

Original

Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP



Patricia Cordero-Andrés^{a,*}, César González-Blanch^b, Olga Umaran-Alfageme^b, Roger Muñoz-Navarro^c, Paloma Ruíz-Rodríguez^d, Leonardo Adrián Medrano^e, Fernando Hernández-de Hita^b, Teresa Pérez-Poo^b, Antonio Cano-Vindel^f y Grupo de Investigación PsicAP

^a Hospital de Laredo, Laredo, España

^b Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Santander, España

^c Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^d Castilla La Nueva Centro de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^e Facultad de Psicología, Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina

^f Departamento de Psicología Básica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de octubre de 2017

Aceptado el 10 de octubre de 2017

On-line el 6 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Trastornos emocionales
Tratamiento psicológico basado en la evidencia
Atención Primaria
Cognitivo-conductual
Tratamiento escalonado
Transdiagnóstico
Formato grupal

R E S U M E N

El proyecto Psicología en Atención Primaria (PsicAP) pretende promover el tratamiento psicológico basado en la evidencia para los trastornos emocionales en atención primaria. Este trabajo presenta los fundamentos teóricos y empíricos del programa de tratamiento de PsicAP, destacando 4 aspectos clave: la evidencia sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, el modelo de tratamiento escalonado, el enfoque transdiagnóstico y el formato de tratamiento grupal. Por último, se destacan las implicaciones prácticas de esta iniciativa que puede ayudar a reducir la distancia entre la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y la práctica clínica, así como la atención al derecho del paciente a decidir sobre el tratamiento, de eficacia probada, que desea recibir.

© 2017 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychological treatment of emotional disorders in primary care: Theoretical and empirical basis of the PsicAP study

A B S T R A C T

The project Psychology in Primary Care (PsicAP) aims to promote evidence-based psychological treatments in Primary Care. This paper presents the theoretical and empirical basis of the PsicAP treatment program, highlighting four key aspects: evidence-based treatment using cognitive behavioral techniques; stepped care model; transdiagnostic approach and group format treatment. Finally, we highlight the practical implications of this initiative, that seeks to reduce the gap between research on the effectiveness of psychological treatments and clinical practice, as well as attending to the patient's right to choose which treatment he/she wants to receive.

© 2017 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Emotional disorders
Evidence-based psychological treatment
Primary Care
Cognitive-behavioral
Stepped care
Transdiagnostic
Group format

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcordero86@gmail.com (P. Cordero-Andrés).

El Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales encontró que, en los últimos 12 meses, el 64% de los pacientes europeos con trastornos mentales había sido atendido por un médico de atención primaria (AP) (Kovess-Masfety et al., 2007). A pesar de que el tratamiento psicológico para los trastornos de ánimo y ansiedad es el recomendado por las guías del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), y que se desaconseja la prescripción de benzodiacepinas más allá de unas pocas semanas, en España, en los últimos 12 meses, solo el 5.8% de los pacientes con trastorno del estado de ánimo activo y el .9% de los pacientes con algún diagnóstico de trastorno de ansiedad han recibido tratamiento psicológico sin medicación (Codony et al., 2007). Por otro lado, el 51% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor puro ha consumido benzodiacepinas en los últimos 12 meses, y se estima que únicamente alrededor de un 30.5% de los pacientes en AP reciben un tratamiento mínimamente adecuado siguiendo criterios de práctica clínica consensuados (Alonso et al., 2004). Por tanto, se podría decir que el tratamiento en AP está enfocado principalmente desde una perspectiva farmacológica y, de acuerdo a López, Serrano, Valverde, Casabella y Mundet (2006), se prolonga en muchos casos más allá de lo aconsejado en las guías de práctica clínica.

Los trastornos mentales son una de las condiciones clínicas con mayor coste directo y carga social sobre los sistemas sanitarios, estimándose que suponen un 3-4% de PIB en la Unión Europea, con especial relevancia de la pérdida de productividad laboral, constituyendo una de las principales causas de jubilación anticipada y percepción de pensiones por discapacidad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005). Una persona con enfermedad física crónica con depresión consume cerca del doble de recursos sanitarios que otra persona sin dicho diagnóstico (Kathol et al., 2005) y, en España, Sicras Mainar et al. (2007b) estiman que las personas con depresión en AP originan un coste un 58% superior. Los datos señalan que en 2010 los trastornos depresivos, de ansiedad y somatizaciones, alcanzaron en nuestro país un gasto total del 2.2% del PIB, casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales, debido a su alta prevalencia (Parés-Badell et al., 2014). Se ha estimado que los trastornos mentales dan cuenta del 27% de todos los años vividos con discapacidad, con un mayor impacto en la carga global de enfermedad que los trastornos cardiovasculares y el cáncer (Schwappach, 2007). La OMS y el Foro Económico Mundial advierten de que las economías occidentales no podrán aguantar estos costes crecientes, que en el año 2030 se habrán multiplicado por 2.4, si no se tratan los desórdenes emocionales con las técnicas más eficaces y costo-eficaces (Bloom, 2011).

