

Original

Evaluación retrospectiva del tratamiento psicológico grupal para pacientes con desórdenes emocionales en Atención Primaria

María José Moraga García^{1,2,3}, Nuria Martínez Aracil³, María Mercedes Gómez Pérez⁴, María Dolores Yañez de la Rosa¹, Sergio Pérez Belmonte⁵, Laura Zaragoza Ferrando⁵, Virtudes Pérez-Jover^{2,3} y Carlos J. van-der Hofstadt Román^{2,3,6}

¹Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Departamento de Salud Alicante-Hospital General.

²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL).

³Departamento Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

⁴Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Departamento de Salud de San Juan.

⁵Residente de Psicología Clínica. Departamento de Salud de San Juan.

⁶Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de marzo de 2024

Aceptado el 6 de julio de 2024

Palabras clave:

Ansiedad, Depresión, Salud Mental, Desórdenes Emocionales y Atención Primaria.

R E S U M E N

Introducción: Los individuos con trastornos mentales en España acuden una media de 15,1 visitas a los centros de Atención Primaria al año. La Guía del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención indica que el tratamiento psicológico es el recomendado para aquellos trastornos más presentes en Atención Primaria como son los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, considerándolo como un tratamiento de primera línea y con eficacia probada. El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de una intervención psicológica cognitivo-conductual grupal para el tratamiento de los trastornos mentales más comunes en Atención Primaria en la provincia de Alicante. **Método:** Participaron 131 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La intervención consistió en 7 sesiones grupales basadas en el protocolo PsicAP, que incluían psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas. Se evaluó depresión, trastornos somáticos, ansiedad generalizada y discapacidad funcional antes y después de la intervención. **Resultados:** Se produce una reducción de las puntuaciones en cada una de las variables de forma estadísticamente significativa. **Discusión:** La intervención realizada ha sido eficaz para reducir la sintomatología depresiva, somática, ansiosa y el impacto de la discapacidad funcional en pacientes con los trastornos mentales más comunes en Atención Primaria.

Retrospective evaluation of group psychological treatment for patients with emotional disorders in Primary Care

A B S T R A C T

Introduction: Individuals with mental disorders attend an average of 15.1 visits to Primary Care centres per year. National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines indicate that psychological treatment is the recommended for those disorders most present in Primary Care, such as anxiety, depression and somatisation disorders, considering it to be a first-line treatment with proven efficacy. The aim of the present study is to analyse the efficacy of a cognitive-behavioural psychological group intervention for the treatment of the most common mental disorders in Primary Care in the province of Alicante. **Method:** 131 patients who met the inclusion criteria participated. The intervention consisted of 7 group sessions based on the PsicAP protocol, which included psychoeducation, relaxation, cognitive restructuring, behavioural techniques and relapse prevention. Depression, somatic disorders, generalised anxiety and functional disability were assessed before and after the intervention. **Results:** There was a statistically significant reduction in the scores for each of the varia-

Keywords:

Anxiety, Depression, Mental Health, Emotional Disorders and Primary Care.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriamartinezaracil@gmail.com (N. Martínez Aracil).

<https://doi.org/10.5093/anyes2024a14>

1134-7937/© 2024 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Colegio de la Psicología de Madrid. Todos los derechos reservados.

bles. *Discussion*: The intervention has been effective in reducing depressive, somatic and anxiety symptoms and the impact of functional disability in patients with the most common mental disorders in Primary Care.

Introducción

El 37% de la población española presenta algún problema de Salud Mental, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Los trastornos mentales de mayor presencia en las historias clínicas de Atención Primaria son los trastornos de ansiedad (126,9 casos por cada 1.000 habitantes), en segundo lugar, los trastornos del sueño y seguido los trastornos depresivos con 78,8 y 46,8 casos por cada 1.000 habitantes respectivamente. Estos datos referentes al año 2021, según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2023), establecen una tendencia creciente en los problemas de Salud Mental del 2016 al 2021, siendo en el caso de la ansiedad un aumento del 105%, en el insomnio del 59% y en la depresión del 20% en la población general.

Asimismo, los individuos con trastornos mentales acuden una media de 15,1 visitas a los centros de Atención Primaria al año, aproximadamente un 40% más que la población general (Ministerio de Sanidad, 2023), presentándose principalmente con síntomas somáticos (Bellón et al., 2020).

