada (1,7). El tamaño del efecto de la TCC de baja intensidad para la depresión (0,8) es muy similar al de la TCC de alta intensidad (Gellatly et al, 2007), aunque la TCC de baja intensidad es generalmente menos efectiva y es variable en los trastornos de ansiedad (rango 0,18-1,02) (Hrai y Clum, 2006), a excepción de la ansiedad generalizada (0,92).

Evidencias sobre la asistencia sanitaria escalonada

A pesar de que existen fuertes evidencias que apoyan la eficacia de los tratamientos psicológicos, las evidencias sobre la organización de los sistemas a través de los que se realiza la prestación de tales servicios, no lo son tanto. Las directrices del NICE respecto a la depresión y la ansiedad, recomiendan que estos tratamientos sean organizados a lo largo de un modelo de asistencia escalonada. La asistencia escalonada tiene dos fundamentos principales. En primer lugar, el tratamiento debe ser siempre el menos restringido, en el que la carga para el paciente sea la menor posible, a la vez que se logran resultados clínicos positivos (Sobell y Sobell, 2000). Este principio se interpreta normalmente como la prestación de tratamientos de baja intensidad, como es la auto-ayuda guiada, a no ser que tratamientos de alta intensidad sean aconsejables. En segundo lugar, la asistencia sani-

taria escalonada debería ser autocorrectora (Newman, 2000). Esto se refiere a la revisión sistemática programada de los resultados de los pacientes para ayudar en las tomas de decisión clínicas, utilizando herramientas de resultados validados, como son los calendarios de síntomas. A pesar de basarse en la premisa de sentido común de que es tan perjudicial sobretratar como infratrar trastornos de salud mental comunes, las directrices del NICE proporcionan pocos datos empíricos que apoyen la implementación de la asistencia sanitaria escalonada.

Un ensayo revisando la asistencia escalonada (Bower y Gilbody, 2005a) concluye que tiene el potencial de mejorar la eficacia de la prestación de terapias psicológicas, si bien la forma exacta de asistencia escalonada necesaria para maximizar los beneficios del paciente no está clara. Hay dos formas posibles de implementación de la asistencia escalonada. El primero, el enfoque puramente escalonado, asigna tratamiento de baja intensidad a todos los pacientes y utiliza el principio de revisión programada para “ascender” a los pacientes que no se benefician de la intervención inicial. En contraste, el enfoque estratificado, inicialmente asigna pacientes a diferentes niveles de intervención según las medidas objetivas de sus síntomas y/o riesgos. Los dos enfoques tienen ventajas y desventajas, y el NICE hace apuestas compensatorias recomendando los dos sistemas simultáneamente (NICE, 2004a). Usando un enfoque escalonado, el peligro radica en que algunos pacientes serán inapropiadamente asignados a una “dosis” más baja de terapia que la requerida, y por tanto, la duración de su contacto con los servicios se extenderá innecesariamente. Con el enfoque estratificado, se corre el peligro de que los servicios adopten un enfoque muy centrado en evitar riesgos, y opten por sobretratar a muchas personas, por consiguiente, comprometiendo la eficacia del sistema como conjunto. Bower y Gilbody (2005b) han señalado que los beneficios de la asistencia escalonada podrían verse comprometidos si la evaluación compleja y la asignación de tratamientos requieren recursos significativos. De hecho, un enfoque estratificado depende de la habilidad de predecir con exactitud qué individuos no se beneficiarían de tratamientos de baja intensidad – denominados “interacción aptitud tratamiento” (Sobell y Sobell, 2000), para el cual las evidencias son, al menos, cuestionables. En la práctica, podría ser que versiones de asistencia escalonada intenten encontrar un equilibrio entre los dos enfoques, aunque el

grado de énfasis en escalar o estratificar podría alterar dramáticamente el rendimiento del sistema.

