

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL TRANSDIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CONTEXTO IDEAL

TRANSDIAGNOSTIC COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN PRIMARY CARE: AN IDEAL SETTING

**César González-Blanch¹, María Ruiz-Torres², Patricia Cordero-Andrés¹,
Olga Umaran-Alfageme¹, Aida Hernández-Abellán¹,
Roger Muñoz-Navarro³ y Antonio Cano-Vindel⁴ en representación del
Grupo de Investigación PsicAP**

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla - IDIVAL, Santander, España

²Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España

³Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España

⁴Departamento de Psicología Básica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González-Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, O., Hernández-Abellán, A., Muñoz-Navarro, R. y Cano-Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: Un contexto ideal. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 37-52.

Resumen

La eficacia, efectividad y eficiencia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para una amplia variedad de problemas psicológicos, particularmente para los trastornos de ansiedad y la depresión, cuenta con mayor apoyo empírico que ninguna otra forma de intervención psicológica. Sin embargo, sólo una pequeña parte de las personas con trastornos mentales comunes recibe un tratamiento adecuado. La expansión del enfoque transdiagnóstico en los trastornos mentales, especialmente en el contexto de Atención Primaria (AP), donde son tratados la mayor parte de las personas con trastornos mentales comunes, puede servir para facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos eficaces. El estudio PsicAP es un ensayo clínico en curso para investigar la eficacia de la TCC transdiagnóstica grupal para tratar trastornos emocionales en el entorno de AP. Los resultados de este ensayo podrían servir para promover el uso de tratamientos psicológicos para los trastornos mentales más prevalentes en AP, según lo recomendado por las guías clínicas basadas en la evidencia.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, tratamiento transdiagnóstico, trastornos mentales comunes, ansiedad, depresión, atención primaria.



Abstract

The efficacy, effectiveness, and efficiency of cognitive-behavioural therapy (CBT) for a wide variety of psychological problems—particularly anxiety and depression disorders—has more empirical support than any other form of psychological intervention. However, only a small proportion of individuals with common mental disorders receive adequate treatment. The expansion of the transdiagnostic approach for mental disorders, especially in primary care (PC) settings, where most people with common mental disorders are treated, could facilitate greater access to effective psychological treatments. The PsicAP study is an ongoing clinical trial to investigate the efficacy of group transdiagnostic CBT to treat emotional disorders in the PC setting. The results of this trial could serve to promote the use of psychological treatments for the most prevalent mental disorders in PC, as recommended by evidence-based clinical guidelines.

Keywords: cognitive-behavioural therapy, transdiagnostic treatment, common mental disorders, anxiety, depression, primary care.

Introducción

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las formas de psicoterapia más ampliamente investigadas y cada vez más se reconoce como tratamiento de referencia (“gold standard”) para una amplia variedad de trastornos mentales (Olatunji y Hollon, 2010). La TCC ha recibido apoyo empírico durante las últimas décadas para los problemas de salud mental más comunes, incluida la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias (Butler et al., 2006), y también se ha demostrado que mejora significativamente los resultados de pacientes que ya reciben farmacoterapia para trastornos mentales graves como el trastorno bipolar y la esquizofrenia (Dixon et al., 2010; Miklowitz, 2008).

Hay datos que confirman la seguridad, aceptabilidad, eficacia y efectividad de la TCC para múltiples problemas de salud pública (Butler et al., 2006) así como su coste-eficacia con resultados positivos en el aumento de la productividad y la satisfacción vital (Kolovos, Kleiboer y Cuijpers, 2016; Ophuis et al., 2017). Las investigaciones señalan que la TCC es, al menos, tan eficaz como la farmacoterapia, más barata (Olatunji y Hollon, 2010) y con un efecto duradero en el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad que reduce el riesgo de recaída (Hollon, Stewart y Strunk, 2006). Además, la eficacia de los tratamientos psicológicos en entornos de práctica clínica es similar a la observada en entornos de investigación (Hunsley y Lee, 2007), lo que apoya la generalización de la TCC a entornos clínicos públicos (Westbrook y Kirk, 2005), siendo considerado el tratamiento psicológico de elección (Olatunji y Hollon, 2010). En consecuencia, las guías clínicas recomiendan su uso como tratamiento de primera elección para una amplia variedad de trastornos y problemas de salud (NICE, 2011).