Desde Europa se han considerado los trastornos mentales como la primera causa de pérdida de la calidad de vida, expresada en años de vida ajustados a discapacidad, y como el principal motivo de solicitud de una pensión por incapacidad (Wittchen et al., 2011). Estos trastornos mentales crean una gran carga de enfermedad ya que en los países desarrollados se estima que en el año 2030 la depresión será la principal causa de años vividos con discapacidad entre todas las enfermedades (Global Burden of Disease, 2018).

La Guía del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011)) indica que el tratamiento psicológico es el recomendado para los trastornos de ánimo y ansiedad, considerándolo como un tratamiento con eficacia probada. Establece la terapia psicológica como tratamiento de primera línea para los trastornos mentales comunes como es el caso de la ansiedad y la depresión.

La intervención psicológica cuenta con la eficacia y efectividad equivalente o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos mentales más comunes y con mayor efectividad a largo plazo (Hollon et al., 2006), especialmente cuando hablamos de la terapia cognitivo-conductual (Butler et al., 2006). En cuanto a los trastornos emocionales, el tratamiento psicológico es eficaz en los trastornos mentales comunes de ansiedad, depresión (Watts et al., 2015), somatizaciones (van Dessel et al., 2014) y en la disminución de síntomas emocionales en pacientes que sufren un alto nivel de estrés o trastornos adaptativos (Hibbs et al., 2015).

Específicamente los tratamientos transdiagnósticos han mostrado la eficacia de intervenciones breves, con un efecto similar a intervenciones de mayor intensidad, así como en diseños grupales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria (Newby et al., 2015). Igualmente, las terapias grupales en Atención Primaria en comparación con el tratamiento habitual han demostrado una mejoría clínica con un efecto notable tras la intervención (Huntley et al., 2012).

En España se ha desarrollado el Ensayo Clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) dirigido por el Dr. Antonio Cano Vindel y promovido por Psicofundación (Cano-Vindel et al., 2016). Sus objetivos establecen la implantación de un programa para el tratamiento de los desórdenes emocionales o trastornos mentales comunes en Atención Primaria con una intervención psicológica

grupal, empleando técnicas cognitivo-conductuales. Y de esta forma, fomentar y favorecer el acceso a tratamientos psicológicos con buen apoyo empírico a una mayor parte de la población (González-Blanch et al., 2018). Se cuenta con datos de aproximadamente mil pacientes y se establecen tasas de recuperación confiable entre el 45% y 50% (Cano-Vindel et al., 2021).

Por tanto, el acceso a tratamientos psicológicos en Atención Primaria es eficaz y efectivo, tal y como reflejan los datos y los metaanálisis publicados (Cuijpers et al., 2019; Twomey et al., 2015). Por lo que se hace necesario la divulgación de terapias psicológicas bien fundamentadas en Atención Primaria ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario público, así como la difusión de investigaciones que nos posibilite mayor conocimiento sobre qué hacer, cuándo y con quién (Muñoz y Cano, 2023).

Por todo ello, el objetivo general del presente estudio es analizar la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual grupal para pacientes con desórdenes emocionales derivados de sus médicos de Atención Primaria en la provincia de Alicante.

Método

Se trata de un estudio observacional retrospectivo con medidas pre-post tratamiento sin seguimiento.

Participantes

Se obtuvo una muestra total de 131 participantes pertenecientes al Departamento de Salud Alicante – Hospital General, en el momento del pre-tratamiento, durante la realización de las sesiones grupales se produjeron pérdidas ya que se vieron interrumpidas por la pandemia del Covid-19. Tras el confinamiento se retomaron las sesiones en formato online o en las aulas de docencia del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se consiguió recoger las puntuaciones de los instrumentos post-tratamiento de 60 participantes.

A continuación, se muestra la **Tabla 1** donde se refleja la descripción sociodemográfica de la muestra.

Tabla 1
Descriptivos básicos de la muestra.

Variable	PRE	POST
	Total/ M(SD) o %	Total/ M(SD) o %
Edad	131/ 43.48 (12.72)	60/47.38 (12.17)
Género (femenino)	88/ 67.2%	41/70.7%

*Nota. M: Media; SD: Desviación Estándar.

