



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

**Curso 2023-2024**

**Trabajo Fin de Máster**

**Evaluación retrospectiva del tratamiento psicológico grupal  
para pacientes con desórdenes emocionales en Atención  
Primaria (PsicAP-Alicante)**

Autora: Nuria Martínez Aracil

Tutor: Carlos J. van-der Hofstadt Román

Cotutora: M<sup>a</sup>José Moraga García

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.CJVHR.NMA.230619

*Convocatoria: Enero 2024*



## 1. Resumen

Los trastornos mentales más presentes en Atención Primaria son los denominados desórdenes emocionales. Los proyectos *Improving Acces to Psychological Therapies* de Reino Unido, el *Better Access* de Australia y el *Prompt Mental Health Care* de Noruega se han instaurado en la Atención Primaria de sus países para facilitar el acceso a terapias psicológicas, con buen apoyo empírico, a mayor parte de la población. En España contamos con el proyecto PsicAP (Psicología en Atención Primaria) que ha obtenido tasas de recuperación confiables entre el 45% y el 50% y tasas de deterioro del 3%. El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual grupal para pacientes con desórdenes emocionales derivados de sus médicos de Atención Primaria en el Departamento de Salud Alicante-Hospital General. Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión acudieron a 7 sesiones grupales basadas en el protocolo PsicAP. Antes y después de la intervención les fueron administrados los cuestionarios PHQ-9, PHQ-15, GAD-7 y SDS, para evaluar las variables depresión, trastornos somáticos, ansiedad generalizada e incapacidad respectivamente. Los resultados han revelado una reducción de las puntuaciones en cada una de las variables de forma estadísticamente significativa. Por tanto, la intervención realizada ha sido efectiva para reducir la sintomatología depresiva, somática, ansiosa y el impacto de la discapacidad en pacientes con desórdenes emocionales.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Salud Mental, Desórdenes Emocionales y Atención Primaria.

## Abstract

The most prevalent mental disorders in Primary Care are the so-called emotional disorders. The projects *Improving Access to Psychological Therapies* in the United Kingdom, *Better Access* in Australia and *Prompt Mental Health Care* in Norway have been implemented in Primary Care in their countries. Their purpose was to facilitate access to psychological therapies, with good empirical support, to a larger part of the population. In Spain we have the PsicAP project (Psychology in Primary Care) which has obtained reliable recovery rates between 45% and 50% and deterioration rates of 3%. The aim of the present study is to analyse the effectiveness of a group cognitive-behavioural psychological treatment for emotional disorders. Patients were referred by Primary Care doctors of the Alicante-Hospital General Health Department. Patients who met the inclusion criteria attended 7 group sessions based on the PsicAP protocol. In order to assess the variables depression, somatic disorders, generalised anxiety and disability, PHQ-9, PHQ-15, GAD-7 and SDS questionnaires were given to them before and after the intervention. The results revealed a statistically significant reduction in the scores on each of the variables. Therefore, the intervention has been effective in reducing depressive, somatic and anxiety symptoms and the impact of disability in patients with emotional disorders.

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

## 2. Introducción

La prevalencia de los trastornos mentales en España se ha visto incrementada un 19% desde el 2013 al 2019, de manera que en la actualidad, 3 de cada 10 españoles sufren un trastorno mental, siendo más presente en mujeres que en hombres. La población que cuenta con menores ingresos económicos muestra el doble de trastornos mentales en comparación con la de mayor nivel de ingresos (Ministerio de Sanidad, 2022).

Los trastornos mentales de mayor presencia en las historias clínicas de Atención Primaria son los trastornos de ansiedad (74,6 casos por cada 1.000 habitantes), y en segundo lugar, los trastornos del sueño, seguido de los trastornos depresivos con 60,7 y 41,9 casos por cada 1.000 habitantes respectivamente (Ministerio de Sanidad, 2022).

Los trastornos de ansiedad afectan a 10 de cada 100 mujeres y a 5 de cada 100 hombres. En el caso de los trastornos depresivos se destaca que, en población anciana, 1 de cada 10 personas mayores de 75 años manifiesta sufrir un cuadro depresivo. En ambos trastornos la prevalencia varía en función de la comunidad autónoma, aunque en el caso de la Comunidad Valenciana cuenta con valores elevados; 244,2 casos por cada 1.000 habitantes en los trastornos de ansiedad y un 9,8% en los trastornos depresivos (Ministerio de Sanidad, 2022).

En la Comunidad Valenciana, en 2021, se ha producido un aumento en las consultas en Salud Mental respecto al año anterior, específicamente, un 42,1% (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2021a). En las Unidades de Salud Mental de la Comunidad Valenciana se ha atendido un total de 1.256.406 consultas en el año 2022, de las cuales 259.382 correspondían al servicio de psicología, colocándose tras las consultas de psiquiatría, que son las más frecuentes en Salud Mental (Conselleria

de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022). La memoria de Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (2021b) apunta que el malestar emocional procedente del prolongado desarrollo de la pandemia del Covid-19, ha causado un aumento en las derivaciones a las Unidades de Salud Mental desde Atención Primaria y desde los servicios de urgencias. Además, señala que se ha producido un mayor número de descompensaciones en pacientes que ya disponían de tratamiento psiquiátrico o psicológico. De 2021 a 2022 en la Comunidad Valenciana ha habido un aumento del 1,36% en las consultas de Salud Mental, lo que refleja una retención en el incremento de las consultas debido a la pandemia (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022).