La solución transdiagnóstica de la TCC

A pesar de toda la evidencia acumulada a favor de la TCC en los trastornos mentales más prevalentes y las preferencias de los pacientes a favor de la psicoterapia frente a la farmacoterapia (Prins, Verhaak, Bensing y van der Meer, 2008), se observa un impacto reducido en la práctica clínica en la que, por el contrario, destaca una tendencia hacia el tratamiento ambulatorio exclusivamente farmacológico en detrimento del tratamiento psicológico y/o el abordaje combinado (Olfson y Marcus, 2010; Ilyas y Moncrieff, 2012).

Entre las razones que se han sugerido para la infrautilización de la TCC se ha señalado la creencia de los profesionales de que los pacientes que participan en los ensayos clínicos sufren trastornos menos graves que los pacientes que son atendidos en la práctica clínica habitual. Además, diversos estudios han puesto de manifiesto que a menudo los profesionales no basan sus decisiones clínicas en el estado actual de la investigación (Stewart, Chamblees y Baron, 2012), siendo una minoría de clínicos los que utilizan tratamientos con apoyo empírico (Addis y Krasnow, 2000). La variedad de protocolos de tratamiento diseñados desde el enfoque cognitivo-conductual para los distintos trastornos ha sido también considerado un obstáculo

para la diseminación de la TCC que, unido a la falta de formación y entrenamiento de los profesionales, dificultaría la elección y puesta en práctica del tratamiento más adecuado (Olatunji y Hollon, 2010). Por otra parte, las altas tasas de comorbilidad entre los distintos trastornos mentales, que se sitúan en algunos casos por encima del 80% (Autonell et al., 2007), suponen una dificultad añadida a la elección de la forma más adecuada de tratamiento, en tanto que protocolos específicos para trastornos determinados podrían no abordar eficazmente los problemas comórbidos (Barlow, Allen y Choate, 2016).

Estas dificultades para implementar los tratamientos derivados del enfoque cognitivo conductual, junto con las limitaciones propias del enfoque diagnóstico categorial (Widiger y Samuel, 2005), la creciente proliferación diagnóstica y las observaciones clínicas de que distintos trastornos mentales tienen más en común que de específico y de que las mismas técnicas han mostrado ser igualmente eficaces en el tratamiento de trastornos diferentes (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012), han llevado a algunos autores a desarrollar nuevos modelos transdiagnósticos, que suponen un cambio de foco en el tratamiento de los desórdenes emocionales, de lo específico y diferencial de cada uno de ellos a lo común y genérico entre sí (Sandín, 2012).

La perspectiva transdiagnóstica parte del supuesto de que los distintos trastornos emocionales comparten características importantes y propone que este solapamiento emerge de vulnerabilidades biológicas y psicológicas comunes que, asociadas a factores de estrés psicosocial, pueden dar lugar a diferentes manifestaciones de la misma vulnerabilidad (Brown y Barlow, 2009).

A nivel práctico, los modelos transdiagnósticos han sido definidos como una forma de tratamiento que no necesita el conocimiento sobre los diagnósticos de los individuos que trata para ser efectiva (Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2009; Mc Evoy, Nathan y Norton, 2008) y que se caracterizan por focalizarse en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos subyacentes comunes, a partir de los que se han desarrollado nuevos protocolos integrados de tratamiento (e.g., Fairburn, 2008; Barlow et al., 2011).

La eficacia de la TCC transdiagnóstica

En los últimos años, se ha publicado una considerable cantidad de literatura científica en torno a la eficacia de la TCC transdiagnóstica para una amplia variedad de trastornos mentales.

En el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que es precursor del enfoque transdiagnóstico (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Wade, Byrne y Allen, 2017), se han mostrado eficaces los tratamientos para la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, alcanzando tasas superiores al tratamiento habitual en la reducción de la sintomatología y en la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias (Wade, Byrne y Allen, 2017), consiguiendo además mejoras en ansiedad, depre-

sión, funcionamiento general y actitudes sobre la alimentación (Turner, Marshall, Stopa y Waller, 2015).

El enfoque transdiagnóstico, se ha aplicado también en el tratamiento de la psicosis con resultados superiores a la lista de espera (Hazell, Hayward, Cavanagh, Jones y Strauss, 2017) y ha demostrado ser útil en el tratamiento de otros fenómenos psicopatológicos como conductas disruptivas en niños y adolescentes (Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim y Piasecka, 2016), consumo de sustancias secundario a alteraciones afectivas y problemas de ansiedad (Vujanovic et al., 2017; Ciraulo et al., 2013), alteraciones emocionales tras sucesos potencialmente traumáticos (Hamblen, Norris, Symon y Bow, 2017) o adaptaciones culturales tras migraciones o búsqueda de refugio (Hinton y Patel, 2017).