Los criterios de Inclusión fueron ser mayor de 18 años, nivel cognitivo necesario para seguir el tratamiento grupal y sintomatología sugerente de trastornos emocionales. Este último criterio se determinó con la obtención de una puntuación igual o superior a 10 en al menos uno de los instrumentos de evaluación PHQ-15, GAD-7 y PHQ-9, tal y como indican sus respectivos estudios (Kroenke et al., 2001; Muñoz-Navarro et al., 2017a; Muñoz-Navarro et al., 2017b).

Los criterios de exclusión fueron el consumo activo de tóxicos, los procesos de duelo, la presencia de trastornos de personalidad de base y los participantes no debían haber sido atendidos previamente en una Unidad de Salud Mental.

Instrumentos

Ansiedad Generalizada: esta variable está determinada por la escala Generalized Anxiety Disorder Scale-7, GAD-7, (Spitzer et al., 2006). Se validó la versión española como Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada, GAD-7, por García-Campayo et al. (2010). A través de sus 7 ítems mide 7 síntomas de la ansiedad generalizada en las últimas 2 semanas con respuesta tipo Likert que abarca valores de 0 a 3. Tiene una puntuación máxima de 21. Entre 0 y 4 indica que no hay ansiedad, entre 5 y 9 señala ansiedad leve, entre 10 y 14 ansiedad moderada y de 15 a 21 ansiedad grave. La versión española ha analizado que con un punto de corte de 8 ofrece una sensibilidad de .93 y una especificidad de .85 para el diagnóstico de probable Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). También ha sido estudiado en centros de Atención Primaria en el ensayo del PsicAP, comparándolo con el módulo del TAG de la entrevista diagnóstica CIDI. Obtuvieron el mejor criterio con un punto de corte de 10, mostrando una sensibilidad de .87 y especificidad de .78 (Muñoz-Navarro et al., 2017a).

Depresión: esta variable está determinada por el cuestionario Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9, (Kroenke et al., 2001). Fue validado por Baader et al. (2012) como Escala de Depresión PHQ-9. Este instrumento formado por 9 ítems con respuesta tipo Likert con valores entre 0 y 3, corresponden a los 9 criterios de la depresión mayor del DSM-IV y al módulo de autoinforme sobre el estado de ánimo del PRIME-MD. La sintomatología toma como referencia las 2 últimas semanas. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 27. Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor es necesario que se puntúe al menos 2 (más de la mitad del tiempo) o 3 (casi todo el tiempo) en alguno de los 2 primeros ítems y puntuar 2 o 3 a un mínimo de 5 ítems del total (el ítem del suicidio puntuaría también en el caso de haber respondido con 1). Por tanto, puntuaciones entre 1 y 4 no indicaría depresión, entre 5 y 9 señalarían una depresión subclínica, entre 10 y 14 una depresión leve, entre 15 y 19 una depresión mayor moderadamente grave y entre 20 y 27 depresión mayor grave (Muñoz-Navarro et al., 2017a). La versión española obtuvo valores de sensibilidad de .92 y de especificidad de

.89 en pacientes depresivos en la Atención Primaria de Chile. En España se ha estudiado con pacientes de Atención Primaria del ensayo PsicAP, comparándolo con el módulo de depresión mayor de la entrevista diagnóstica SCID-I. Se obtuvo la puntuación igual o superior a 10 como aceptable para el diagnóstico de un posible trastorno depresivo mayor con una sensibilidad de .87 y especificidad de .78 (Muñoz-Navarro et al., 2017b).

Trastornos Somáticos: es medida a través del cuestionario Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15 (Kroenke et al., 2002). Fue validado al español por Diez-Quevedo et al. (2001) como Cuestionario PHQ-15. Mide la gravedad de los síntomas somáticos relacionados con el estrés y sin origen orgánico. Está formado por un total de 15 ítems, 13 de ellos asociados a la subescala de síntomas somáticos del PHQ y los 2 últimos corresponden al módulo de depresión del PHQ, todos ellos con una escala de respuesta tipo Likert con valores de 0 a 2. Sus puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 30, entre 0 y 4 no hay presencia de síntomas somáticos, entre 5 y 9 señala síntomas somáticos leves, entre 10 y 14 síntomas somáticos moderados y entre 15 y 30 síntomas somáticos graves. En el estudio original se estableció que el 88% de los pacientes presentaban el diagnóstico de trastorno somatomorfo cuando en al menos 5 de los 15 ítems habían obtenido una puntuación de 2 (Kroenke et al., 2001). Más tarde se han comprobado valores algo más bajos con una sensibilidad de .78 y una especificidad de .71 (van Ravesteijn et al., 2009).