En España la tasa de mortalidad por suicidio aumenta conforme la edad, siendo más elevada en hombres que en mujeres. La mayor tasa se produce en población anciana en el grupo de 75 años o más, en el que la tasa es cinco veces superior en hombres que en mujeres. En cuanto a los jóvenes, presentan la mayor tasa los varones del grupo de edad de 20 a 24 años (Ministerio de Sanidad, 2022). En 2022 se produjeron 4.097 muertes por suicidio en España, un 2,3% más que el año anterior (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2023), superando un año más los máximos históricos desde que existen registros (Observatorio del Suicidio en España, 2022).

Los individuos con trastornos mentales acuden una media de 13,1 visitas a los centros de Atención Primaria al año, aproximadamente un 50% más que la población general (Ministerio de Sanidad, 2022), presentándose principalmente con síntomas somáticos (Bellón et al., 2020). En las consultas de atención psiquiátrica de España se atendieron 5.287.638 de consultas en el 2019, considerándose un 5% del total de la

atención especializada. Además, en el año 2019 el consumo de antidepresivos ascendió a 86,9 DHD (Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes y día) (Ministerio de Sanidad, 2022).

Cuando estos pacientes acuden a las consultas de Atención Primaria, los médicos y médicas de familia tienen dificultades para un adecuado diagnóstico y tratamiento (Bellón et al., 2020). Tal y como establecen Bellón et al. (2020, p. 23), se podría aplicar “la regla de las mitades decreciente” ya que con los datos recabados en el estudio exponen que menos de la mitad de los pacientes con enfermedades mentales comunes estarían correctamente diagnosticados en Atención Primaria, de éstos, menos de la mitad percibirían el tratamiento adecuado y, de entre ellos, menos de la mitad iniciarían el tratamiento.

Entre los factores que influyen a que no se realice un diagnóstico correcto de las enfermedades mentales comunes en Atención Primaria se destaca: la escasez de tiempo en consulta, dificultades de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental e insuficiente formación de los médicos de familia en Salud Mental, en habilidades de comunicación y en abordaje psicosocial. Además, los pacientes con trastornos mentales comunes suelen mostrar síntomas físicos en consulta y/o a lo largo de la consulta el paciente muestra síntomas emocionales de forma tardía (Bellón et al., 2020).

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. Además, no aconsejan la prescripción de benzodiazepinas como tratamiento para estos trastornos.

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).

Ante estos problemas leves o moderados de Salud Mental más comunes en Atención Primaria, en el año 2007 se puso en marcha desde Reino Unido la propuesta *Improving Acces to Psychological Therapies* (IAPT; Mejorando el acceso a terapias psicológicas), con el objetivo de facilitar el acceso a las terapias psicológicas en Atención Primaria. Los datos recabados aludían a que el tratamiento psicológico se mostraba como más eficaz que el tratamiento ordinario, presentando mayor coste-eficacia y coste-utilidad y aminorando la discapacidad, las ayudas sociales y el gasto sanitario (Radhakrishnan et al., 2013).

Los servicios de IAPT cuentan con aproximadamente 650.000 pacientes con depresión o trastornos de ansiedad al año, que son asistidos con las terapias psicológicas indicadas por la NICE (Clark, 2018). Sus resultados revelan tasas de recuperación aproximadamente del 50% en la población tratada (Clark, 2018), alcanzando un 51,4% en el año 2021 (Muñoz y Cano, 2023). Esto supone que 2 de cada 3 pacientes atendidos

mejora su sintomatología significativamente y la tasa de deterioro es determinada entre el 8% y el 10% (Clark, 2018). Se ha considerado que es clave la contribución de diferentes recursos en los servicios de IAPT para aumentar los niveles de recuperación de los pacientes (Saunders et al., 2020).

En Australia se lanzó el programa *Australian Medicare Better Access*, un proyecto fundamentado en el IAPT inglés, donde se ofrece tratamiento psicológico en Atención Primaria (Muñoz y Cano, 2023). El artículo reciente de Allison et al., (2023) analizan los datos que se han investigado en este proyecto estableciendo que entre el 45% y el 100% de los pacientes mejoraba su sintomatología significativamente. El estudio establece la tasa de deterioro entre el 0% y el 40%. Tal y como destacan Muñoz y Cano (2023), en el artículo se analizan 5 estudios que abarcan estos porcentajes tanto de deterioro como de mejoría pero debería ser necesaria una revisión más detallada del significado de estos conceptos para obtener datos más concretos.

Desde Noruega también se ha realizado una adaptación de los servicios del IAPT. El programa *Prompt Mental Health Care* (PMHC) fue creado en 2012 con el propósito de mejorar el acceso a terapias psicológicas bien fundamentadas en la Atención Primaria noruega. Este tratamiento está dirigido a pacientes con sintomatología moderada propia de los trastornos depresivos y ansiosos. Sus resultados han mostrado que se trata de una terapia efectiva, así como se mantiene la mejoría en los síntomas ansiosos y depresivos, en la calidad de vida relacionada con la salud y en la tasa de recuperación confiable (63,4%) a los 24 y 36 meses (Smith et al., 2022).

En España se ha desarrollado el Ensayo Clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) dirigido por el Dr. Antonio Cano Vindel y promovido por Psicofundación

(Muñoz y Cano, 2023). 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 con tasas de recuperación similares a las del proyecto IAPT de Reino Unido y del Better Access de Australia. Se establecen tasas de recuperación confiable en el PsicAP entre el 45% y 50%. En cuanto a la tasa de deterioro los datos han mostrado un 3% tanto en el postratamiento como a largo plazo. En el caso de los pacientes con tratamiento ordinario la tasa de recuperación confiable disminuía a un 13% en el postratamiento y a un 11% al año y la tasa de deterioro se veía incrementada a un 14% en el postratamiento y un 12% a los 12 meses (Cano-Vindel et al., 2022a, 2022b).