De acuerdo con Turpin, Richards, Hope y Duffy (2008) el acceso a las terapias psicológicas es prioritario por 3 razones principales: NICE recoge en sus guías clínicas la terapia psicológica como un tratamiento eficaz y seguro, existen datos que señalan que los pacientes reclaman mayor acceso al tratamiento psicológico (Department of Health, 2006) y el impacto de la salud mental sobre la productividad laboral, la economía y la calidad vida, subrayando que el coste de la salud mental en referencia a la productividad en el trabajo excede los costes totales por discapacidad y prestaciones.

Frente a este panorama puede servir de ejemplo positivo la iniciativa *Mejorando el acceso a terapias psicológicas* (*Improving access to psychological therapies*) que puso en marcha en 2007 el gobierno de Reino Unido con el objetivo de facilitar el acceso al tratamiento psicológico en AP. Los datos preliminares sugerían que el tratamiento psicológico resultó ser más eficaz que el habitual, además de demostrar un mayor coste-eficacia y coste-utilidad, reduciendo más la discapacidad, prestaciones sociales y costes sanitarios (Radhakrishnan et al., 2013). En 2001 el gobierno de Australia puso en marcha el programa *Better outcomes in mental health care*, en el que destaca el proyecto *Access to allied psychological services*, que ofrece tratamiento psicológico (6-12 sesiones),

principalmente técnicas cognitivo-conductuales, para los trastornos mentales comunes remitidos desde AP, con datos positivos en reducción de sintomatología y mejoría en el nivel de funcionamiento (Fletcher et al., 2009).

El documento *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), entre sus objetivos, especifica aumentar el porcentaje de pacientes con trastorno mental que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles. Sin embargo, un estudio retrospectivo de 64.000 pacientes encontró que un 17% de los motivos de consulta en AP implican trastornos emocionales (Sicras Mainar et al., 2007a) y el Sistema Nacional de Salud en España solo tiene en plantilla una media de 5.7 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes (World Health Organization, 2014), por lo que el acceso al tratamiento psicológico está restringido a un pequeño porcentaje de pacientes que son derivados a la atención especializada.

Como iniciativa en nuestro país para facilitar el acceso al tratamiento psicológico en AP, Psicofundación ha elaborado un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico que pretende evaluar la eficacia del tratamiento psicológico basado en la evidencia y compararlo con el tratamiento habitual en AP, esencialmente farmacológico. El objetivo de este artículo se centra en describir los fundamentos teóricos y empíricos de este programa de tratamiento psicológico para trastornos emocionales en AP denominado *Psicología en Atención Primaria* (PsicAP).

Fundamentos teóricos y empíricos del programa de tratamiento

Tratamiento psicológico basado en la evidencia

La intervención psicológica basada en la evidencia se apoya en los modelos teóricos que asumen el método científico, al igual que otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental (Moriana y Martínez, 2011). Su objetivo principal es utilizar la mejor evidencia científica disponible, integrando los datos obtenidos de la investigación básica y aplicada, junto a la experiencia del profesional, inspirada en estas guías, para dirigirla a mejorar la atención de los pacientes (APA, 2006).

La preocupación por evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos ha sido creciente en la investigación psicológica, inicialmente con estudios retrospectivos que utilizaban el porcentaje de éxito como indicador de eficacia del tratamiento psicológico y posteriormente con estudios que utilizan una evaluación más sistemática y científica, especialmente a partir de la publicación de Eysenck (1952), en la que señalaba la no superioridad del tratamiento psicológico que se aplicaba en ese momento respecto a la remisión espontánea en los trastornos neuróticos. Además, se han creado organismos dirigidos específicamente a la evaluación de la eficacia de los tratamientos, como la Cochrane Collaboration de la Universidad de Oxford, dedicada a revisar y difundir los ensayos clínicos que cumplen los presupuestos científicos basados en la evidencia, la NICE cuyo objetivo es garantizar la utilización de tratamientos basados en la evidencia en el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido y el grupo de trabajo para la promoción y difusión de los tratamientos psicológicos creado por la División 12 (Psicología Clínica) de la APA, que publicó los criterios para los tratamientos con evidencia empírica (*empirically supported treatments*). En ese momento identificaron un total de 18 tratamientos con base empírica, ya que se trataba de intervenciones manualizadas que habían sido evaluadas mediante ensayos clínicos aleatorizados en poblaciones específicas (APA, 2006), pero la investigación en este sentido no ha cesado y el conocimiento actual es más amplio.