Discapacidad Funcional: esta variable está determinada por el Cuestionario Sheehan Disability Inventory, validado en espa-

ñol por Bobes et al. (1999) como Cuestionario de Discapacidad de Sheehan, SDS. Este instrumento valora el impacto de la discapacidad o funcionamiento en la vida diaria de los pacientes. El cuestionario original estaba compuesto por 3 ítems (vida laboral, vida social y de ocio y vida familiar y responsabilidades en el hogar). Posteriormente se añadieron 2 ítems más para valorar el grado de preocupación y apoyo social. Los cuatro primeros ítems se responden con una escala visual analógica graduada en 10 puntos, donde 0 corresponde a “no discapacidad” y 10 a “máxima discapacidad”. El último ítem, el de apoyo social, se responde de forma similar a los otros ítems pero en porcentajes de 0% a 100%. Tiene una puntuación total de 50 y no existe punto de corte. Se considera que a mayor puntuación, mayor nivel de discapacidad presenta la persona evaluada. Posee un valor de alfa de Cronbach de .72 y un coeficiente de correlación intraclase de .87, .63 y .75 para el total de discapacidad funcional, de estrés percibido y de apoyo social percibido, respectivamente (Bobes et al., 1999).

Procedimiento

Se informó a los médicos de familia, de tres centros de Atención Primaria del departamento de Salud de Alicante-Hospital General, en qué consistía el programa y cuáles eran los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes que observaron que coincidían con el perfil del tratamiento eran derivados a la psicóloga correspondiente del centro de salud, encargada de los grupos de terapia.

Una vez derivados los pacientes, se les asignaba una cita en la que se les evaluaba individualmente si coincidían con el perfil para los grupos de terapia. Se les administraba los instrumentos de evaluación GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 y SDS, así como se recogían datos sociodemográficos que fueron la edad y el sexo. También se realizó una entrevista y se revisó la historia clínica de cada participante para verificar si cumplían alguno de los criterios de exclusión.

Cuando los pacientes satisfacían los criterios de inclusión y no cumplían ninguno de exclusión, el equipo investigador se ponía en contacto con ellos, vía telefónica, para informar de su incorporación en el tratamiento psicológico grupal. En el momento en que se conseguían reunir entre 10 y 12 participantes se comenzaba un grupo de terapia presencial en las aulas del centro de salud correspondiente. Las sesiones tenían una periodicidad semanal y la duración total del tratamiento de cada grupo fue de 2 meses.

El tratamiento cognitivo-conductual, del protocolo PsicAP con un enfoque transdiagnóstico, estuvo formado por 7 sesiones de hora y media de duración en formato grupal. Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas.

La estructura de las sesiones fue similar en cada una de ellas. Las sesiones comenzaban con el repaso de las tareas para casa, después se centraba en los contenidos y las técnicas propias de cada sesión y, por último, se explicaban las tareas para casa. Tenían como objetivo que los pacientes recibieran un entrenamiento en técnicas psicológicas, que han mostrado ser científicamente eficaces, para gestionar adecuadamente sus problemas emocionales. Tras la finalización del tratamiento, se les volvió a administrar a los participantes los instrumentos de evaluación.

La pandemia del Covid-19 interrumpió las tareas descritas, teniendo que paralizar los grupos de terapia para retomarlos más tarde en formato online o en una ubicación diferente, por lo que finalizaron los grupos en el 2021. Hubo un total de 12 grupos con una media de entre 10 y 12 participantes.

El protocolo del estudio fue aprobado por el CEIm del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, con número de referencia CEIM: 2021-147 y Ref. ISABIAL: 2021-0402. Al tratarse

de un estudio retrospectivo y con la dificultad de contactar nuevamente con los pacientes, se solicitó la solicitud de exención del consentimiento informado.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 24.00. La *variable independiente* del estudio es el tratamiento cognitivo-conductual grupal aplicado. Las *variables dependientes* evaluadas son Ansiedad Generalizada, Depresión, Trastornos Somáticos e Discapacidad Funcional.