Evidencias sobre la asistencia colaborativa

La evidencia sobre los modelos organizacionales es mucho más fuerte en referencia a la asistencia colaborativa (Von Korff y Goldberg, 2001; Simon, 2006). La asistencia colaborativa es un enfoque de mejora de la calidad a nivel de sistema, que consiste en un enfoque multiprofesional en el cuidado de pacientes, un plan estructurado de gestión de pacientes, seguimiento programado de pacientes, y comunicación interprofesional realizada (Wagner et al, 1996; Gunn et al, 2006). Se ha probado de forma exhaustiva en el manejo de la depresión. En una reciente revisión sistemática (Bower et al, 2006) se encontró que el tamaño del efecto combinado para la asistencia colaborativa resultó ser relativamente modesto en 36 estudios, aunque los modelos que se implementaron in situ fueron extremadamente heterogéneos. Usando técnicas de meta-regresión para identificar los componentes críticos de esta compleja intervención a nivel de sistema, la revisión mostró que la efectividad de la asistencia colaborativa podría ser optimizada incluyendo dentro de ella la utilización de administradores de casos, con una formación específica en salud mental, que a su vez reciban la supervisión de un experto de forma regular. Ensayos recientes en el Reino Unido incorporando estos ingredientes efectivos, incluyendo administradores de casos que realizaban la mayor parte de los contactos a través del teléfono y administraban una combinación de medicación y TCC de baja intensidad, obtuvieron tamaños de efecto que oscilaron entre 0,42 y 0,63 (Pilling et al, 2006; Richards et al, 2008). Estos hallazgos han llevado a un esfuerzo de investigación a nivel europeo destinado a probar variantes de asistencia colaborativa en España, Alemania, Holanda y el Reino Unido (Aragonès et al, 2007; Gensichen et al, 2005; IJff et al, 2007; Richards et al, 2008).

Evidencias sobre el programa IAPT hasta la fecha

El fundamento del programa se basa en la revisión sistemática de las terapias psicológicas basadas en datos mediante el proceso de desarrollo de directrices clínicas coordinado por el NICE. Con el fin de demostrar la efectividad de los servicios del IAPT, se establecieron dos centros de demostración nacionales, junto con un número de lugares *Pathfinders* distribuidos por toda Inglaterra. Los centros de demostración llevan funcio-

nando alrededor de 24 meses y serán sujetos a una evaluación rigurosa e independiente de tres años, que será publicada en 2010. Mientras tanto, se ha publicado recientemente una evaluación interna a corto plazo recogida por los dos centros de demostración (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>). Así y todo, deberíamos ser cautos ya que para juzgar la efectividad de los tratamientos para la depresión en particular, se necesita un seguimiento a más largo plazo, para poder establecer la estabilidad de las tasas de recuperación (Andrews, 2001). No obstante, los datos preliminares de los dos centros de demostración sugieren que los servicios de IAPT han tenido éxito en la recogida fiable de los resultados clínicos (esto es, entre el 88 y el 99% de los resultados devueltos). El que las tasas de recuperación iniciales sean aproximadamente de la misma magnitud que las tasas de recuperación de muchos ensayos controlados aleatorizados (*Randomized Controlled Trials, RCT*) publicados, sobre los que han sido seleccionadas las intervenciones (esto es, alrededor del 52%), así como el flujo de usuarios por los servicios y el número de pacientes atendidos (p.ej., 5.500 pacientes derivados y 3.500 concluyeron su participación con los servicios, en los dos emplazamientos y dentro de 13 meses) nos demuestran el potencial de mejora del acceso.

IMPLICACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Finalmente, queremos examinar algunas implicaciones específicas del programa IAPT respecto a los psicólogos y psicoterapeutas existentes. Muchos de los retos del trabajo con el que enfrentan los profesionales implicados en la prestación de terapias psicológicas están siendo abordados por medio de los proyectos de salud mental "Nuevas formas de trabajar" (*New ways of working*) (DH 2005; DH 2007a Lavender and Hope, 2007; www.newwaysofworking.org.uk/). En general, estos informes describen cómo los nuevos roles y responsabilidades, una mayor flexibilidad en el trabajo, nuevas oportunidades de formación para ampliar competencias en terapias psicológicas, y un marco profesional global para todo el personal que contribuye a la prestación de servicios de terapias psicológicas, podría de forma colectiva contribuir a la mejora de la capacidad y competencia de la plantilla laboral. Recientemente, hemos escrito en otro sitio un resumen de los asuntos implicados (Turpin et al., 2006), incluyendo una estimación de la demanda de plantilla laboral en relación con el personal

existente, la combinación de competencias y el rediseño de servicios; marcos profesionales y nuevos roles; y educación y capacidad de formación. Más recientemente, el Equipo de Trabajo del IAPT ha publicado una guía práctica para el desarrollo de la plantilla de trabajo como parte de su orientación para los nuevos servicios IAPT (<http://www.iapt.nhs.uk/2007/01/practical-approach-to-work-force-development/>). En vez de volver a tratar estos asuntos aquí, nos centraremos en su lugar en los retos específicos a los que se enfrentan los trabajadores que imparten terapias psicológicas.

Desarrollo de la capacidad

Varias estimaciones independientes de la plantilla laboral del Programa IAPT, basadas en la hipótesis de Lord Layard, subrayan el déficit en el número de terapeutas existentes y la necesidad de futuras inversiones para aumentar el número de terapeutas (Glover et al., 2007; Boardman y Parsonage, 2007). Dejando a un lado el número de terapeutas que se requiere, las cuestiones críticas son: ¿Qué tipo de terapeutas y qué competencias son necesarias? Más aún, aunque una nueva inversión sea necesaria, si queremos cubrir adecuadamente la demanda del IAPT, todavía tenemos la cuestión de cómo podría utilizarse la plantilla ya existente en el rediseño de los servicios

Los servicios IAPT requerirán terapeutas competentes y cualificados que sean capaces de realizar terapias basadas en datos, en particular TCC, a los niveles tres a cinco dentro de un modelo escalonado de asistencia, tal y como se describe en las orientaciones del NICE y en el Plan nacional de Implementación para el IAPT (*National Implementation Plan for IAPT*). Preveamos que muchos *counsellors* de Atención Primaria y psicoterapeutas cualificados impartirán estas terapias junto con psicólogos clínicos. Será necesario que algunos terapeutas amplíen su formación en terapias psicológicas especializadas para adquirir el rango y el grado de dominio de las competencias terapéuticas que se requieren. Con el fin de fundamentar el desarrollo de los servicios IAPT sobre las competencias relevantes que sustentan las terapias basadas en datos, el equipo de trabajo del IAPT, en conjunción con competencias para la salud (*Skills for Health*), inicialmente encargó el desarrollo de una serie de competencias de la TCC derivadas de los ensayos que sustentan el desarrollo de las directrices del NICE. Ha sido publicado recientemente por el DH (Departamento de Sanidad) bajo la dirección de Tony Roth y Steve Pilling

(Roth y Pilling, 2007). Los trabajos actuales han ampliado estos marcos competenciales a la supervisión dentro de los servicios IAPT, y también a las terapias psicodinámica, sistémica/de familia y al counselling humanístico. (http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/competence_frameworks.htm).