Así, de acuerdo con la investigación, los tratamientos psicológicos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006), son de eficacia y efectividad igual o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos más prevalentes, y con efectividad superior a largo plazo (Hollon, Stewart y Strunk, 2006). La aplicación de los tratamientos psicológicos en entornos naturales de práctica clínica ha mostrado ser tan eficaz como en entornos controlados de investigación (Hunsley y Lee, 2007) pudiendo generalizarse razonablemente a entornos clínicos públicos (Westbrook y Kirk, 2005). Los estudios resaltan que los tratamientos psicológicos son eficaces y seguros en niños y adolescentes (Kazdin y Weisz, 2003), adultos (Roth y Fonagy, 2004) y ancianos (Zarit y Knight, 1996), en un amplio rango de trastornos mentales. Concretamente, respecto a los trastornos emocionales, la intervención psicológica es eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales comunes de ansiedad y depresión (Watts, Turnell, Kladnitski, Newby y Andrews, 2015), somatizaciones (van Dessel et al., 2014), en la reducción de síntomas emocionales en personas que experimentan altos niveles de estrés o trastornos adaptativos (Hibbs, Rhind, Leppanen y Treasure, 2015) y el efecto del tratamiento psicológico en pacientes con trastornos médicos crónicos logra tamaños del efecto similares a los encontrados en pacientes con trastornos de ansiedad o depresivos sin comorbilidad física (Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson y Cuijpers, 2010). Por último, los datos apoyan el coste-eficacia de la intervención psicológica con resultados positivos en el aumento de la productividad y la satisfacción vital (Kolovos, Kleiboer y Cuijpers, 2016; Ophuis, Lokkerbol, Heemskerk, van Balkom, Hiligsmann y Evers, 2017).

Centrando nuestro interés en los trastornos emocionales, objetivo de tratamiento del proyecto PsicAP, existe considerable investigación favorable a la eficacia de la intervención psicológica y, más en concreto, de la TCC. En la depresión, los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad incluyen la TCC, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2009). La TCC goza de fuerte apoyo empírico para el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo (terapia cognitiva, exposición con prevención de respuesta), trastorno de pánico, fobia social y fobias específicas (terapia de exposición) (Society of Clinical Psychology, 2017). Finalmente, hay resultados favorables respecto a la TCC en el tratamiento de la hipocondría (Olatunji, Kauffman, Meltzer, Davis, Smits y Powers, 2014), el trastorno dismórfico corporal (Williams, Hadjistavropoulos y Sharpe, 2006) y en casos de somatización (Speckens, van Hemert, Spinhoven, Hawton, Bolk y Rooijmans, 1995). En cuanto al tamaño del efecto, se sabe por los estudios de metaanálisis que la relajación es una técnica eficaz para los trastornos de ansiedad, con un tamaño del efecto de medio a grande, que proporciona autonomía al paciente y mayor capacidad de autorregulación emocional, facilitando un mejor manejo de pensamientos y conductas (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo y Molinari, 2008). A su vez, tanto la exposición como la reestructuración cognitiva aplicadas a personas con trastornos de ansiedad presentan un tamaño del efecto que puede ser entre 2 y 3 veces superior a la relajación (Ougrin, 2011).

El objetivo de la iniciativa de prácticas basadas en la evidencia se centra en mejorar la calidad y el coste-eficacia de las intervenciones psicológicas, aunque su implementación sigue siendo limitada, y, de acuerdo con Herbert (2003), el conocimiento de los resultados de la investigación empírica y su integración posterior por parte del profesional en la práctica clínica no llega a consolidarse en los ámbitos aplicados y tiene poco impacto sobre la práctica del profesional.

El proyecto PsicAP tiene como uno de sus principales objetivos desarrollar un programa de tratamiento psicológico para los trastornos emocionales en AP, utilizando técnicas cognitivo-conductuales, que permita promover y facilitar el acceso a

tratamientos con base empírica a un mayor porcentaje de la población, y que incluyen: entrenamiento psicoeducativo sobre las emociones y los trastornos emocionales, entrenamiento en observación y modificación de distorsiones cognitivas y de la regulación emocional, entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, imaginación y sugestión, entrenamiento en habilidades conductuales y sociales, exposición a situaciones emocionales y prevención de recaídas (González-Blanch et al., 2017).

Tratamiento escalonado

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 y seguimiento programado de pacientes y comunicación interprofesional (Gunn, Diggins, Hegarty y Blashki, 2006).

Las guías clínicas NICE para la depresión y ansiedad recomiendan que los tratamientos psicológicos se organicen dentro de un modelo de asistencia escalonada. Turpin et al. (2008) señalan 2 fundamentos principales de este modelo: el tratamiento debe ser el menos restrictivo, en el sentido de suponer la menor carga posible para el paciente, pero con capacidad para lograr resultados clínicos positivos y, en segundo lugar, la asistencia sanitaria debe ser autocorrectora, con revisión sistemática de los resultados de los pacientes, utilizando herramientas de resultados validados, que ayuden en la toma de decisiones clínicas.

El modelo colaborativo *stepped care* o tratamiento escalonado e intensificado recomienda una atención específica de acuerdo con las diferentes etapas del proceso que sigue el paciente, siendo el objetivo satisfacer las necesidades individuales mediante los servicios más adecuados a las características del trastorno y sus circunstancias personales y sociales. 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, mientras que el enfoque estratificado considera medidas objetivas de síntomas y/o riesgos para asignar a las personas a los distintos niveles de intervención (Turpin et al., 2008). En el proyecto PsicAP la aplicación en grupo de una intervención psicológica cognitivo-conductual manualizada se establece como el primer tratamiento psicológico, aunque previamente el médico de familia ha podido realizar intervenciones de menor intensidad (como la espera vigilante o la autoayuda guiada). Cada nuevo paso representa una mayor intensidad y complejidad de la intervención, de modo que un tratamiento más intensivo se ofrece cuando la TCC inicial recibida en formato grupal no es suficiente, proporcionando a los pacientes oportunidades adicionales para alcanzar los beneficios terapéuticos deseados (Cano Vindel, 2011) (Fig. 1).