Sin embargo, en España se cuenta con la tasa más baja de Europa en profesionales de la psicología en la sanidad pública, alrededor de 5,8 por cien mil habitantes, muy por debajo de los 18 de media europea o la media de 79 psicólogos en Finlandia (Kovess-Masfety et al., 2007; World Health Organization, 2014). Ante estos datos los pacientes con trastornos mentales comunes en España presentan reducidas posibilidades de recibir atención psicológica, lo que puede llevar a la cronicidad, comorbilidad, discapacidad e incremento de la carga (Ruiz, 2019).

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, en este trabajo se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general: analizar la efectividad de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual grupal para pacientes con desórdenes emocionales derivados de sus médicos de Atención Primaria en el Departamento de Salud Alicante-Hospital General.

Objetivos específicos:

1. Analizar la presencia de diferencias intra-grupo en la variable ansiedad generalizada, evaluada con el cuestionario GAD-7, en el pre y el post-tratamiento.
2. Estudiar la existencia de diferencias intra-grupo en la variable depresión, determinada por el cuestionario PHQ-9, en el pre y el post-tratamiento.
3. Evaluar la presencia de diferencias intra-grupo en la variable trastornos somáticos, medida por el cuestionario PHQ-15, en el pre y el post-tratamiento.
4. Determinar la existencia de diferencias intra-grupo en la variable incapacidad, evaluada con el cuestionario SDS, en el pre y el post-tratamiento.

En cuanto a las hipótesis que se plantean en la actual investigación, se enumeran las siguientes:

1. La variable ansiedad generaliza, evaluada con el cuestionario GAD-7, se verá reducida de forma significativa tras el tratamiento.
2. La variable depresión, determinada por el cuestionario PHQ-9, se verá reducida de forma significativa tras el tratamiento.
3. La variable trastornos somáticos, medida por el cuestionario PHQ-15, se verá reducida de forma significativa tras el tratamiento.
4. La variable incapacidad, evaluada con el cuestionario SDS, se verá reducida de forma significativa tras el tratamiento.

### **3. Método**

#### **3.1 Tipo de diseño**

Se trata de un estudio observacional retrospectivo con medidas pre y post-tratamiento sin seguimiento, donde se analiza la eficacia de una intervención psicológica en Atención Primaria.

La muestra participó en 7 sesiones de tratamiento psicológico grupal de una hora y media de duración a la semana, utilizando el protocolo PsicAP. Los datos se recogieron a través de los cuestionarios establecidos en las variables a estudiar (ansiedad generalizada, depresión, trastornos somáticos e incapacidad) antes de iniciar el tratamiento y tras finalizarlo.

### 3.2 Procedimiento

El equipo investigador se puso en contacto con los promotores del proyecto PsicAP con el objetivo de impulsar el proyecto piloto en diferentes de centros de Atención Primaria de la ciudad de Alicante. Se puso en marcha en octubre de 2019.

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 PsicAP.

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.

Cuando los pacientes cumplían los criterios de inclusión y 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, que encajaban con el perfil del PsicAP, 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, fundamentado en el propio protocolo PsicAP, estuvo formado por 7 sesiones de hora y media de duración en formato grupal.

Las técnicas y el cronograma empleado en las 7 sesiones se pueden apreciar en la Tabla 1:

**Tabla 1**

*Técnicas y Cronograma PsicAP.*

	1	2	3	4	5	6	7
Psicoeducación	X	X					
Relajación		X					
Reestructuración cognitiva			X	X	X	X	X
Técnicas conductuales					X	X	X
Prevención de recaídas							X

El tratamiento grupal tenía como objetivo que los pacientes recibieran un entrenamiento en técnicas psicológicas, que han mostrado ser científicamente eficaces, para gestionar adecuadamente sus problemas emocionales.

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 de sesión y, por último, se explicaban las tareas para casa. Se fomentó un papel activo en los participantes y se promovió el trabajo en equipo en los grupos de terapia.

En las sesiones se contó con el apoyo del material del protocolo PsicAP en formato powerpoint, así como material para los pacientes como resumen de los

contenidos vistos en cada sesión. Además, los participantes debían realizar tareas para casa que se repasaban al inicio de la siguiente sesión.

En la *Sesión 1* se realizó la presentación de los participantes y los motivos por los que habían acudido a la terapia. Se impartió psicoeducación sobre los desórdenes emocionales y los tres componentes de la emoción. Por último, en la sesión se comenzó a practicar la respiración abdominal y como tareas para casa, debían de poner en práctica la respiración a diario.

En la *Sesión 2* se repasaron los tres componentes de la emoción y la sesión se enfocó en cómo se relacionan entre sí los componentes. La psicóloga encargada explicó en qué consiste la relajación muscular progresiva de Jacobson y como tareas para casa, debían de ponerla en práctica a diario junto con la respiración abdominal.

En la *Sesión 3* se profundizó en la relación entre cognición y emoción. La psicóloga definió el modelo A-B-C, las distorsiones cognitivas y las estrategias erróneas de regulación emocional. Como tareas para casa, los participantes debían poner en práctica la técnica de autoobservación mediante el registro de situaciones que les generasen malestar emocional, así como las cogniciones, emociones, conductas y consecuencias asociadas a la situación. Se les recordaba que debían seguir poniendo en práctica las técnicas de relajación.