Si bien, el campo donde los tratamientos transdiagnósticos han recibido más atención es en el ámbito de los trastornos emocionales, donde los estudios han mostrado resultados significativos en la remisión de la sintomatología ansioso-depresiva, tanto a nivel individual (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Farchione et al., 2012; Bullis et al., 2015) como grupal (Erickson, Janeck y Tallman, 2007; Norton, 2008; Schmidt et al., 2012; Dwyer, Olsen y Oei, 2013; De Ornelas, Nardi, Cardoso, 2015; Reinholt, Aharoni, Winding, Rosenbaum y Arnfred, 2017).

La TCC transdiagnóstica también se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la comorbilidad en los desórdenes emocionales. Los estudios que han examinado los efectos de este tratamiento sobre los trastornos comórbidos de ansiedad y depresión en aquellos casos en los que el principal diagnóstico era un trastorno de ansiedad, han encontrado tasas de remisión a niveles subclínicos en los diagnósticos comórbidos en hasta el 71% de los participantes (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Norton et al., 2013; Talkovsky, Green, Osegueda y Norton, 2017; Reinholt et al., 2017), cifra superior a las tasas de remisión encontradas en la mayoría de los ensayos de TCC para diagnósticos específicos.

En vista de la evidencia creciente en torno a la eficacia TCC transdiagnóstica, se han llevado a cabo diversos metaanálisis con el objetivo de integrar los hallazgos de los estudios previos. Reinholt y Krogh (2014) encontraron que los participantes que recibieron TCC transdiagnóstica para trastornos de ansiedad obtuvieron mejores resultados que los pacientes en lista de espera y los del grupo control, manteniéndose los resultados en el seguimiento. Por su parte, Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish (2015) realizaron un metaanálisis para examinar los efectos de la terapia transdiagnóstica sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida, observando una reducción significativa de la clínica ansioso-depresiva tras el tratamiento, así como un aumento en la calidad de vida, resultados que se mantuvieron estables en el seguimiento. En un metaanálisis más reciente, Pearl y Norton (2017) compararon la eficacia de la TCC específica para determinados trastornos de ansiedad y la TCC transdiagnóstica, concluyendo que ambos enfoques logran resultados similares, siendo ligeramente favorables los de la TCC

transdiagnóstica.

Además, se han elaborado protocolos de TCC transdiagnóstica basados en Internet, que han mostrado ser similares en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa y la mejora de la calidad de vida (Titov et al., 2015; Newby, Twomey, Yuan Li y Andrews, 2016), y el tratamiento de la ansiedad social (Dear et al., 2016), el trastorno de pánico (Fogliati et al., 2016) o el trastorno de ansiedad generalizada (Dear et al., 2015).

La situación de la salud mental en Atención Primaria

Se estima que alrededor de un tercio de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP) cumplen criterios diagnósticos para, al menos, un probable trastorno de ansiedad, depresión o somatización. En nuestro entorno, los estudios elevan estas cifras hasta la mitad de los casos (Roca et al., 2009), con altas tasas de comorbilidad entre ellos y una tendencia que va en aumento en los últimos años (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013).

Los datos de la muestra española del estudio epidemiológico ESEMeD (Alonso et al., 2004) concluyen que sólo un 30% de los pacientes en AP reciben un tratamiento mínimamente adecuado siguiendo los criterios de práctica clínica consensuados internacionalmente. Las investigaciones apuntan hacia un incremento en la prescripción de psicofármacos en AP y, en consecuencia, un uso más generalizado (Mojtabai y Olfson, 2010), que en muchos casos se prolonga durante más tiempo del aconsejado en las guías clínicas (López, Serrano, Valverde, Casabella y Mundet, 2006). Además, y debido a la práctica ausencia de profesionales de Psicología Clínica en el ámbito de AP, cada vez son más frecuentes los tratamientos basados en polifarmacia, el uso de medicación fuera de la indicación terapéutica (“off-label”) y el tratamiento farmacológico en aquellas situaciones en las que la primera línea de tratamiento con apoyo empírico es el tratamiento psicológico (Gaudiano y Miller, 2013). Como resultado, a pesar de que casi el 60% de las personas que padecen un trastorno mental consultan a su médico de AP por este motivo, el tratamiento psicológico sólo es accesible para un pequeño porcentaje de pacientes que es derivado a los Servicios de Atención Especializada de Salud Mental. Los datos señalan un elevado consumo de fármacos para problemas emocionales en nuestra población, en algunos casos sin síntomas suficientes para un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresivo (Codony et al., 2007), y se estima que en 2014 se alcanzó un gasto de cerca de 700 millones de euros en ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos (OECD, 2016). De acuerdo con la Encuesta Europea de Salud publicada en 2015, el 18.9% de los españoles con 15 o más años había consumido psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero, y el 8.4% antidepresivos o estimulantes en las últimas dos semanas (INE, 2015).