Se efectuaron análisis descriptivos de las variables estudiadas y comparación intra-grupos en el pre y post-tratamiento con el objetivo de evaluar las posibles diferencias estadísticamente significativas entre ambas medidas. Se tuvo en cuenta el punto de corte establecido en los instrumentos de evaluación para el acceso al tratamiento como punto de referencia para observar en qué medida podían reducir las puntuaciones de los pacientes.

Se comprobó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov y la de Rachas que los datos obtenidos en las muestras relacionadas cumplían los supuestos de normalidad e independencia, respectivamente. Por lo que, no fue necesario la realización de pruebas alternativas no paramétricas como la de Wilcoxon.

Al tratarse de un estudio de dos muestras relacionadas el estadístico de contraste empleado fue la T-Student. Para calcular el tamaño del efecto se aplicó la *d* de Cohen.

Resultados

Las medias poblacionales de las variables dependientes han revelado diferencias intra-grupo, mostrando en todas ellas una reducción de las puntuaciones del pre-tratamiento (Medición 1) al post-tratamiento (Medición 2) de forma estadísticamente significativa, tal y como muestra la [Tabla 2](#).

La mayor diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas la encontramos en el cuestionario PHQ-9, con una diferencia de 5,05 puntos. En segundo lugar, le sigue el cuestionario GAD-7. En tercer lugar, el SDS y, por último, el instrumento PHQ-15. Todas las diferencias intra-grupo halladas en los cuatro instrumentos de evaluación son estadísticamente significativas ya que la probabilidad asociada en cada una de ellas es menor al nivel de significación establecido ($\alpha=0,05$).

En cuanto al tamaño del efecto, la *d* de Cohen refleja un tamaño del efecto grande en el caso del PHQ-9 y el GAD-7. El PHQ-15 y el SDS han mostrado un tamaño del efecto medio.

Las diferencias de las puntuaciones en la mayoría de las variables analizadas se han reducido alcanzando puntuaciones iguales o menores a los puntos de corte establecidos en el programa para la participación en la terapia grupal. Solo el PHQ-15 se ha mantenido en el punto de corte (10,08) tras el tratamiento, mientras que las otras variables han reducido sus puntuaciones por debajo del punto de corte.

Discusión

En el presente trabajo se ha estudiado la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual grupal para pacientes con desórdenes emocionales, derivados de sus médicos de Atención Primaria en la provincia de Alicante. Los resultados han mostrado que el tratamiento cognitivo-conductual grupal en Atención Primaria es eficaz para reducir la sintomatología depresiva, somática, ansiosa y el impacto de la discapacidad funcional de forma significativa en pacientes con desórdenes emocionales.

Los resultados se han mostrado consistentes con la literatura previa ya que, en primer lugar, el tratamiento psicológico es el recomendado para los trastornos de ánimo y ansiedad, considerándolo como un tratamiento con eficacia probada (NICE, 2011) y especialmente cuando hablamos de la terapia cognitivo-conductual (Butler et al., 2006). En segundo lugar, el estudio ha permitido favorecer el acceso a tratamientos psicológicos con buen apoyo empírico a mayor parte de la población desde la Atención Primaria alicantina y en un formato grupal para tener mayor alcance como ya respalda el Ensayo Clínico PsicAP (Cano-Vindel et al., 2016). Y, en tercer lugar, los resultados obtenidos apoyan que el acceso a tratamientos psicológicos en Atención Primaria es eficaz y efectivo (Cuijpers et al., 2019; Huntley et al., 2012; Newby et al., 2015; Twomey et al., 2015).

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, la pérdida de participantes debido a la falta de asistencia a las sesiones del tratamiento es considerada como una importante limitación. Además, existen variables que no se han contemplado y que han podido influir en los resultados como la interrupción de algunos grupos de terapia debido a la pandemia del Covid-19, aplazando la continuidad de los grupos meses después en formato online o en una ubicación diferente, las dificultades que hayan encontrado los médicos de familia para derivar correctamente los pacientes a los grupos de terapia o los inconvenientes de administrar instrumentos de evaluación autoinformados a los participantes.