Marcos profesionales

Un asunto clave en la contratación de terapeutas competentes es que en la actualidad no existe un marco profesional unificado para la terapia psicológica. A pesar de tentativas recientes desde dentro del NHS de crear una estructura salarial común (esto es, *Agenda for Change*) para todos los empleados del NHS, diferentes terapeutas practicantes (de terapias psicológicas) están representados por perfiles de trabajo diferentes que tienden a reflejar sus roles profesionales y trabajos específicos en el lugar de trabajo (e.j., *counsellor*, psicólogo/a o enfermero/a). El resultado de esto es que a muchos terapeutas se les otorguen diferentes estatus y reciban diferentes salarios. Muchas de las inconsistencias reflejan los diferentes logros y titulaciones asociados con la formación profesional preparatoria requerida (esto es, para enfermeros/as, psicólogos/as, practicantes médicos) y los niveles de responsabilidad inherentes a la profesión del practicante. Adicionalmente, existen varios nuevos grupos de trabajadores que en la actualidad contribuyen a la prestación de servicios de terapias psicológicas, incluyendo trabajadores de Atención Primaria licenciados en salud mental (con las siglas en inglés GMHWs) y profesionales de apoyo en autoayuda. Estos grupos nuevos de trabajadores tienden a ser, en general, recién licenciados procedentes de tres programas de grado en psicología que aún deberán recibir una formación profesional o de posgrado bien como enfermeros/as o como psicólogos/as clínicos. En su lugar han recibido años de formación en cómo prestar asistencia en salud mental en Atención Primaria (Bower, Jerrim y Gask, 2004). ¿Se debería considerar a estos nuevos trabajadores como profesionales de la salud mental? ¿Cuáles son sus trayectorias profesionales dentro del NHS? Sabemos que el éxito de los GMHWs ha estado limitado por una falta de evolución profesional clara aparte de inscribirse para la formación en psicología clínica (Harkness et al, 2005). Dada la variedad de competencias y roles dentro de la plantilla profesional encargada de las terapias psicológicas (desde trabajador recién titulado hasta terapeutas expertos y supervisores), creemos que sería

apropiado que se creara un marco profesional que girase en torno a la prestación de terapias psicológicas.

Un motivo adicional por el que se debería desarrollar este marco profesional es la relación pobre que existe entre las titulaciones laborales y la formación en terapias psicológicas. El grupo nacional de trabajo del IAPT (<http://www.mhchoice.csip.org.uk/>) ha identificado numerosas auditorías locales sobre la formación y titulación de los practicantes, que demuestran la presencia de un preocupante amplio rango de formación práctica y titulaciones entre las personas que consideran que están proporcionando terapia psicológica dentro del NHS, junto con niveles variables de acceso a la supervisión de expertos. Esta formación práctica puede variar desde experiencias de talleres de empresa de un día, hasta cinco años de formación de doctorado a tiempo parcial. La situación se agrava aún más por la actual ausencia de regulación legal de las profesiones de counselling y psicoterapia dentro del Reino Unido. Aunque se espera que pronto el Gobierno introduzca legislación para regular a los terapeutas en salud mental. Recientemente, el programa IAPT ha encomendado planes de estudios a nivel nacional y formación en terapias psicológicas tanto de alta como de baja intensidad (los dos programas), documentación de apoyo disponible en todo el Reino Unido para apoyar especialmente la formación en tratamientos de baja intensidad (Richards y Whyte, 2008).

Además de examinar las competencias que necesitan los terapeutas y profesionales sanitarios relacionados en el desarrollo de un marco profesional, será necesario identificar otras destrezas y competencias requeridas para la prestación de un servicio integrado y comprensivo de terapia psicológica. Estas incluirán dirección clínica y de gestión, supervisión, formación, auditorías, investigación y competencia y experiencia en desarrollo. También podrían contribuir otros trabajadores, como los médicos de familia y otros empleados de Atención Primaria, auxiliares de empleo y alojamiento, auxiliares administrativos, incluyendo recepcionistas, trabajadores de tecnologías de la información (IT) y auxiliares de oficina. Del mismo modo, las personas con experiencia en salud mental tienen un rol que desempeñar en el apoyo del proceso como miembros de plantilla, formadores y auditores. Será importante que todos los trabajadores sean conscientes psicológicamente y entiendan el espíritu de tales servicios. En la actualidad, Skills for Health está llevando a cabo trabajo en torno al desarrollo de series de Estándares Nacionales Ocupacionales (*National Occu-*

pational Standards, NOS) y marcos profesionales para trabajadores generales de salud mental y terapeutas.