La *Sesión 4* se centró en conocer los principales errores de pensamiento que se asocian a estados emocionales intensos. Como tareas para casa, los pacientes debían seguir cumplimentando el autorregistro e identificar qué distorsiones cognitivas se habían producido en sus pensamientos.

En la *Sesión 5* se realizó un repaso de las distorsiones cognitivas con los ejemplos de los pacientes y se comenzó el aprendizaje del cambio de contenido de los errores de

pensamiento. Como tareas para casa, los participantes debían añadir una columna más en sus autorregistros donde cambiarían el contenido de las distorsiones cognitivas identificadas.

La *Sesión 6* tuvo como objetivo el comienzo del entrenamiento conductual. También se les explicó la técnica de solución de problemas y recomendaciones para un estilo de vida saludable. Como tareas para casa, debían de comenzar la exposición a alguna situación temida.

En la *Sesión 7* los participantes compartieron las dificultades ante la exposición a situaciones temidas y se les orientó para un afrontamiento adecuado en el entrenamiento conductual. Se dialogó sobre la prevención de posibles recaídas futuras. Por último, y de forma individual, realizaron los cuestionarios que les fueron administrados en el momento previo al tratamiento (GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 y SDS).

El equipo investigador continuaba evaluando individualmente a los pacientes derivados de los médicos de Atención Primaria. Una vez reunidos entre 10 y 12 pacientes, que cumplían los criterios, se volvía a poner en marcha el tratamiento. Se realizaban las 7 sesiones grupales del tratamiento de forma presencial y en la última sesión se les volvía a administrar a los pacientes 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 las aulas de docencia del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. En 2021 se finalizaron todos los grupos. Hubo un total de 12 grupos con una media de entre 10 y 12 participantes.

Tras la finalización de la experiencia piloto y con el objetivo de poder conocer y comunicar sus resultados, se realizó un proyecto de investigación que se presentó en el

Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, donde fue aprobado en la sesión del día 15 de diciembre de 2021, con número de referencia CEIM: 2021-147 y Ref. ISABIAL: 2021-0402 (Anexo I).

### **3.3 Participantes**

Los médicos de familia de los tres centros de Atención Primaria de la ciudad de Alicante, donde fue desarrollado el proyecto PsicAP, fueron informados de los criterios de inclusión y exclusión del programa. Aquellos pacientes que sospechaban que cumplían los criterios eran derivados a psicología clínica de Atención Primaria.

Una vez recepcionada la derivación en Salud Mental de Atención Primaria, profesionales de la psicología valoraron de forma individual a cada uno de los pacientes con el objetivo de establecer si cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para los participantes del PsicAP fueron los siguientes:

➤ Criterios de Inclusión:

- Mayor de 18 años.
- Nivel cognitivo necesario para seguir las instrucciones del tratamiento grupal.
- No constar antecedentes en Salud Mental.
- Sintomatología presente de insuficiente gravedad como para derivar a Salud Mental pero susceptible de beneficiarse de un tratamiento cognitivo-conductual grupal.
- Obtener una puntuación igual o superior a 10 en al menos uno de los instrumentos de evaluación PHQ-9, PHQ-15 y GAD-7.
- Y si fuese posible, evitar tratamiento psicofarmacológico.

➤ Criterios de Exclusión:

- Consumo activo de tóxicos.
- Proceso de duelo.
- Trastornos de personalidad de base.

En los casos que cumplían los criterios se les comunicaba a los pacientes, vía telefónica, su participación en los grupos de tratamiento cognitivo-conductual en Atención Primaria (PsicAP). Y en aquellos casos que no cumplían los criterios de inclusión o presentaban uno o más criterios de exclusión, no eran incluidos en los grupos terapéuticos y pasaban a tratamiento individual. Por tanto, se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas.

Se obtuvo una muestra total de 131 participantes pertenecientes al Departamento de Salud Alicante – Hospital General. La media de años de la muestra fue de 43,48. La distribución por género identificó a 43 personas de género masculino (32,8%) y a 88 del femenino (67,2%). A continuación, se muestra la Tabla 2 donde se refleja la descripción sociodemográfica de la muestra.

**Tabla 2**

*Descriptivos básicos de la muestra.*

Variable	Total (n=131)	M(SD) o (%)
Edad	131	43.48 (12.72)
Género (masculino)	43	(32.8%)
Género (femenino)	88	(67.2%)

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

### 3.4 Variables e instrumentos

La *variable independiente* del estudio es el tratamiento cognitivo-conductual grupal basado en la evidencia científica, así como en el propio protocolo PsicAP.

Las *variables dependientes* evaluadas en la investigación y los instrumentos empleados para la evaluación fueron los siguientes:

- ❖ *Valoración cuantitativa de la Ansiedad Generalizada:* esta variable está determinada por la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada, GAD-7, (Spitzer et al., 2006). Esta escala está formada por 7 ítems que representan a 7 síntomas de ansiedad en las últimas 2 semanas con respuesta tipo Likert que abarca valores de 0 a 3. García-Campayo et al. (2010) validaron la versión española, estableciendo intervalos de severidad semejantes a la versión original. 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).

- ❖ *Valoración cuantitativa de la Depresión:* esta variable está determinada por el cuestionario Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9, (Kroenke et al.,

2001). 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., 2017b).

- ❖ *Valoración cuantitativa de Trastornos Somáticos:* esta variable dependiente es medida a través del cuestionario Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15 (Kroenke et al., 2002). 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 en 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).

- ❖ *Valoración cuantitativa de Incapacidad:* esta variable dependiente está determinada por el Cuestionario de Discapacidad de Sheehan, SDS, (validado en español por Bobes et al., 1999). 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 (Bobes et al., 1999).

### 3.5 Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 24.00. 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.

