

**Tratamientos Psicológicos Breves para Trastornos Mentales
Comunes. Un Ensayo Clínico Aleatorizado.**

Jorge Corpas López

Universidad de Córdoba

Resumen

En la actualidad, la fuerte demanda sobre los servicios de salud sobrepasa los recursos disponibles en muchos países occidentales. Los denominados trastornos mentales comunes y su tratamiento exclusivamente farmacológico son, en gran parte, los responsables de esta situación. El coste que estos trastornos genera a la sanidad pública es muy elevado y suelen estar asociados a otros problemas como la hiperfrecuentación y los efectos secundarios. No obstante, la mayoría de investigaciones señalan que muchos de los problemas podrían ser abordados, al menos inicialmente, con terapia psicológica. El presente trabajo tuvo como objetivo principal realizar un ensayo clínico aleatorizado sobre una muestra de 165 pacientes diagnosticados de trastornos mentales comunes. Se contó con cuatro grupos experimentales, que recibieron tratamiento psicológico breve, tratamiento psicológico convencional (extenso), tratamiento combinado (psicológico convencional y farmacológico) e intervención psicológica mínima, respectivamente. El grupo control recibió el tratamiento habitual (farmacológico). A todos los participantes se les administraron diversos tipos de autoinformes relacionados con problemas comunes (GAD-7, STAI, PHQ-9, BDI-II, PHQ-15, PHQ-PD) en un diseño de medidas pre-post tratamiento y seguimiento posterior a los 6 meses. Los resultados demostraron que el tratamiento psicológico extenso y el combinado fueron los más eficaces. Sin embargo, el tratamiento psicológico breve fue el más eficiente en términos de costes-beneficios. El presente estudio es un aval para la implementación de la terapia psicológica breve frente a la farmacológica en este tipo de problemas en el contexto de Atención Primaria o Especializada para mejorar la calidad de vida de los pacientes a la vez que se reducen los costes sanitarios.

Palabras clave: trastornos mentales comunes, tratamientos psicológicos breves, ensayo clínico aleatorizado, atención primaria

Introducción

Los trastornos mentales comunes (TMC), también llamados trastornos emocionales (TE), engloban una gran variedad de diagnósticos caracterizados por sintomatología mayoritariamente ansioso-depresiva y somática con una alta prevalencia entre la población (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Además, presentan elevadas tasas de comorbilidad entre ellos y otros trastornos (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005). Las personas que los padecen sufren discriminación, estigmatización y dificultades en varias esferas sociales y familiares (Corrigan, 2004). Por otra parte, los TMC se asocian con el padecimiento de dolor físico (Bair, Robinson, Katon, Kroenke, 2003; Gureje, 2008) y una probabilidad mayor de sufrir algún trastorno psicótico (Kelleher et al., 2012). Estos problemas tienen un claro efecto negativo sobre la calidad de vida de las personas (Olatunji, Cisler y Tolin, 2007), sobre su utilización de los servicios de salud y sobre su producción laboral (Bereza, Machado y Einarson, 2009). A pesar de lo alarmante de estos datos, aproximadamente el 50% de las personas con un TMC no está recibiendo tratamiento o el tratamiento que reciben no es el más adecuado (Bebbington et al., 2000). Se hace evidente que los TE conforman un conjunto de problemas que pueden evolucionar fácilmente hacia otras patologías más severas y, que debido a su abordaje deficitario, repercuten fundamentalmente en las economías nacionales e internacionales, en la calidad del servicio sanitario y en el estado de salud de la población.

Actualmente, la preocupación por los trastornos y problemas de salud mental ha aumentado considerablemente a escala mundial debido al impacto que representan a nivel individual, familiar y social, y al coste que suponen para los sistemas de salud. En el trabajo conjunto de la OMS y el Foro Económico Mundial (Bloom et al., 2011) se advierte que los trastornos mentales producen más carga que las enfermedades físicas

crónicas y que serán en breve la primera causa de discapacidad a escala mundial. Esta situación aumentará los costes económicos a un nivel superior que el crecimiento del PIB mundial, lo que provocaría una situación de insostenibilidad económica. El reciente estudio de Chisholm et al. (2016) ha señalado un aumento del 50% en la incidencia mundial de los TMC en las últimas dos décadas, lo que supone que una de cada diez personas está afectada por ellos. Esto conlleva, aproximadamente, un 30% de la carga económica mundial reservada para enfermedades no contagiosas. Prueba de este desajuste se muestra en una revisión sistemática de la literatura sobre el coste de los trastornos mentales en España, donde se señala que representan el 4,4% del PIB, de los cuales la mitad corresponden a TMC (Parés-Badell, et al., 2014).