Pese al reto que supuso la interrupción del tratamiento por la pandemia del Covid-19, la adaptación de la terapia grupal al formato online permitió gozar de la continuidad de la intervención y de la bondad de la terapia online para estos pacientes.

Líneas de investigación futuras podrían centrar su atención en un mayor alcance muestral tanto en el pre como en el post tratamiento, teniendo así un mayor alcance en la población. Asimismo, sería interesante la recogida de datos de seguimiento para el estudio de la evolución de los resultados obtenidos tras el tratamiento, así como la comparación con pacientes con desórdenes emocionales con tratamiento psicofarmacológico desde Atención Primaria.

Igualmente se ha percibido que los síntomas somáticos no se han visto reducidos por debajo del punto de corte establecido, lo que nos sugiere que la falta de datos de seguimiento no nos ha permitido observar los cambios en las somatizaciones de los pacientes tras un tiempo de práctica más prolongado de las técnicas aprendidas en el tratamiento. Además, tuvo un tamaño del efecto mediano tal y como se ha podido apreciar en anteriores estudios (Cano-Vindel et al., 2021).

Tabla 2
Contraste de medias de las mediciones pre-tratamiento y post-tratamiento.

Variable	Medición 1		Medición 2		<i>t</i> (36)	<i>p</i>	95% IC		<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			<i>LI</i>	<i>LS</i>	
PHQ-9	13.32	5.29	8.27	4.90	5.839	<.001	3.29	6.60	0.990
PHQ-15	12.43	5.28	10.08	5.79	3.128	.003	.82	3.87	0.424
GAD-7	12.78	4.23	7.94	5.19	6.826	<.001	3.40	6.27	1.022
SDS	12.94	8.22	8.82	7.97	3.476	.003	1.60	6.62	0.508

*Nota. *M*: Media; *DE*: Desviación Estándar; *IC*: Intervalo de confianza; *LI*: Límite inferior; *LS*: Límite superior; *d*: *d* de cohen.

Para concluir, los resultados del presente trabajo muestran que el tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico grupal en Atención Primaria es efectivo para reducir la sintomatología depresiva, somática, ansiosa y el impacto de la discapacidad funcional en pacientes con desórdenes emocionales. Además, ratifica la necesidad de mayor divulgación de terapias psicológicas bien fundamentadas en Atención Primaria ya que es considerada la puerta de entrada al sistema sanitario público.

Agradecimientos

Los autores y las autoras queremos agradecer al equipo de investigación del estudio PsicAP, especialmente a su director, el Profesor Antonio Cano Vindel, Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, por habernos facilitado el protocolo de tratamiento del Programa PsicAP.

Referencias

- Baader, T., Molina, J.L., Venezian, S., Rojas, C., Fariás, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M. y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Bellón, J.A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M.I., Mendive, J.M. y Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., De La Torre, J., Doménech, J. R., González-Quirós, P., González-Quirós, M., Bascarán, M. T., González De Rivera, J. L., y Martínez De La Cruz, F. M. (1999). Validación de las versiones en Español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychological Review*, 26, 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52, 3336-3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F. & Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP study): Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V. & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Quality of Life Outcomes*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Global Burden of Disease. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- González-Blanch, C., Umaman-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil, E. y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 48, 349-361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitivebehavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- Huntley, A., Araya, R. y Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 184-190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Common Mental Health Disorders*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychological Review*, 40, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Muñoz, R. y Cano, A. (2023). ¿Son eficaces las terapias psicológicas implementadas en Atención Primaria? Recuperado de Infocop website: <https://www.infocop.es/son-eficaces-las-terapias-psicologicas-implementadas-en-atencion-primaria/>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., González-Blanch, C., Moriana, J.A., Capafons, A. y Dongil-Collado, E. (2017a). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23, 124-129. <http://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M.A. & Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017b). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*, 17, 291-300. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family practice*, 32(1), 3-15. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm060>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S.S., Terluin, B., Numans, M.E., van der Horst, H.E. & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-137. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., Huijsers, J., Schene, A., van Weel, C. & Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 232-238. <https://doi.org/10.1370/afm.985>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M. & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>