Revisiones recientes de la terapia psicológica (NICE, 2004a; NICE, 2004b) recomiendan la TCC para la depresión y los trastornos de ansiedad. Los tratamientos de baja intensidad dan especial énfasis a la autogestión del paciente mediante la utilización de la autoayuda guiada, mientras que los tratamientos de alta intensidad suponen mayor aportación por parte del terapeuta, semejante a los programas de TCC tradicionales. En ensayos controlados aleatorizados el tamaño de efecto clínico controlado de la TCC de alta intensidad es elevado, oscilando entre .89 para la depresión (Pilling y Burbeck, 2006) y 1.6–2.9 para los trastornos de ansiedad (Clark, 2006). El tamaño del efecto de la TCC de baja intensidad para la depresión (.8) es muy similar al de la TCC de alta intensidad (Gellatly et al., 2007), aunque la TCC de baja intensidad puede ser menos efectiva y variable en los trastornos de ansiedad (rango .18–1.02) (Hrai y Clum, 2006).

Respecto a las evidencias sobre el enfoque escalonado se ha señalado su potencial sobre la mejora del acceso al tratamiento psicológico, pero no está claro qué condiciones de asistencia esca-

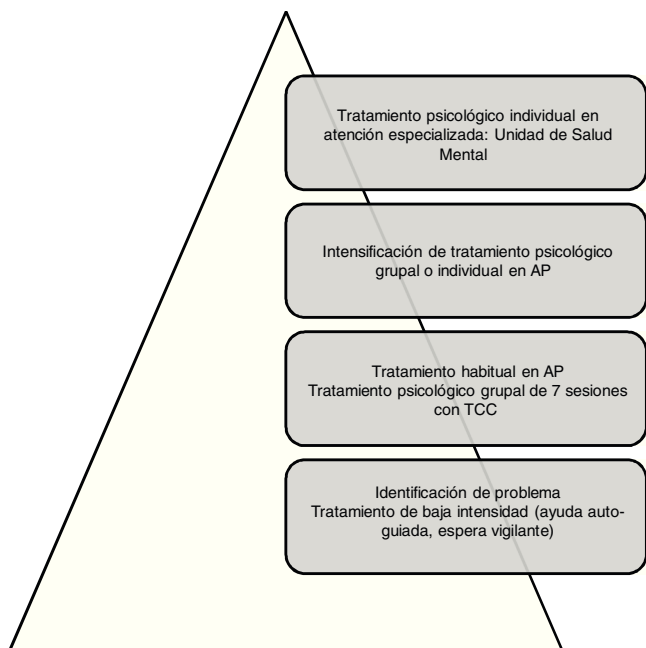


Figura 1. Niveles de intervención en el modelo de tratamiento escalonado.

lonada permiten maximizar los beneficios para el paciente. Bower, Gilbody, Richards, Fletcher y Sutton (2006), en una revisión sistemática, encontraron que el tamaño del efecto combinado para la asistencia colaborativa resultó ser relativamente modesto en 36 estudios, aunque los modelos implementados fueron extremadamente heterogéneos. Ensayos en el Reino Unido que administraban una combinación de medicación y TCC de baja intensidad obtuvieron tamaños de efecto moderados (Richards et al., 2008).

Enfoque transdiagnóstico

La intervención grupal cognitivo conductual de PsicAP se fundamenta en el enfoque transdiagnóstico, que propone que son más las comunalidades entre trastornos que las diferencias (Farchione et al., 2012). La comorbilidad entre trastornos mentales es más la regla que la excepción, y los síntomas patognomónicos de un determinado trastorno aparecen con mayor frecuencia de la que cabría esperar, de acuerdo a un sistema diagnóstico categorial, en otros trastornos en principio diferentes e incluso pueden ser experimentados por personas sin psicopatología alguna, por ejemplo las ideas sobrevaloradas o las obsesiones (Belloch, 2012). Borsboom, Epskamp, Kievit, Cramer y Schmittmann (2011), en su modelo de red de síntomas psicopatológicos, señalan que la mitad de síntomas propuestos por DSM-IV guardan relación entre sí, y que los síntomas centrales incluyen criterios diagnósticos de los trastornos más prevalentes, esto es, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Por otro lado, la utilidad y eficacia de las mismas técnicas para trastornos diferentes ha sido ampliamente demostrada, de modo que el tratamiento psicológico para un trastorno de ansiedad dado produce cierta mejoría en otros problemas de ansiedad o afectivos asociados que no se abordan específicamente en el tratamiento (Allen, White, Barlow, Shear, Gorman y Woods, 2010) y programas de tratamiento grupal con personas con trastornos muy diferentes muestran un beneficio similar del tratamiento recibido (MacKenzie, 2001). Todo ello ha llevado al desarrollo de un modelo de transtratamiento basado en técnicas cognitivo conductuales (Barlow et al., 2011) que en estudios preliminares ha

mostrado una eficacia comparable a los protocolos tradicionales de TCC (Norton y Barrera, 2012).