El papel crítico de la supervisión

Para la prestación segura y efectiva de los servicios, y guardar fidelidad a la eficacia investigadora que sustenta las directrices del NICE, es importante que se obtengan resultados de forma regular, que sistemas de nuevas tecnologías se utilicen para facilitar a los terapeutas y supervisores la localización y gestión de casos, y que sistemas efectivos de supervisión y apoyo estén dispuestos para terapeutas, tengan o no un gran volumen de clientes. La supervisión regular, por ejemplo predice mejores resultados en los pacientes en sistemas de asistencia colaborativa (Bower et al, 2006). Los servicios también deberían ser inspeccionados y revisados de forma rutinaria, con potentes procesos y marcos de gobernanza clínica en marcha. El equipo de trabajo del IAPT ha completado recientemente algunas orientaciones preliminares sobre la importancia de la supervisión clínica dentro de los servicios, y encomendará cursos de formación para apoyar el desarrollo de supervisores dentro de los servicios IAPT. Muchas de estas cuestiones han sido también tratadas en una guía para la buena práctica en el programa IAPT, recientemente publicada por la Sociedad Británica de Psicología, que está dirigida a psicólogos, y que forma parte del proyecto *New Ways of Working* para psicología aplicada (BPS/CSIP, 2007).

Elección e igualdad

A un nivel superficial por lo menos, existe una tensión inherente reflejada en el IAPT y en la elección de agendas entre los servicios tradicionales de salud mental, caracterizados por sistemas de diagnóstico y tratamiento farmacológico, y la perspectiva psicosocial más amplia. Psicólogos, *counsellors* y psicoterapeutas, mediante la adopción de un amplio abanico de modelos y enfoques psicológicos, pueden proporcionar a los empleados de salud mental una rica variedad de explicaciones con las que comprender el sufrimiento psicológico y la discapacidad, y cómo éstas tienen un impacto, generalmente en las comunidades, en los servicios y sus usuarios, y en los cuidadores, que va más allá de la expresión de los síntomas individuales y de su mejora. Tal enfoque sustenta servicios socialmente más inclusivos que intentan responder a una variedad de necesidades sociales y psicológicas (como son el empleo, el trabajo o actividades voluntarias significativas y valoradas, temas relativos a

la vivienda, familia y paternidad) y, esperamos, que ayude a mejorar las comunidades rotas en las que muchos clientes y usuarios de los servicios viven en la actualidad.

La igualdad de acceso, especialmente para las comunidades negras y de minorías étnicas, es un área adicional en la que los terapeutas pueden contribuir. Las personas pertenecientes a comunidades negras o minorías étnicas experimentan especiales dificultades para acceder a los servicios de terapias psicológicas. Las barreras varían desde detalles prácticos como son los idiomas utilizados para ofrecer información sanitaria hasta las dificultades por la actitud eurocentrista de algunos profesionales sanitarios a la hora de comprender la diversidad cultural tanto en la expresión como en el tratamiento de problemas de salud mental (Nadirshaw, 1999; Patel et al., 2000; Williams, Turpin y Hardy, 2006). Recientemente, han sido muchas las publicaciones dedicadas a la igualdad racial y la discriminación dentro de los servicios de salud (DH, 2007b), que necesitan incorporarse al programa IAPT. Con respecto a las terapias psicológicas, existe una extensa literatura sobre la prestación de counselling y terapia culturalmente sensible, mucho de lo cual ha sido escrito en Estados Unidos, que debe asimismo incorporarse a la práctica de los terapeutas dentro del Programa IAPT (Maxie et al., 2006; Hays y Iwamasa, 2006; Hays, 2001).

CONCLUSIÓN

Si el programa IAPT se implementa de forma completa y adecuada, debería tener un considerable y significativo impacto positivo en el bienestar de la población, trayendo consigo mejoras a los servicios de salud mental ofrecidos al público con la misma trascendencia que tuvieron el cierre de los viejos manicomios y el movimiento hacia la atención comunitaria. La adecuada formación y apoyo a la plantilla de trabajo constituye uno de los retos clave para conseguir con éxito este objetivo.