A pesar de que fueron evaluados 131 pacientes en el momento del pre-tratamiento, se produjeron pérdidas durante la realización de las sesiones grupales 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.

Al tratarse de un estudio de dos muestras relacionadas, evaluadas mediante los cuestionarios descritos en el momento del pre y post-tratamiento, el estadístico de contraste empleado fue la T-Student. Para calcular el tamaño del efecto se aplicó la  $d$  de Cohen.

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.

Se estableció un intervalo de confianza del 95%, por tanto, el nivel de confianza fue de 0,95 y el nivel de significación ( $\alpha$ ) fue de 0,05.

#### 4. 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 3.

**Tabla 3**

*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

La mayor diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas la encontramos en la variable dependiente depresión, medida por el cuestionario PHQ-9, con una diferencia de 5,05 puntos. En segundo lugar, le sigue el cuestionario el GAD-7 que mide la variable ansiedad generalizada. En tercer lugar, el cuestionario SDS que evalúa la variable incapacidad y, por último, el instrumento PHQ-15, que determina los trastornos somáticos. Todas las diferencias intra-grupo halladas en los cuatro instrumentos de

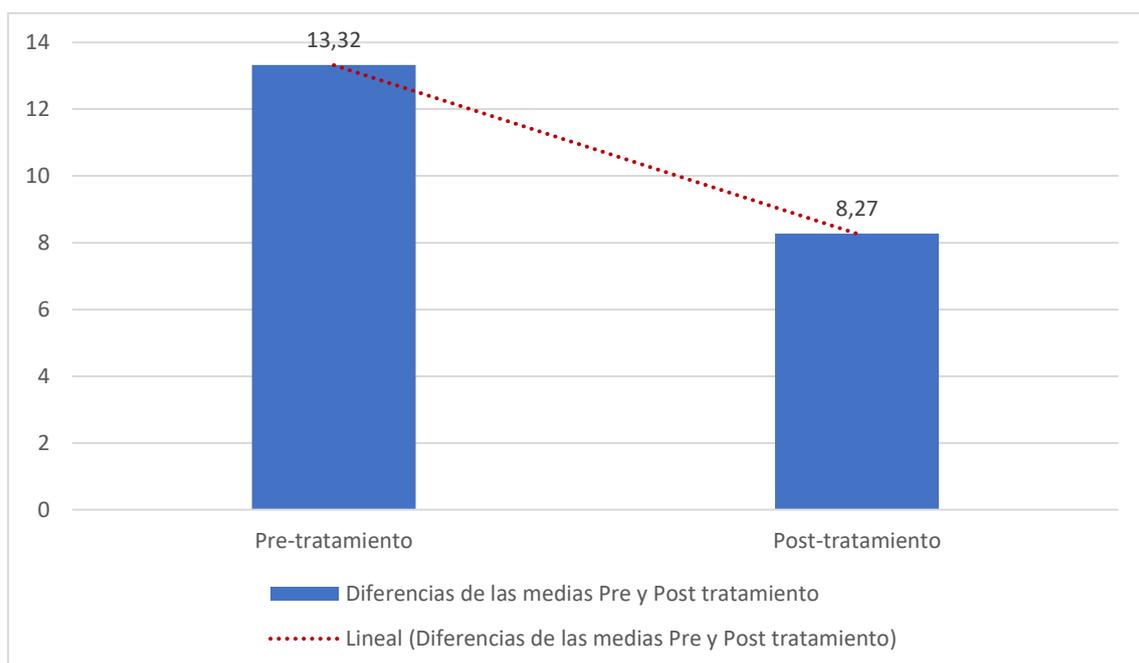
evaluación son estadísticamente significativas ya que la probabilidad asociada en cada una de ellas es menor al nivel de significación establecido ( $\alpha=0,05$ ).

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, que determinan la variable depresión y ansiedad generalizada respectivamente. El PHQ-15, trastornos somáticos, y el SDS, incapacidad, han mostrado un tamaño del efecto medio.

Como se puede apreciar en las siguientes Figuras 1, 2, 3 y 4, las diferencias de las puntuaciones en cada instrumento de evaluación 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 de la variable trastornos somáticos se ha mantenido en el punto de corte (10,08) tras el tratamiento, mientras que las otras variables dependientes han reducido sus puntuaciones por debajo del punto de corte.