Son varias las barreras para el acceso a tratamientos psicológicos en AP. Por un lado, la duración media de la consulta por paciente es de 10 minutos (Deveugele, Derese, van den Brink-Muinen, Bensing y Maeseneer, 2002), siendo España uno

de los países europeos con tiempos más cortos de las consultas en este contexto, con una media de 8 minutos. Por otro lado, los médicos señalan la falta de formación y entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Latorre Postigo, López-Torres Hidalgo, Montañés Rodríguez y Parra Delgado, 2005). Estas circunstancias originan limitaciones en la capacidad para detectar y derivar adecuadamente los problemas de salud mental, con porcentajes significativos de casos no detectados, así como diagnósticos erróneos sin cumplir criterios de trastornos emocionales (Fernández, et al., 2012; Fernández et al., 2010). Además, hay estudios que reflejan las dificultades de los médicos de AP para derivar a los pacientes a Atención Especializada debido a las largas listas de espera, el desconocimiento de los protocolos de derivación y la falta de coordinación entre niveles, generando así un contexto en el que es más frecuente prescribir fármacos que derivar a servicios especializados de Salud Mental (Latorre Postigo et al., 2005).

A pesar de las dificultades señaladas para el acceso a los tratamientos psicológicos en AP, la investigación en este contexto muestra que éstos son eficaces en este ámbito en el tratamiento de los principales trastornos emocionales, depresivos y de ansiedad (Cuijpers, van Straten, van Schaik y Andersson, 2009; Seekles et al., 2013). Entre los diferentes tratamientos psicológicos, la TCC ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de los trastornos emocionales más prevalentes en AP, con menos efectos secundarios, menores tasas de recaída y menores costes económicos y sociales a largo plazo que el tratamiento habitual en AP (Richards y Suckling, 2009; Mukuria et al., 2013). Los tratamientos transdiagnósticos basados en TCC han demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas depresivos (Bortolotti et al., 2008; Newby et al., 2016) y de ansiedad (Cape et al., 2010; Newby et al., 2016), con resultados superiores al no tratamiento y al tratamiento habitual (Twomey, O'Reilly y Byrne, 2015) en la reducción de la sintomatología y mejoría en la severidad de la comorbilidad (McEvoy, Nathan y Norton, 2009). Asimismo, y aunque la aplicación habitual de la TCC es en formato individual, la investigación ha mostrado que el formato grupal es una alternativa coste-efectiva (Cuijpers, Van Straten y Warmerdam, 2008; Morrison, 2001) con eficacia comparable a tratamientos "bona fide" (Oei y Dingle, 2008). La TCC grupal ha mostrado ventaja frente al tratamiento habitual en AP en trastornos depresivos en el post-tratamiento y en el seguimiento a corto-medio plazo (Huntley, Araya y Salisbury, 2012) y también hay evidencia a favor de la TCC grupal transdiagnóstica en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en comparación al tratamiento habitual en AP (Ejeby et al., 2014). Además, los estudios muestran que esta eficacia en el tratamiento de los trastornos emocionales en AP se mantiene cuando las intervenciones se caracterizan por ser breves y de baja intensidad, en formato grupal, (Kristjánssdóttir et al., 2016) e incluso a través de Internet (Andrews et al., 2018) con tasas de mejoría similares a tratamientos de mayor intensidad y recursos (Linde et al., 2015).

Por una mejor atención psicológica en AP en España: El proyecto PsicAP

En el contexto descrito más arriba, se diseñó el proyecto de Psicología en Atención Primaria (PsicAP), dirigido por el Dr. Antonio Cano-Vindel con el apoyo de la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación), una entidad creada por el Consejo General de la Psicología. Este proyecto supone el desarrollo de un ensayo clínico con aleatorización de pacientes con el objetivo de comprobar la eficacia de incorporar el tratamiento psicológico al tratamiento habitual en AP para los trastornos emocionales más prevalentes en los centros de salud (esto es, los trastornos depresivos, de ansiedad y las somatomorfos).