Es inevitable, sin embargo, que estos fundamentales avances en la provisión de servicios desafiarán las formas tradicionales de trabajo mantenidas por muchas profesiones, y no menos la psicología. Recientemente, se han publicado otros enfoques sobre el programa IAPT en un número especial del Clinical Psychology Forum (2008), la revista profesional de la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología. Clark y Turpin (2008) han expuesto también que el programa IAPT proporciona muchas oportunidades para los psicó-

logos, tanto clínicos como de *counselling*, en el Reino Unido. Esperamos ahora los resultados clínicos que vayan obteniéndose regularmente de estos nuevos servicios para evaluar el éxito o lo que resulte de este programa.

REFERENCIAS

- Andrews, G. y Tolkein II Team (2006). *A needs-based, costed stepped-care model for Mental Health Services*. Sydney: CRUFAD, University of New South Wales.
- Andrews, G. (2001). Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. *British Journal of Psychiatry*, 178, 192 – 194.
- Aragonès, E., Caballero, A., Piñol, J.L.I., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J.M., Casaus, P., Folch, S., Basora, J., Labad, A., and the INDI research group. (2007). Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health*, 7,253. doi:10.1186/1471-2458-7-253
- Boardman, J., Parsonage, M. (2007). *Delivering the government's mental health policies: services, staffing and costs*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Bower, P.J., Jerrim, S., Gask, L.L. (2004) Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health Social Care Community*, 12, 336-345.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D.A., Fletcher, J., Sutton, A. (2006). Collaborative Care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Bower, P., Gilbody, S.M. (2005a). Stepped care in psychological therapies. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-18.
- Bower, P., Gilbody, S.M. (2005b). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal*, 330, 839-42.
- Clark, D. (2006). *Effective psychological treatments for anxiety disorders: A report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review*. London: Institute of Psychiatry King's College London.
- Clark, D. y Turpin, G (2008). Improving Opportunities. *The Psychologist*, 21, 8, 700.
- Clinical Psychology Forum (2008). *Special issue: Improv-*

- ing Access to Psychological Therapies. v 181, January.
- Department of Health (10/10/07). Johnson announces £170 million boost to mental health therapies. Press release. Accessed: 20/2/08. Available via: <http://www.gnn.gov.uk/environment/fullDetail.asp?ReleaseID=321341yNewsAreaID=2yNavigated-FromDepartment=False>
- Department of Health (2004). *Organising and delivering psychological therapies*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005). *New ways of working for psychiatrists (final report but not the end of the story)*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. White paper. London: Department of Health.
- Department of Health (2007). *Positive steps: supporting race equality in mental healthcare*. London: Department of Health.
- Department of Health (2007). *Mental health: New ways of working for everyone*. London: Department of Health.
- Department of Health. World-class commissioning. Available via: <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Worldclasscommissioning/index.htm>. Accessed: 22/2/08.
- ENTO (2007). *National occupational standards for counselling*. Leicester: ENTO. Available via: <http://www.ento.co.uk/standards2/counselling/index.php> Accessed: 21/2/08.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217-1228
- Gensichen, J., Torge, M., Peitzl, M., Wendt-Hermainski, H., Beyer, M., Rosemann, T., Krauth, C., Raspe, H., Aldenhoff, J.B. and Gerlach, F.M. (2005). Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial – PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086] – Study protocol. *BMC Public Health*, 5, 101. doi:10.1186/1471-2458-5-101
- Glover, G., Lee, R, Dean, R. Mental Health Observatory brief 1 — psychological therapy staff (April 2007). Available via: <http://www.nepho.org.uk/index.php?c=2137> Accessed: 22/2/08.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6, 88.
- Harkness, E., Bower, P., Gask, L., Sibbald, B. (2005). Improving primary care mental health: survey of evaluation of an innovative workforce development in England. *Primary Care Mental Health*, 3,,253-260.
- Hays, P. (2001). *Addressing cultural complexities in practice: A framework for clinicians and counsellors*. Washington: American Psychological Association.
- Hays, P., Iwamasa, G.Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioural therapy: Assessment, practice and supervision*. Washington: American Psychology Association.
- Hirai, M., Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help intervention for anxiety problems. *Behaviour Therapy*, 37, 99-111.
- IJff, M.A., Huijbregts, K.M.L., van Marwijk, H.W.J, Beekman, A.T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Rutten, F.F., Unützer, J. and van der Feltz-Cornelis, C.M. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial. *BMC Health Services Research*, 7, 34. doi:10.1186/1472-6963-7-34
- Lavender, T., Hope, R. (2007). *New ways of working for applied psychologists in health and social care: The end of the beginning*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/the-society/organisation-and-governance/professional-practice-board/new_ways_of_working_for_applied_psychologists.cfm
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030-1032.
- Layard, R, Clark, D., Knapp, M., Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Maxie, A.C., Arnold, D.H., Stephenson, M. (2006). Do therapists address ethnic and racial differences in cross-cultural psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 85-98.
- Nadirshaw, Z. (1999). *Rethinking clinical psychology: A race against time for minority ethnic communities in mental health settings*. London: Department of Health.
- National Institute for Health and Clinical Excellence