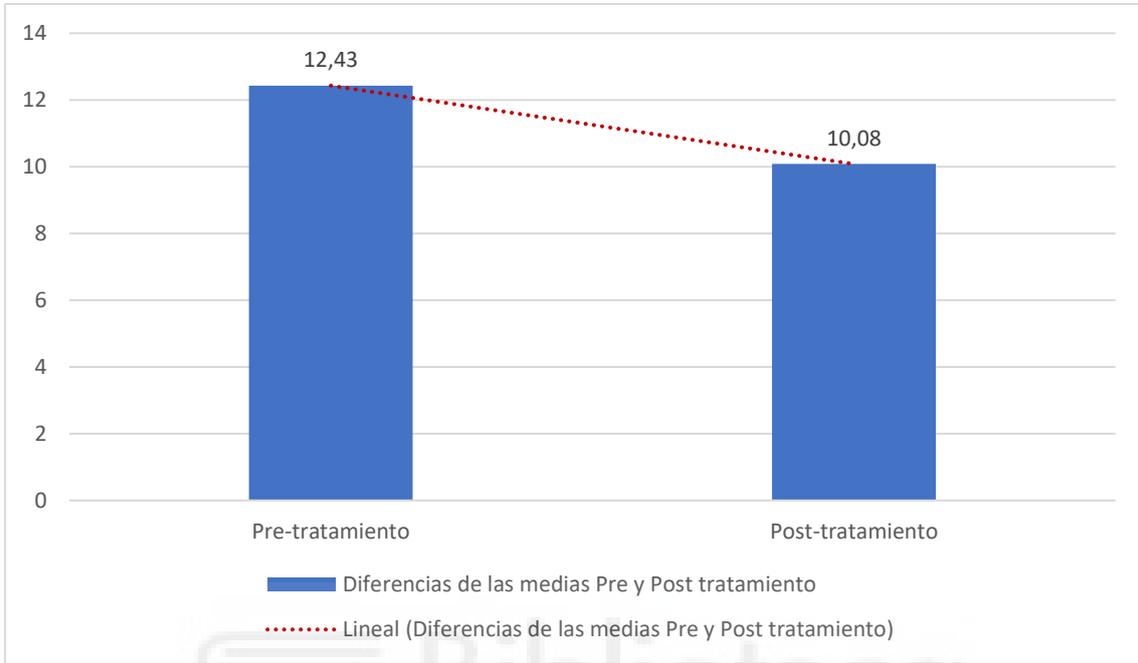
**Figura 1**

*Diferencias de las medias pre y post-tratamiento en el PHQ-9.*



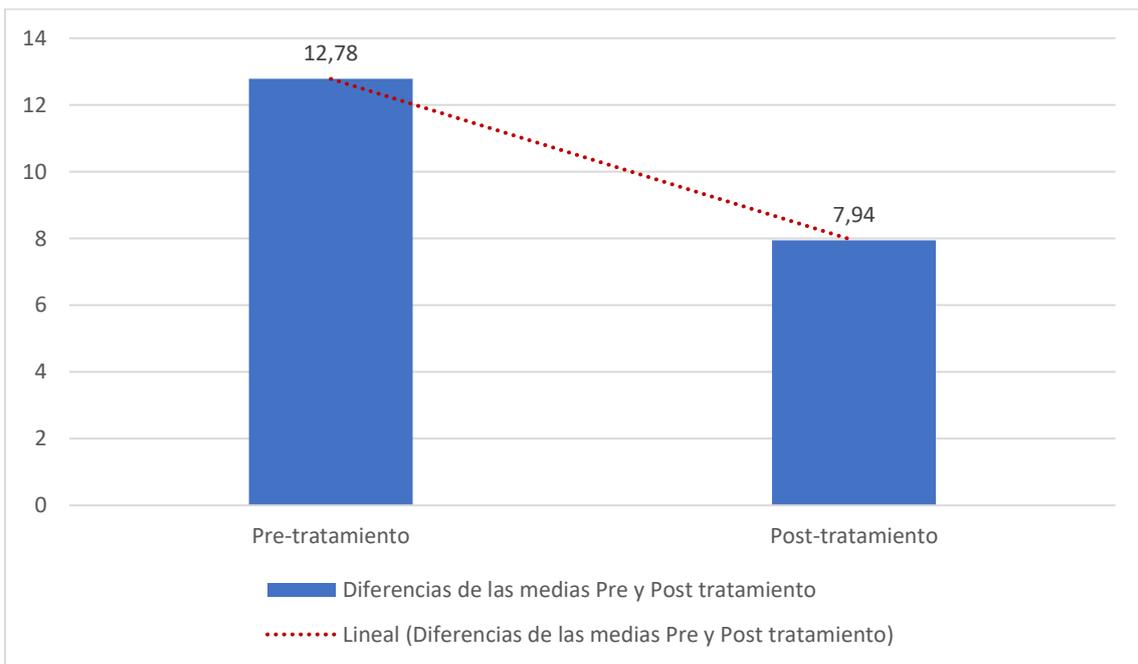
**Figura 2**

*Diferencias de las medias pre y post-tratamiento en el PHQ-15.*



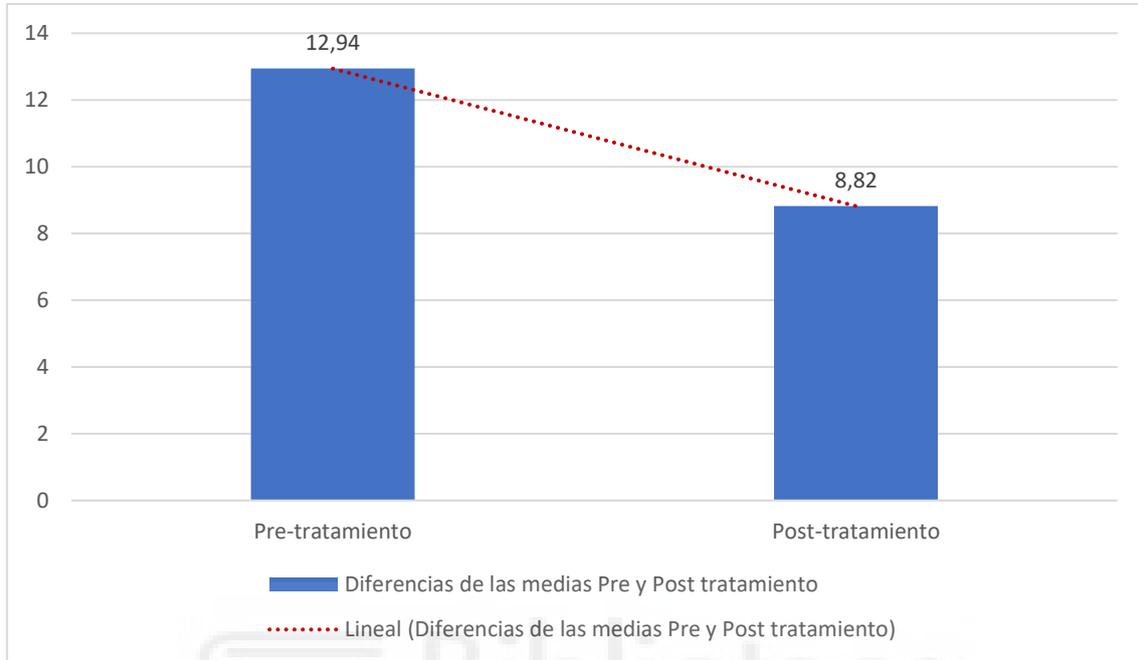
**Figura 3**

*Diferencias de las medias pre y post-tratamiento en el GAD-7.*



**Figura 4**

*Diferencias de las medias pre y post-tratamiento en el SDS.*



En conclusión, la muestra ha visto reducidos sus síntomas depresivos, somáticos, ansiosos y su impacto de la discapacidad de forma estadísticamente significativa tras su participación en el tratamiento grupal PsicAP. Por lo que, los resultados de este estudio muestran que el tratamiento cognitivo-conductual grupal en Atención Primaria es efectivo para reducir la sintomatología depresiva, somática, ansiosa y el impacto de la discapacidad en pacientes con desórdenes emocionales y que cumplen el perfil de los grupos de terapia PsicAP.

## 5. Discusión

El objetivo general que se estableció en el estudio pretendía analizar la efectividad de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual grupal para pacientes con desórdenes emocionales, derivados de sus médicos de Atención Primaria en el Departamento de Salud de Alicante-Hospital General.

La muestra obtenida ha reducido en mayor medida sus síntomas depresivos, en segundo lugar, sus síntomas ansiosos, después su impacto de la discapacidad y, por último, sus síntomas somáticos tras el tratamiento grupal PsicAP. Por lo que, tal y como se describía en cada uno de los objetivos específicos, los datos recabados han ido mostrando la existencia de diferencias en las puntuaciones de los instrumentos de evaluación entre el momento previo al tratamiento y el momento posterior.

Además, tras el análisis de los resultados, han quedado comprobadas las hipótesis planteadas en el estudio, ya que los pacientes con desórdenes emocionales han visto reducida de forma significativa su sintomatología depresiva, somática, ansiosa y su impacto de la discapacidad, tras el tratamiento cognitivo-conductual grupal en Atención Primaria.

La NICE (2011) establece la terapia psicológica como un tratamiento de primera línea para los trastornos mentales comunes. Cuenta con la eficacia y efectividad equivalente o superior a los tratamientos psicofarmacológicos y con mayor efectividad a largo plazo (Hollon et al., 2006), especialmente cuando hablamos de la terapia cognitivo-conductual (Butler et al., 2006). Por ello, el tratamiento psicológico desarrollado en el presente estudio cuenta con la eficacia y efectividad probada, sobre todo en los trastornos emocionales que se han tratado en los pacientes como son: la ansiedad, la