El tratamiento psicológico de la rama experimental añade, al habitual del médico de cabecera, una terapia grupal con una perspectiva transdiagnóstica basada en técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado ser eficaces con los trastornos emocionales (Cordero-Andrés et al., 2017). El tratamiento, ofrecido en grupos de 8-12 personas y 1-2 terapeutas, se compone de 7 sesiones, de hora y media de duración, repartidas a lo largo de 12-14 semanas. La frecuencia temporal entre sesiones empieza siendo semanal o quincenal, con una progresiva ampliación del intervalo al avanzar el tratamiento.

Los componentes principales del tratamiento manualizado son: (1) la psicoeducación e información pensada para combatir ideas erróneas sobre las emociones y proporcionar información adecuada los trastornos emocionales, y los objetivos de tratamiento; (2) relajación, que consiste en la práctica de la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática y ejercicios de visualización para reducir los niveles de activación fisiológica; (3) técnicas de reestructuración cognitiva, el uso de autoinstrucciones positivas y resolución de problemas para la modificación de creencias relacionadas con los trastornos emocionales; (4) terapia conductual, con el fin de ayudar a los participantes a aprender a identificar emociones y comportamientos desadaptativos y reemplazarlos por otros más saludables; y (5) prevención de recaídas, para superar futuras dificultades y consolidar las estrategias cognitivo-conductuales de autorregulación emocional aprendidas. Las sesiones son reforzadas con tareas para casa, autorregistros e información escrita adicional relacionada con el contenido de cada sesión, así como un CD con un audio para guiar los ejercicios de relajación aprendidos en las sesiones (para una descripción detallada de las sesiones, ver González-Blanch et al., 2017). Por su parte, el grupo control recibe el tratamiento habitual, que consiste en el seguimiento ordinario por el médico de cabecera, lo que suele suponer tratamiento farmacológico en forma de ansiolíticos o antidepresivos según la pauta del médico responsable del caso.

El estudio está dirigido a adultos entre 18 y 65 años que presenten un malestar emocional que requiera atención clínica pero no atención especializada en los centros de Salud Mental. La población diana presenta trastornos emocionales (depresión, ansiedad y/o somatizaciones) de intensidad leve-moderada. La inclu-

sión en el estudio se determina a partir de pruebas de cribado comúnmente utilizadas en AP como el Patient Health Questionnaire (PHQ): el PHQ-9 para la medida de la depresión, PHQ-15 para las somatizaciones y el Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) para la ansiedad, entre otras (ver Muñoz-Navarro et al., 2017). Además, se miden, como medidas secundarias, la discapacidad, la calidad de vida, factores cognitivo-emocionales (como la preocupación, rumiación, sesgos cognitivos y estrategias de regulación emocional) y la satisfacción del paciente. Así mismo, se analiza la relación coste-eficacia de los tratamientos (e.g., frecuentación, consumo de fármacos). Las evaluaciones se llevan a cabo en 5 momentos: pretratamiento, postratamiento, y seguimientos posteriores a los 3, 6 y 12 meses (para una descripción detallada del protocolo, ver Cano-Vindel et al. (2016).

El proyecto, que inició la recogida de datos en enero de 2014, prevé terminar la recogida de datos para finales de 2018. Hasta la fecha, más de 1.200 pacientes han sido evaluados en 28 centros de salud localizados en 8 Comunidades Autónomas de España (Madrid, Valencia, País Vasco, Castilla La Mancha, Islas Baleares, Cantabria, Navarra y Galicia).

Conclusiones

La eficacia, efectividad y eficiencia de la TCC para una amplia variedad de problemas psicológicos, particularmente para los trastornos de ansiedad y la depresión, cuenta con mayor apoyo empírico que ninguna otra forma de intervención psicológica. Su uso se ha ido extendiendo a diversos contextos clínicos (hospitalarios, ambulatorios, rehabilitadores, preventivos...), sin embargo, su aplicación en AP, donde recibe tratamiento la mayor parte de personas con trastornos mental comunes, es escasa. La investigación disponible indica, como se ha revisado aquí, que su aplicación en ese contexto puede proporcionar igualmente mayores beneficios que el no-tratamiento (Twomey, O'Reilly y Byrne, 2015) y que el tratamiento habitual (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010; Twomey, O'Reilly y Byrne, 2015; Cano-Vindel et al., 2016), consistente esencialmente en psicofármacos (Huntley, Araya, y Salisbury, 2012).