En esta línea, el estudio longitudinal de Knudsen, Harvey, Mykletun y Øverland (2012) expresa la relación entre los TMC y el incremento de las bajas laborales, lo que resulta un gran coste económico y social (Brouwers, de Bruijne, Terluin, Tiemens y Verhaak, 2006). Según la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido (2011), uno de cada seis trabajadores sufrirá algún TE en algún momento de su carrera profesional, por lo que se debe considerar una urgencia el desarrollo del tratamiento de estos problemas.

Por otro lado, varios estudios en distintas partes del mundo evidencian una mayor tasa de TMC en las poblaciones de emigrantes en comparación a las autóctonas (Abebe, Lien y Hjelde, 2014; De Wit et al., 2008; Villarroel y Artazcoz, 2012; Wittig, Lindert, Merbach y Brähle, 2008). Se pueden observar factores comunes a estos grupos de riesgo, como son la discriminación y la pobreza (Fuller-Thomson, Noack, y George, 2011; Patel y Kleinman, 2003). Así mismo, Jurado et al. (2016) añaden el sufrimiento de eventos traumáticos como un factor especialmente notable para la aparición de un TMC. En un momento histórico de alta inestabilidad social y gran afluencia de

inmigrantes y refugiados debido a diversos conflictos políticos y bélicos, parece obvio que en breve se tendrá que dar respuesta a las necesidades de estas personas y al tratamiento de los TMC que posiblemente desarrollen.

Los TMC son muy frecuentes en las consultas de Atención Primaria (AP), especialmente los trastornos de ansiedad, ya que aparecen repetidamente y llegan a representar, de forma directa o indirecta hasta el 40% de los casos atendidos en este tipo de servicio (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, Lowe, 2007). Algunas investigaciones e informes (OMS, 2011; Moreno y Moriana, 2012) indican que los médicos de Atención Primaria perciben que los problemas “menores” de salud mental (principalmente síntomas de ansiedad/ depresión y problemas psicosociales, los denominados problemas comunes o desórdenes emocionales) tienen una prevalencia cercana al 80% y superior a la de los trastornos mentales con diagnósticos formales (de aproximadamente un 20%). Además, la presencia de síntomas subclínicos de ansiedad y depresión es muy prevalente en las consultas de los médicos de familia (Anseau et al., 2004) y se calcula que aproximadamente el 35% de los pacientes con estas características acaban desarrollando un TE a lo largo de un año (Beekam et al., 1997; Beekam et al. 1998). Tanto NICE (2011) como la estrategia española de Salud Mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) afirman que estos problemas reciben tratamiento en AP en el 90% de los casos y que solo se derivan a Atención Especializada (AE) una pequeña parte de ellos. Sin embargo, se pone en duda la efectividad de las intervenciones debido a que los tratamientos más eficaces para estos trastornos no están disponibles en AP (Pérez y Fernández, 2008). Hay muy poca investigación acerca de cómo tratar de forma adecuada a los pacientes con TMC en este contexto (Bower, Knowles, Coventry, Rowland, 2011), donde se hacen necesarias intervenciones breves y eficaces. Por otra parte, a pesar de la existencia de algunas guías

clínicas para el tratamiento de los TMC en AP (NICE, 2011; Terluin et al., 2009; Van Marwijk et al., 2009), la realidad es que la puesta en marcha y la adherencia a ellas es muy pobre (Wang et al., 2007). Varios estudios han demostrado que dichas guías no se aplican o se aplican de forma incompleta, poco ajustadas a la población y con altos niveles de improvisación, centrándose más en la consultoría que en la terapia (Moreno y Moriana, 2016a,b). A pesar de que se recogen intentos de aplicar algunas prácticas alternativas como las intervenciones colaborativas entre el personal sanitario o programas formativos para médicos de familia, existe muy poca evidencia de la eficacia y/o eficiencia de dichos métodos para el tratamiento de los TMC (Seekles et al., 2013).

En general, se calcula que desde AP solamente se detectan un 50% de todos los trastornos mentales (Beca, Sáiz y Porras, 2001). En este sentido, en el estudio de Landa, Goñi, García de Jalón y Lizasoain (2008) se comprobó que la concordancia en el diagnóstico entre AP y AE era baja, especialmente cuando se trataba de TMC. Gabarrón et al. (2002) ponen de manifiesto la escasa formación de los médicos de familia acerca de los trastornos mentales en general y los TE en particular, ya que se calcula que cerca del 45% de las personas con un probable trastorno depresivo pasan inadvertidas. Del mismo modo, los facultativos no identifican ni tratan de forma correcta los trastornos de ansiedad (Stein et al., 2011). Por otra parte, la continuidad del tratamiento de estos problemas es escasa y, por tanto, un seguimiento adecuado es casi inexistente (Bakker et al., 2010). Sin embargo, existen evidencias de que los TMC pueden llegar a convertirse en una patología crónica o tener un curso intermitente a lo largo de la vida (Roy-Byrne, Wagner y Schraufnagel, 2005), por lo que otro tipo de acercamiento a ellos sería lo más recomendable.