La investigación que ha surgido a partir del enfoque transdiagnóstico se ha centrado en la búsqueda de dimensiones básicas comunes a los trastornos emocionales. El grupo de Barlow es uno de los principales representantes, con su propuesta de 2 dimensiones en términos de temperamento (afecto negativo y afecto positivo) que interpretan como un componente biológico de vulnerabilidad a desarrollar un trastorno mental, responsable de un 30-50% de la varianza de los trastornos emocionales. El resto de la varianza se explica por la vulnerabilidad psicológica con 2 componentes diferenciados: una generalizada, formada por acontecimientos vitales estresantes, y una específica, que se asocia con experiencias de aprendizaje concretas (Barlow et al., 2011). Posteriormente, se han planteado diversas dimensiones específicas de naturaleza cognitiva y/o afectiva como base común a los distintos trastornos emocionales.

Respecto a las dimensiones de tipo afectivo, las estrategias disfuncionales para regular los estados emocionales se asocian con indicadores de psicopatología sin variar la fuerza de dicha relación en función del tipo de trastorno, por lo que se considera una dimensión transdiagnóstica presente en todos los trastornos emocionales (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010). Otros estudios se han centrado en emociones específicas como la ira y sus dificultades para controlarla, que se han observado con mayor frecuencia en distintos trastornos de personalidad y del eje I (Novaco, 2010), asociándose a problemas de agresión interpersonal, problemas de pareja, aumento de riesgo de coronopatías, aumento de trastornos mentales comórbidos y mal funcionamiento psicosocial (Owen, 2011).

Respecto a las dimensiones cognitivas, los pensamientos rumiativos están presentes tanto en trastornos de ansiedad como depresivos, y se ha encontrado que su presencia en uno de estos tipos de trastorno incrementa la probabilidad de que, en un plazo de tiempo relativamente breve, aparezcan síntomas del otro grupo de trastornos, lo cual apoyaría su papel etiológico (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). Las intrusiones mentales son experiencias prácticamente universales no sujetas a condicionamientos culturales que son experimentadas por gran mayoría de la población. En el caso de la psicopatología la recurrencia de las intrusiones y algunas de sus características se asocian con gravedad y duración del trastorno obsesivo-compulsivo (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007) pero, como señala Belloch (2012), su importancia clínica va más allá, ya que se pueden citar los pensamientos automáticos negativos característicos de la depresión (Wenzlaff, 2005), las imágenes, recuerdos y sensaciones que se producen en el estrés postraumático (Brewin, Gregory, Lipton y Burgess, 2010) o los pensamientos intrusivos típicos del insomnio (Harvey, 2005). La sensibilidad a la ansiedad se ha estudiado como dimensión básica en trastornos emocionales, como el pánico, y problemas relacionados con el sueño (Fairholme, Carl, Farchione y Schonwetter, 2012), hallando su papel modulador entre los procesos claves del insomnio y la gravedad del insomnio, destacando su rol como factor de mantenimiento de problemas de sueño. La intolerancia a la incertidumbre se ha relacionado con los trastornos internalizantes, estudiando su papel mediador entre el neuroticismo y los síntomas de diversos trastornos emocionales (Belloch, 2012), encontrando que, uno de sus componentes, la ansiedad anticipatoria, es la dimensión que modularía la asociación entre neuroticismo y síntomas de ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivos, mientras que el componente de inhibición ansiosa explicaría las relaciones entre neuroticismo y síntomas de ansiedad social, pánico, agorafobia y depresión (McEvoy y Mahoney, 2012). Por último, una revisión sistemática sobre las interrelaciones entre procesos cognitivos y comportamentales y trastornos del eje I del DSM-IV concluye que determinadas modalidades de procesamiento (sesgos atencionales, de memoria, de razonamiento o en las atribuciones

de causalidad), procesos y/o productos de pensamientos específicos (pensamientos negativos recurrentes, creencias metacognitivas disfuncionales), comportamientos muy concretos (de evitación y de búsqueda de seguridad) y ciertas estrategias encubiertas para controlar cogniciones negativas (supresión) son comunes y muy frecuentes en una amplia gama de trastornos del eje I (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004).

El ensayo clínico PsicAP considera que los desórdenes emocionales son fruto de un doble proceso de aprendizaje emocional disfuncional a lo largo del tiempo. Por un lado, de tipo cognitivo, con carácter voluntario, en forma de sesgos cognitivos y fallos en la regulación emocional. Por otro lado, de tipo asociativo, carácter automático, con presencia de estímulos emocionales condicionados que tienden a ser evitados debido al malestar psicológico y alta activación que producen cuando están presentes (Cano Vindel, 2014). De acuerdo a la Teoría de los cuatro factores (Eysenck y Eysenck, 2007), la experiencia de ansiedad depende de la valoración que hagamos (amenaza vs. no amenaza) de 4 fuentes de información: la estimulación ambiental, la actividad fisiológica, la conducta y las cogniciones del individuo. La influencia de cada una de estas fuentes de información es modificada por sesgos cognitivos, por un lado el sesgo interpretativo (la tendencia a interpretar la estimulación y eventos ambiguos de forma amenazante, aunque no lo sean) y, por otro lado, el sesgo atencional hacia la amenaza (cuanto más tiempo dediquemos a atender y procesar información amenazante, mayor será el nivel de ansiedad) (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero y Wood, 2011). En el caso de la depresión, destaca la presencia de esquemas cognitivos negativos (triada cognitiva de Beck) y sesgos (de atención, memoria e interpretación) centrados en los sucesos negativos que implican una pérdida y el sesgo atribucional por el cual se ofrecen causas internas, estables y globales a los acontecimientos negativos. Este proceso es reversible, y a través de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales se pueden llevar a cabo ambos tipos de reaprendizaje dirigidos a recuperar la función adaptativa de las emociones.