La falta de recursos humanos y de tiempo en AP fuerza a diseñar formas de tratamiento psicológico que, con bajo coste, puedan abarcar a un conjunto amplio y diverso de personas. En este contexto el enfoque transdiagnóstico, y en especial en su aplicación grupal, aparece como una solución particularmente apropiada. Por un lado, permite reunir a personas con un malestar emocional con características idiosincrásicas, pero con elementos comunes, sin necesidad de etiquetarlo en términos de enfermedad. Por otro lado, permite una intervención de bajo coste y de corta duración dentro de un modelo de tratamiento escalonado (Cordero-Andrés et al., 2017). Un tipo de intervención que puede ser beneficiosa para los que cumplirían criterios de un trastorno mental, pero también para quienes presentan síntomas subclínicos, que se han asociado a un impacto igualmente negativo en el funcionamiento y la calidad de vida (Judd et al., 2002; Haller et al., 2014).

En este contexto, se ha desarrollado el estudio PsicAP en España. El PsicAP es el ensayo clínico sobre la aplicación de un tratamiento transdiagnóstico, en cualquier población, que ya ha aleatorizado al mayor número de sujetos hasta la fecha a nivel mundial. Este dato da una pista del potencial de este estudio, no sólo para determinar la eficacia de un tratamiento psicológico en AP, sino para esclarecer cuestiones como los predictores de respuesta al mismo o, de modo general, conocer las características demográficas, clínicas y de funcionamiento de una población que, por lo general, no recibe tratamiento psicológico.

Una limitación observable del diseño del PsicAP es que la intervención de control consiste en atención habitual y no una intervención alternativa (por ejemplo, grupos de apoyo), que implicara una mayor atención y factores terapéuticos inespecíficos. En todo caso, esta decisión buscaba mejorar la validez externa de los hallazgos mediante la reproducción de las condiciones habituales de seguimiento actualmente disponibles para las personas con trastornos emocionales en AP. De este modo, se espera que este estudio proporcione evidencia de la relación coste-eficacia de la inclusión del tratamiento psicológico en AP en lugar de resolver de modo controlado la cuestión sobre los componentes específicos del tratamiento que conducen a unos mejores resultados terapéuticos.

Si bien existe un largo debate sobre la eficacia de las distintas psicoterapias (González-Blanch y Carral, 2017) y el arsenal terapéutico de un psicólogo clínico debe ser más amplio que la aplicación de protocolos transdiagnósticos, es esencial que, en el contexto de la AP, el psicólogo clínico esté en condiciones de ofrecer terapias de baja intensidad de acuerdo a las recomendaciones de las guías clínicas para los trastornos mentales más prevalentes.

La ampliación de tres a cuatro años del programa del Psicólogo Interno Residente (PIR) en España, con una rotación específica en los centros de salud (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica), supuso el primer paso para la incorporación del psicólogo clínico en AP como una forma de hacer efectivo el tratamiento integral y comunitario para las personas con trastornos mentales. Pero quizá ha sido la difusión inicial del estudio PsicAP, con el apoyo de distintas asociaciones profesionales relacionadas con la Psicología Clínica y del propio Consejo General de la Psicología, lo que ha promovido que en los dos últimos años numerosas Comunidades Autónomas de España hayan aprobado en sus respectivos parlamentos resoluciones a favor de la incorporación de psicólogos clínicos en AP (Infocop, 2017), y, más aun, que en Madrid, Cataluña y Asturias se hayan contratado en el último año a psicólogos clínicos para trabajar en los centros de salud con personas con trastornos emocionales (Infocop, 2018a; Infocop, 2018b; Infocop, 2018c).

En suma, la TCC transdiagnóstica, que ha demostrado su eficacia en múltiples contextos, puede servir en AP como una herramienta clave que facilite el acceso al tratamiento psicológico a una amplia población de personas con trastornos mentales

comunes que, pese a las recomendaciones de las guías clínicas establecidas a partir de la mejor evidencia disponible, no están recibiendo el tratamiento indicado o lo reciben demasiado tarde.

Agradecimientos

Este artículo ha recibido apoyo a través de la beca INNVAL16/08 del IDIVAL - Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla.