- (2004). *Clinical guideline 22: Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Clinical guideline 23: Depression: management depression in primary and secondary care*. London: NICE.
- Newman, M. (2000). Recommendations for a cost offset model of psychotherapy allocation using generalised anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 549-555.
- Patel, N., Bennett, E., Dennis, M. et al. (Eds.), *Clinical psychology, 'race' and culture: a training manual*. Leicester: British Psychological Society.
- Pilling, S., Burbeck, R. (2006). *Cognitive behavioural therapy and the effective treatment of depression: Report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, University College.
- Pilling, S., Leibowitz, J., Cape, J., Simmons, J., Jacobsen, P., Nazareth, I. (2006). Developing an enhanced care model for depression using primary care mental health workers. In P. Fonagy, G. Barruch, D. Robins (Eds.), *Reaching the hard to reach: Evidence-based funding priorities for intervention and research*. Chichester: Wiley..
- Rankin, J. (2005). *Mental health in the mainstream: A good choice for mental health*. London: Institute of Public Policy Research.
- Richards, D.A. and Mark, W. (2008) *Reach Out: Educator and Student Support Materials for Low-intensity Therapies Workers*, London: Rethink.
- Richards, DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, Bower P, Bland JM, Lankshear A, Simpson A, Fletcher J, Escott D, Hennessy S, Richardson R. (2008). Collaborative Care for Depression in UK Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *Psychological Medicine, 38*, 279-288.
- Roth, A.D., Pilling, S. (2007). The competences required to deliver effective cognitive behavioural therapy for people with depression and anxiety disorders. London: Department of Health. Available from www.ucl.ac.uk/CORE
- Sainsbury Centre for Mental Health (2006). *Choice in Mental Health: Briefing paper 31*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental health at work: developing the business case. Policy paper 8*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Simon, G. (2006). Collaborative care for depression. *British Medical Journal, 332*, 249-250.
- Skills for Health (2006). *Career framework for health: validation process*. London: Skills for Health., Available from: www.skillsforhealth.org.uk
- Sobell, M., Sobell, L. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 573-579.
- Turpin, G., Hope, R., Duffy, R., Fossey, M., Seward, J. (2006). Improving access to psychological therapies: Implications for the mental health workforce. *The Journal of Mental Health Workforce Development, 1*, 7-15.
- Von Korff, M., Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *British Medical Journal, 323*, 948-9.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. (1996). Organising care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly, 74*, 511-544.
- White, J. (2008) Stepping up primary care. *The Psychologist, 21*, 844 - 847.
- Williams, P.E., Turpin, G., Hardy, G. (2006). Clinical psychology service provision and ethnic diversity within the UK: a review of the literature. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 324-38.