Tratamiento en grupo

Las técnicas cognitivo-conductuales, desde un enfoque transdiagnóstico, son aplicadas en un formato grupal de 8-10 participantes. Aunque la aplicación típica de la TCC es en formato individual, ya en el libro clásico de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) sobre el TCC de la depresión se describe el uso del formato grupal. El TCC grupal, en comparación del tratamiento individual, supone una notable mejora de la eficiencia (Morrison, 2001). Pero, además de menor coste en términos de tiempo de dedicación por parte del terapeuta, el tratamiento grupal ofrece otras ventajas propias del formato. La interacción intragrupal ofrece la oportunidad de escuchar las experiencias y dificultades experimentadas por los demás, suponiendo la validación de las reacciones emocionales de una persona concreta si se ve reflejado en lo expuesto por otros pacientes «no soy el único que tiene problemas». Además, esa identificación con personas que están experimentando dificultades similares genera un ambiente de cohesión grupal en el que una persona se muestra más receptiva a escuchar otros puntos de vista y recibir la ayuda de sus iguales, siendo especialmente relevante la actuación de otros miembros del grupo como modelo de conducta al explicar, por ejemplo, cómo ha puesto en práctica una estrategia trabajada en el grupo ante un problema y las reacciones del grupo ante la participación de una persona (retroalimentación) que también ejercen influencia sobre su conducta. En el caso de la TCC en formato grupal, la interacción interpersonal se puede utilizar como «situación real» en la que poner en práctica estrategias como la identificación de pensamientos negativos y su relación con las reacciones emocionales, puesto que es más fácil detectar distorsiones cognitivas en el discurso de

los demás y, a continuación, reevaluar el tipo de pensamiento y practicar la discusión cognitiva. Por otro lado, las tareas para casa, componente clave que favorece la generalización de los cambios a entornos más naturales, se revisan al inicio de cada sesión, pudiendo utilizar el terapeuta este momento para promover la participación de cada persona y fomentar la retroalimentación entre los pacientes, así como reforzar el cumplimiento terapéutico de las tareas para casa, señalando esa conducta como modelo de implicación activa del paciente en el tratamiento.

En suma, el tratamiento grupal ofrece ventajas en términos de cohesión grupal, modelado de conducta, aprendizaje interpersonal y reconocimiento de puntos en común y similitudes con los demás (Yalom, 1970), a lo que se añade la motivación hacia el cambio al favorecer que una persona se comprometa públicamente ante los demás a realizar cambios, por la presión grupal, así como el estímulo hacia la acción y expectativas de mejora que genera la observación de logros y progresos en otros participantes del grupo.

Este nivel de intervención supone el primer tratamiento psicológico, el de menor intensidad, dentro del modelo de asistencia escalonada. Un metaanálisis de 32 estudios con adultos encontró reducción significativa en los niveles de depresión con un tamaño del efecto moderado ($g = .40$) comparado con los controles, que se mantenía en el seguimiento a los 6 meses (Feng, Chu, Chen, Chang, Chang y Chen, 2012), siendo el formato típico grupal (6-10 participantes), con sesiones de una hora a lo largo de 2-8 semanas. En general, diferentes metaanálisis muestran que el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo es eficaz con un tamaño del efecto grande, especialmente en el caso de las técnicas seleccionadas para el tratamiento PsicAP (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish, 2015). Además, los datos indican que la TCC en grupo ha mostrado una mejor relación coste/efectividad a largo plazo comparada con los anti-depresivos (Hollingshurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales pone énfasis en promover un papel activo del paciente, fomentando el trabajo personal, su participación en las sesiones grupales y favoreciendo el *feedback* intragrupal, así como asignando tareas para casa que faciliten la práctica de las habilidades entrenadas en las sesiones y promuevan su generalización a entornos naturales. Por otro lado, el terapeuta se sitúa en un enfoque de empirismo colaborativo (Tee y Kazantzis, 2011) otorgando al paciente el papel de experto y el terapeuta como colaborador que facilitará el entrenamiento en nuevas estrategias de manejo del malestar emocional, de modo que el tratamiento se convierte en un experimento que busca demostrar el efecto de las nuevas estrategias de regulación emocional.