Referencias bibliográficas

- 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*(2), 331-339. doi: 10.1037/0022-006X.68.2.331
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., De Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Koves, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Boust-Bouwmán, M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica, 109*(s420), 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. y Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, in press. Recuperado de: <https://bit.ly/2lqhSVO>
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J. y Haro, J. M. (2007). One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas españolas de psiquiatría, 35*, 4-11.
- 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*. Nueva York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders—Republished Article. *Behavior therapy, 47*(6), 838-853. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B. y Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General hospital psychiatry, 30*(4), 293-302. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.04.001
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological assessment, 21*(3), 256-271. doi: 10.1037/a0016608
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive psychiatry, 55*(8), 1920-1927. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.07.016
- 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*(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P. y 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). doi: 10.2196/resprot.6351
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine, 8*(1), 38. doi: 10.1186/1741-7015-8-38

- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., Esenmenger, K., Brown, B., Devine, E., Brown, T. A. y Knapp, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders.. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 729-735. doi: 0.1016/j.brat.2013.08.003
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Usall, J., Dolz, M. y Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas EspanPolas de Psiquiatría*, 35(2), 21-28.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T. y Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.004
- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? a meta-analysis. *The European Journal of Psychiatry*, 22(1), 38-51. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v22n1/original3.pdf>
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A. y Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59(559), e51-e60. doi: 10.3399/bjgp09X395139
- De Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E. y Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of affective disorders*, 172, 179-183. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.023
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Zou, J., Johnston, L y Titov, N. (2015). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 63-77. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.09.003
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., Kayrouz, R., Dear, R., McEvoy, P. M. y Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 30-44. doi: 0.1016/j.janxdis.2016.03.005
- Deveugele, M, Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. y De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal*, 325 (7362), 472.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D. y Goldberg, R. W, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115
- Dwyer, L., Olsen, S. y Oei, T. P. S. (2013). Cognitive-behavioral group therapy for heterogeneous anxiety and mood disorders in a psychiatric hospital outpatient clinic. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 138-154. doi: 10.1891/0889-8391.27.2.138
- Ejeby, K., Savitskij, R., Öst, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnerö, J., Asberg, M. y Backlund, L. G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family practice*, 31(3), 273-280. doi: 10.1093/fampra/cmu006
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002
- Erickson, D. H., Janeck, A. S. y Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58(9), 1205-1211. doi: 10.1176/ps.2007.58.9.1205
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy. En C. Fairburn (ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorder*. New York, NY: Guilford Press. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.012
- 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(3), 666-678. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001

- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., Palao, D. J., Peñarribia, M. T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J. V. y Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 201-209. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.11.015
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., Haro, J. M., Palao, D. J. y Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study. *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 227-233. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096305
- Fogliati, V. J., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Sheehan, J., Johnston, L., Kayrouz, R., Dear, R., McEvoy, P. M. y Titov, N. (2016). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 88-102. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.005
- 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.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.004
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. doi: 10.23923/pap.psico2017.2828
- González-Blanch, C., Umanan-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Collado, E. D. 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* 24(1), 1-11. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.005
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Gass, F. y Dobos, G. J. (2014). The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC psychiatry*, 14(1), 128. doi: 10.1186/1471-244X-14-128
- Hamblen, J. L., Norris, F. H., Symon, K. A. y Bow, T. E. (2017). Cognitive behavioral therapy for postdisaster distress: A promising transdiagnostic approach to treating disaster survivors. *Psychological Trauma, Suppl 1*, 130-136. doi: 0.1037/tra0000221
- Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., Jones, A. M. y Strauss, C. (2017). Guided self-help cognitive-behaviour intervention for VoicEs (GiVE): Results from a pilot randomised controlled trial in a transdiagnostic sample. *Schizophrenia Research*, 195, 441-447. doi: 0.1016/j.schres.2017.10.004
- Hinton, D. E. y Patel, A. (2017). Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 701-714. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.006
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- 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. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- 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. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.21
- Huntley, A. L., 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. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092049
- Ilyas, S. y Moncrieff, J. (2012). Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998–2010. *British Journal of Psychiatry* 200, 393–398. doi:10.1192/bjp.bp.111.104257
- INE. (2015). Encuesta Europea de salud en España (EESA 2014). Recuperado de: <https://bit.ly/2KbAO5x>
- Infocop (2017). Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6563&cat=44.
- Infocop (2018a). Cataluña comienza a incorporar psicólogos clínicos en Atención Primaria. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7323.
- Infocop (2018b). El próximo 19 de marzo empiezan a trabajar 21 psicólogos en los centros de salud madrileños. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7344&cat=44.
- Infocop (2018c). La presencia del psicólogo en Atención Primaria facilita el acceso a tratamientos psicológicos- Entrevista a Natalia López. *Infocop Online*. Recuperado de: <https://bit.ly/2Kd3JcS>.