depresión (Watts et al., 2015), las somatizaciones (van Dessel et al., 2014) y los síntomas emocionales debido a un alto nivel de estrés o trastornos adaptativos (Hibbs et al., 2015).

Además, al igual que los objetivos del IAPT inglés (Radhakrishnan et al., 2013), del Better Access australiano, del PMHC noruego (Smith et al., 2022) y del PsicAP español (Muñoz y Cano, 2023), en el presente estudio se ha pretendido favorecer el acceso a tratamientos psicológicos en Atención Primaria. El PsicAP puntualiza la importancia del tratamiento de los desórdenes emocionales en Atención Primaria con una intervención psicológica grupal, empleando técnicas cognitivas-conductuales y fomentado así el tratamiento psicológico a una mayor parte de la población (González-Blanch et al., 2018). Aspectos que se ven reflejados en la actual investigación, mediante el desarrollo de un tratamiento cognitivo-conductual grupal en Atención Primaria con pacientes con desórdenes emocionales.

El IAPT cuenta con 650.000 pacientes aproximadamente al año, con una tasa de recuperación alrededor del 50% y con una tasa de deterioro entre el 8% y el 10% (Clark, 2018). El proyecto PsicAP cuenta con aproximadamente mil pacientes y se establecen tasas de recuperación confiable entre el 45% y el 50%. Su tasa de deterioro ha sido de un 3% tanto en el postratamiento como a largo plazo (Cano-Vindel et al., 2022a, 2022b).

En comparación con el presente estudio, se asume como limitación que se han obtenidos datos muestrales bajos. Asimismo, la pérdida de participantes debido a la falta de asistencia a las sesiones del tratamiento es considerada como una importante limitación. Además, no se cuentan con datos de seguimiento, por lo que, sería interesante en futuras investigaciones administrar los instrumentos de evaluación meses

después de haber finalizado el tratamiento, así como compararlos con el tratamiento ordinario actual.

Siguiendo con las limitaciones del presente estudio, existen variables que no se han contemplado y que han podido influir en los resultados como, por ejemplo, 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 o, por ejemplo, las dificultades que hayan encontrado los médicos de familia para derivar correctamente los pacientes a los grupos de terapia. Por lo que, sería interesante contemplar dichas variables para futuras investigaciones.

En España es evidente la necesidad de mayor atención psicológica en el sistema sanitario público ya que se cuenta con aproximadamente 5,8 profesionales de la psicología por cien mil habitantes, muy por debajo de la media europea de 18 psicólogos o la media finlandesa de 79 (Kovess-Masfety et al., 2007; World Health Organization, 2014).