Conclusiones

El proyecto para tratar los trastornos emocionales en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia (PsicAP) pretende comparar la eficacia del tratamiento psicológico con el tratamiento habitual en AP. El formato del tratamiento grupal se basa en el enfoque transdiagnóstico, asumiendo que las técnicas cognitivo-conductuales se pueden aplicar con eficacia en casos de depresión, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos, y se incluye como el primer nivel de tratamiento dentro de un modelo de asistencia escalonada, en el que se incrementaría la intensidad del tratamiento en función de la evolución y necesidades de cada paciente. En definitiva, se pretende facilitar el acceso a tratamientos más eficaces según la evidencia disponible, con pertinentes adaptaciones en función del contexto, a personas que en la práctica no están recibéndolos.

Es responsabilidad del psicólogo clínico, como profesional, ofrecer tratamientos con apoyo empírico (APA, 2017; Consejo General

de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2010), lo que implica formación continuada y conocimiento actualizado del estado de la investigación respecto a los tratamientos basados en la evidencia, porque no todas las formas de psicoterapias existentes son equivalentes (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). La Guía NICE, recogiendo la mejor evidencia disponible sobre el tratamiento de los trastornos mentales comunes, recomienda el uso de técnicas cognitivo-conductuales, que se pueden aplicar en formato grupal e incorporarse a un modelo de asistencia escalonado. Sin embargo, es conocida desde hace tiempo la distancia existente entre la investigación y la práctica clínica relacionada con los tratamientos psicológicos (Kazdin, 2008), con un porcentaje inaceptablemente bajo de psicoterapeutas aplicando adecuadamente los tratamientos con apoyo empírico (Addis y Krasnow, 2000). Por eso, el uso de tratamientos estructurados como el de PsicAP, adaptados a la población diana y guiados por la investigación, ayuda a reducir la diferencia entre lo que sabemos que funciona y lo que acabamos aplicando.

Si bien una iniciativa de este tipo pretende beneficiar de modo directo a los pacientes con trastornos emocionales más comunes en AP, ofreciéndoles una respuesta terapéutica eficaz y pronta, no debe subestimarse el beneficio indirecto para la atención especializada, que de este modo puede filtrar parte importante de su actual demanda asistencial. La existencia de tratamientos psicológicos en AP para los casos menos graves, pero que precisan un abordaje, permite que la atención especializada centre sus recursos en los casos resistentes y complejos, con mayor gravedad clínica y deterioro funcional.

Más allá de las consideraciones empíricas, esta iniciativa atiende a un aspecto trascendental: el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su tratamiento, particularmente dentro de los que tienen probada una eficacia similar. Un metaanálisis reciente ha informado de una preferencia de los pacientes 3 veces superior por el tratamiento psicológico frente al farmacológico (McHugh, Whitton, Peckham, Welge y Otto, 2013), y sabemos que recibir el tratamiento preferido repercute positivamente en la respuesta obtenida en el tratamiento (Lin et al., 2005). Las razones por las que los pacientes, de modo general, prefieren el abordar sus problemas de salud mental con el tratamiento psicológico no están claras, pero podemos suponer que, al margen de los efectos secundarios de la medicación, el tratamiento psicológico puede ser visto por los pacientes como menos intrusivo y más favorecedor de su autonomía y, en consecuencia, reforzar su percepción de empoderamiento, que es un aspecto clave de la recuperación personal. Sin embargo, en la práctica la gran mayoría de pacientes solo pueden optar al tratamiento farmacológico (Unützer y Park, 2012) y, por lo general, lejos de las recomendaciones de las guías clínicas (Gaudiano y Miller, 2013). En este sentido, el proyecto PsicAP no solo acerca tratamientos con apoyo empírico, sino que permite al paciente y al médico poder optar entre el tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico.

En conjunto, este protocolo de tratamiento pensado para su aplicación en AP está basado, por un lado, en la realidad constatada sobre los trastornos emocionales en estudios epidemiológicos (esto es, prevalencia, comorbilidad, discapacidad y costes) y, por otro, en los estudios de eficacia de tratamientos psicológicos que avalan el enfoque transdiagnóstico de la TCC y el formato grupal. Además, al facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos en AP, atendemos el derecho del paciente a poder elegir el modo de manejar sus problemas emocionales una vez se determina que necesitan tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Addis, M. E. y Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 331–339.
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974–983.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, K. M., Gorman, J. M. y Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 185–192.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, T. S., Brugha, T. S., Bryson, H., & ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 8–20.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285.
- American Psychology Association (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct [consultado 22 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 295–311.
- Bloom, D. E., Cañero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S. y ... Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R. A., Cramer, A. O. J. y Schmittmann, V. D. (2011). Transdiagnostic networks: Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 610–614.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D. A., Fletcher, J. y 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.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. y Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review, 117*, 210–232.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychological Review, 26*, 17–31.
- Cano Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés, 17*, 157–184.
- Cano Vindel, A. (2014). Manual para terapeutas. Proyecto PsicAP. *Manuscrito no publicado*.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M. y Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica, 102*, 4–27.
- 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.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. y ... Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(Suppl 2), 21–28.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005): libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas. p. 3.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). Código deontológico [consultado 22 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf>.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. y Andersson, G. (2009). Psychological treatment versus combined treatment of depression: A meta-analysis. *Depression & Anxiety, 26*, 279–288.
- Department of Health. (2006). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. White paper. London: Department of Health.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16*, 319–324.
- Eysenck, M. W. y Eysenck, W. (2007). Four factor theory and the anxiety disorders/La teoría de los cuatro factores y los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 13*, 283–289.
- Fairholme, C. P., Carl, J. R., Farchione, T. J. y Schonwetter, S. W. (2012). Transdiagnostic processes in emotional disorders and insomnia: Results from a sample of adult outpatients with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 522–528.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y ... Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 666–678.