- Judd, L. L., Schettler, P. J. y Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics*, 25(4), 685-698. doi: 10.1016/S0193-953X(02)00026-6
- 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(6), 460-468. doi: 10.1192/bjp.bp.115.175059
- Kristjánisdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurdsson, B. H., Sigurdsson, E., Agnarsdóttir, A. y Sigurdsson, J. F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of co-morbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nordic journal of psychiatry*, 70(3), 215-223. doi: 10.3109/08039488.2015.1081404
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J. y Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(2), 85-92. doi: 10.1157/13076608
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K. y Schneider, A. (2015). Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(1), 56-68. doi: 10.1370/afm.1719
- López, C., Serrano, R. M., Valverde, A., Casabella, B. y Mundet, X. (2006). ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicótrofos en atención primaria? *Atención Primaria*, 37, 446-451. doi: 0.1157/13088884
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 6-19. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.6
- 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. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.007
- McEvoy, P. M., Nathan, P. y Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.20
- Mewton, L., Hobbs, M. J., Sunderland, M., Newby, J. y Andrews, G. (2014). Reductions in the internalising construct following internet-delivered treatment for anxiety and depression in primary care. *Behaviour research and therapy*, 63, 132-138. doi: 10.1016/j.brat.2014.10.001
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-1419. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488
- Mojtabai, R. y Olfson, M. (2010). National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 67, 26-36. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.175
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. doi: 10.1017/S1352465801003058
- Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., Saxon, D., Dent-Brown, K. y Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 220-227. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107888
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Capafons, A. y Dongil-Collado, E. (2017). 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(4), 124-129. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.002
- NICE. (2011). *Common Mental Health Disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>.
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S. y Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 199, 30-41. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.018
- Nordgren, L. B., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, A., Eriksson, S., Lindkvist, E., Andersson, G. y Carlbring, P. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 1-11. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.007
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39(3), 242-250. doi: 10.1016/j.beth.2007.08.002
- Norton, P. J., Barrera, T. L., Mathew, A. R., Chamberlain, L. D., Szafranski, D. D., Reddy, R. y Smith, A. H. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30(2), 168-173. doi: 10.1002/da.22018

- OECD. (2018). OECD Health Data: Pharmaceutical market, OECD Health Statistics (database). Recuperado de: <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>
- Oei, T. P., y Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 107*(1), 5-21. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.018
- Olatunji, B. O., & Hollon, S. D. (2010). Preface: the current status of cognitive behavioral therapy for psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics, 33*(3), xiii-xix. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.015
- Olfson, M. & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 1456-1463. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10040570
- Ophuis, R. H., Lokkerbol, J., Heemskerck, S. C., van Balkom, A. J., Hiligsmann, M. y Evers, S. M. (2017). Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders, 210*, 1-13. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.0057
- Pearl, S. B. y Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 46*, 11-24. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.07.004
- Prins, M. A., Verhaak, P. F., Bensing, J. M. y Van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review, 28*, 1038-1058. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.009
- Reinholt, N. y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(3), 171-184. doi: 10.1080/16506073.2014.897367
- Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B. y Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cognitive behaviour therapy, 46*(1), 29-43. doi: 10.1080/16506073.2016.1227360
- Richards, D. A. y Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology, 48*(4), 377-396. doi: 10.1348/014466509X405178
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M, García Campayo, J. y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 119* (1-3), 52-8. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 181-184.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L. y Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy, 43*(3), 518-532. doi: 10.1016/j.beth.2012.02.004
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H. y van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological medicine, 43*(2), 351-361. doi: 10.1017/S0033291712000670
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. y Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 8-23. doi: 10.1002/jclp.20832
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K. y Piasecka, J. B. (2016). Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 26*(1), 58-64. doi: 10.1089/cap.2015.0120
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A. y Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 46*, 56-64. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.008
- Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Sheehan, J., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V. J., Wootton, B. M. y McEvoy, P. M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 35*, 88-102. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.08.002
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L. y Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 70-75. doi: 10.1016/j.brat.2015.03.001
- Twomey, C., O'Reilly, G. y Byrne, M. (2015) Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice, 32*(1), 3-15. doi: 10.1093/fampra/cmu060

- Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R. y Schmitz, J. M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402-415. doi: 10.1080/00952990.2016.1199697
- Wade, S., Byrne, S. y Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863-872. oi: 10.1002/eat.22723
- 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. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.006
- Widiger, T. A., y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 494-504. doi: 0.1037/0021-843X.114.4.494