Por tanto, los pacientes con desórdenes emocionales presentan reducidas posibilidades de recibir atención psicológica en el sistema sanitario español, lo que puede llevar a la cronicidad, comorbilidad, discapacidad e incremento de la carga (Ruiz, 2019). Por ello, se hace necesario la implantación de este tratamiento psicológico grupal en más centros de Atención Primaria y en más localidades, teniendo así un alcance a mayor parte de la población, aunque teniendo en cuenta los recursos disponibles en el sistema sanitario se convierte en una tarea compleja.

En conclusión, el acceso a tratamientos psicológicos en Atención Primaria es eficaz y efectivo, tal y como reflejan los datos y metaanálisis publicados (Cuijpers et al.,

2019; Twomey et al., 2015), así como los datos recabados en el presente estudio. Y teniendo en cuenta que 3 de cada 10 españoles sufre un trastorno mental (Ministerio de Sanidad, 2022) y que las tasas de suicidio marcaron 4.097 muertes en el año 2022 (INE, 2023), se hace imprescindible fomentar los tratamientos psicológicos, con buen apoyo empírico, en lo que se considera la puerta de entrada al sistema sanitario público, la Atención Primaria.



## 6. Referencias

- Allison, S., Looi, J. C., Kisely, S., & Bastiampillai, T. (2023). Could negative outcomes of psychotherapies be contributing to the lack of an overall population effect from the Australian Better Access initiative? *Australasian Psychiatry*, *31*, 339-342. <https://doi.org/10.1177/10398562231172417>
- 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., Domènech, 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., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Aguirre-Sánchez, E., & Muñoz-Navarro, R. (2022a). Improving Access to Psychological Therapies in Spain: from IAPT to PsicAP. *Psicothema*, *34*, 18-24. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.113>

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2022b). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2021a). *Informe de Gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública*. [https://www.san.gva.es/documents/337726/3095211/informe\\_de\\_gestion\\_2021\\_es.pdf/f23d5b17-cf42-adb6-2e60-885b929730ca?t=1676989993081](https://www.san.gva.es/documents/337726/3095211/informe_de_gestion_2021_es.pdf/f23d5b17-cf42-adb6-2e60-885b929730ca?t=1676989993081)

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2021b). *Memoria de Gestión*. [https://www.san.gva.es/documents/337726/3095350/memoria\\_2021\\_es.pdf/c37b6f73-9841-8ece-54a5-f2d7bf6300da?t=1676990732555](https://www.san.gva.es/documents/337726/3095350/memoria_2021_es.pdf/c37b6f73-9841-8ece-54a5-f2d7bf6300da?t=1676990732555)

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2022). *Informe de Gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública*. [https://www.san.gva.es/documents/d/portal-estadistico/informe\\_de\\_gestion\\_2022\\_es](https://www.san.gva.es/documents/d/portal-estadistico/informe_de_gestion_2022_es)

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>

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>

- 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>
- González-Blanch, C., Umaran-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>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Causas de muerte dos años después del comienzo de la pandemia*. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259954008107&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE\\_C%2FPYSDetalleCifrasINE#ancla\\_1259953998539](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259954008107&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE#ancla_1259953998539)
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health

Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220.

<https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.2.213>

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/>

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., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruíz-Rodríguez, P.,

Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Rosa, M. & Ramírez-Manent, J.I.

(2017a). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., González-Blanch,

C., Moriana, J.A., Capafons, A. y Dongil-Collado, E. (2017b). 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>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)

Observatorio del Suicidio en España. (2022). *Suicidios España 2022. Datos Provisionales*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/>

Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F. & 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>

Ruiz, P. (2019). *Análisis del coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en atención primaria frente tratamiento convencional* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Saunders, R., Cape, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., Jena, R., Cirkovic, M., Wheatley, J., Main, N., Pilling, S. & Buckman, J. E. (2020). Improvement in IAPT outcomes over time: are they driven by changes in clinical practice? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1-15. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000173>

Smith, O.R.F., Saether, S.M.M., Haug, E. & Knapstad, M. (2022). Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled

trial of Prompt Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22, 598.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04227-0>

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/cmu060>

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., Huijser, 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>

World Health Organization. (2014). *Mental Health Atlas 2014. Country profile: Spain.*

<https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2014-country-profile-spain>



## 7. Apéndice

### Anexo 1



#### COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

C./ Pintor Baeza, 12 - 03010 Alicante  
<http://www.dep19.san.gva.es>  
Teléfono: 965-913-921  
Correo electrónico: [ceim\\_hgua@gva.es](mailto:ceim_hgua@gva.es)

Ref. CEIec: 2021-147 - Ref. ISABIAL: 2021-0402

#### INFORME DEL COMITE DE ETICA PARA LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS

Reunidos los miembros del Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General, en su sesión del día 15 de diciembre de 2021 (Acta 2021-12), y una vez estudiada la documentación presentada por **Dña. María José Moraga García** trabajadora en Atención Primaria, tiene bien a informar que el proyecto de investigación titulado **"Estudio Observacional retrospectivo de la efectividad del tratamiento psicológico grupal de los desórdenes emocionales en Atención Primaria (PsicAP)"**, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos. Se informa a su vez de que este estudio ha solicitado la exención del Consentimiento Informado.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Alicante con fecha 13 de enero de 2021.

Firmado por Luis Manuel Hernandez Blasco -  
214243710 el 14/01/2022 11:24:01



Fdo. Dr. Luis Manuel Hernández Blasco  
Secretario Técnico CEIm Departamento de  
Salud de Alicante - Hospital General