- Feng, C., Chu, H., Chen, C., Chang, Y., Chang, Y., Chen, T. y ... Cou, K. (2012). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000–2010. *World Views on Evidence-Based Nursing, First Quarter*, 2–16.
- Fletcher, J., Bassilios, B., King, K., Kohn, F., Blashki, G., Burgess, P. y Pirkis, J. (2009). *Evaluating the access to allied psychological services component of the better outcomes in mental health care program. Fourteenth interim evaluation report: Ongoing gains in improving access to mental health care in Australia*. Melbourne: Centre for Health, Policy, Programs and Economics, Melbourne School of Population Health, University of Melbourne.
- Gaudiano, B. A. y Miller, I. W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33, 813–824.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. y 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.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulada Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38, 94–106.
- González-Blanch, C., Umanan, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A. y ... Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K. y 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.
- Harvey, A. G. (2005). Unwanted intrusive thoughts in insomnia. En D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 86–117). New York: Guilford Press.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*, 27, 412–430.
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. y Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 48, 349–361.
- Hirai, M. y Clum, G. A. (2006). A meta-analytic study of self-help intervention for anxiety problems. *Behaviour Therapy*, 37, 99–111.
- Hollinghurst, S., Kessler, D., Peters, T. J. y Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: Analysis of routine data. *British Medical Journal*, 330, 999–1000.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Hunsley, J. y Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21–33.
- Kathol, R. G., McAlpine, D., Kishi, Y., Spies, R., Meller, W., Bernhardt, T. y ... Gold, W. (2005). General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 160–167.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146–159.
- Kazdin, A. E., y Weisz, J. R. (Eds.). (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kolovos, S., Kleiboer, A. y Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 460–468.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213–220.
- Lin, P., Campbell, D. G., Chaney, E. F., Liu, C. F., Heagerty, P., Felker, B. L. y Hedrick, S. C. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 164–173.
- López, C., Serrano, R. M., Valverde, A., Casabella, B. y Mundet, X. (2006). ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicótopos en atención primaria? *Atención Primaria*, 37, 446–451.
- MacKenzie, F. R. (2001). Group psychotherapy. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Therapy, research and treatment* (pp. 497–526). Nueva York: Wiley.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. y Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 41.
- McEvoy, P. M. y Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance to uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behaviour Therapy*, 43, 533–545.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595–602.
- McLaughlin, K. A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186–193.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81–100.
- Morillo, C., Belloch, A. y García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319–1333.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311–332.
- 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.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110.
- Norton, P. J. y Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29, 1–9.
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. En M. Portugal, G. Stemmler, y C. Spielberger (Eds.), *International handbook of anger: Constituent, concomitant, biological, psychological and social processes* (pp. 465–513). New York: Springer.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. y Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65–74.
- Ophuis, R. H., Lokkerbol, J., Heemskerk, S. C., van Balkom, A. J., Hilgsmann, M. y Evers, S. M. (2017). Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 210, 1–13.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 11(1), 200.
- Owen, J. M. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical Psychology Review*, 31, 193–202.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, 9, e105471.
- Pilling, S. y 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.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F. y Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 37–45.
- Richards, D. A., Lovell, K., Gilbody, S., Gask, L., Torgerson, D., Barkham, M. y ... Richardson, R. (2008). Collaborative care for depression in UK primary care: A randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 38, 279–288.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Schwappach, D. L. B. (2007). Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? *Neuropsychiatrie*, 21, 18–28.
- Sicras Mainar, A., Navarro Artieda, R., Rejas Gutiérrez, J., Blanca Tamayo, M., Serrat Tarrés, J. y Llopart López, J. R. (2007). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farmacia Hospitalaria*, 31, 101–105.
- Sicras Mainar, A., Rejas Gutiérrez, J., Navarro Artieda, R., Serrat Tarrés, J., Blanca Tamayo, M. y Díaz Cerezo, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21, 306–313.
- Society of Clinical Psychology 2017. Division 12 of the APA [consultado 15 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.div12.org/psychological-treatments/>.
- Speckens, A. E., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H. y Rooijmans, H. G. M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328–1332.
- Tee, J. y Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 18, 47–61.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., Duffy, R., & Programa IAPT. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271–280.
- Unützer, J. y Park, M. (2012). Strategies to improve the management of depression in primary care. *Primary Care*, 39, 415–431.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B. y ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 11, Art. No.: CD011142.
- van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G. y Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 23–32.
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M. y Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167.

- Wenzlaff, R. M. (2005). Seeking solace but finding despair: The persistence of intrusive thoughts in depression. En D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 54–84). New York: Guilford Press.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. y Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 99–111.
- World Health Organization (2014). *Mental Health Atlas Country profiles*. Spain. 2014. WHO: Geneva.
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zarit, S. H., y Knight, B. G (Eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.