Los médicos de AP manifiestan que debido a su falta de tiempo y formación, los pacientes con problemas mentales no se encuentran satisfechos con el tratamiento y

tienden al consumo repetido del servicio sanitario (fenómeno conocido como “hiperfrecuentación”). Esto provoca un aumento de la presión asistencial y, consecuentemente, la calidad del servicio sanitario se ve afectada negativamente (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2012). A pesar de que el 43% de los pacientes con este perfil tiene, en teoría, un plan de actuación en salud mental, sólo dos tercios están asignados a un equipo terapéutico, lo que deja un vacío en la asistencia integral a estos pacientes (Smits Brouwer, ter Riet y van Weet, 2009). Por otra parte, en el estudio de Gili et al. (2011) se pone de manifiesto que los síntomas propios de los TMC son los que mejor predicen la ocurrencia de la hiperfrecuentación. Se ha observado que en estos pacientes, comparados con los que hacen un uso más estabilizado de los servicios de salud, se da una tasa mucho mayor de problemas sociales, lo que refuerza la hipótesis de que su dolencia tiene más relación con lo psicológico y social o interpersonal que con lo estrictamente médico (Wooden, 2009). En esta línea, más de un 90% de los médicos de familia consideran que necesitan más formación sobre temas de salud mental y que la incorporación de psicólogos en atención primaria sería beneficiosa y descongestionaría la carga asistencial (Moreno y Moriana, 2012). Varios estudios avalan esta idea, ya que sugieren que se podrían obtener resultados significativos en la reducción de los síntomas de los diversos trastornos al mismo tiempo que se reducen los costes sociales relacionados con ellos (Blount et al., 2007; Pastor, 2008).

El trabajo de Kovess-Masfety et al. (2007) pone de manifiesto que en la mayoría de los países europeos la mayor parte de los TMC recibe tratamiento farmacológico debido a su abordaje médico casi exclusivo en AP. Del mismo modo, Codony et al. (2007) manifiestan que entre la población española que sufre algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido con mayor frecuencia es la farmacoterapia (35,3%) frente a la terapia psicológica (4,5%) y la terapia combinada (29,4%). Por otra parte, no solo

existe una falta de tratamiento psicológico, sino que la duración de los tratamientos con ansiolíticos e hipnóticos es prolongada, ya que más del 50% de las prescripciones de fármacos tienen una duración superior al año (Vedia et al., 2005), lo que provoca serios riesgos para la salud del paciente debido a los efectos secundarios asociados a la medicación. Además, se ha demostrado que la farmacoterapia posee un índice de recaída muy superior a la intervención psicológica al cesar el tratamiento (Gill & Hatcher, 2000). Esta tendencia generalizada al uso de fármacos para el abordaje de los TE, contradice las indicaciones de las guías internacionales (NICE, 2011; Terluin et al., 2009; Van Marwijk et al., 2009), que aconsejan la utilización de terapias psicológicas como tratamiento de elección. A partir de ellas, se propone un modelo escalonado de tratamiento, en el que la terapia farmacológica sólo se introduciría cuando la terapia psicológica fuera insuficiente (Roy-Byrne et al., 2005). Del mismo modo, se sugiere que, independientemente de la gravedad del caso, la terapia psicológica siempre esté presente (Gonçalves, González y Vázquez, 2003; NICE, 2011). Nueva Zelanda (Dowell et al., 2009) y Reino Unido (NICE, 2011) están empezando a implementar este modelo, y según los resultados del ensayo clínico de Van't Veer-Tazelaar et al. (2011) parece que están obteniendo resultados favorables.

Además, los médicos de AP señalan que casi un 40% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos pero, sin embargo, reconocen que no recurren a técnicas psicológicas en su consulta para el tratamiento de los problemas con sintomatología ansioso-depresiva (Moreno y Moriana, 2012). Los pacientes también prefieren el tratamiento psicológico, ya que es más acorde a su concepción de la problemática que presentan (Prins, Verhaak, Bensing, y van der Meer, 2008; Walters, Buszewicz, Weich, King, 2008). En este contexto, hay sistemas públicos como el británico que, para este perfil de pacientes, recomienda el tratamiento

psicológico durante al menos cinco semanas antes de recurrir a la terapia farmacológica. Se ha observado como el servicio de salud es mucho más fluido en Inglaterra debido a la buena comunicación entre AP y AE y a la tendencia a considerar las preferencias de tratamiento por parte del paciente, aspectos menos tenidos en cuenta en otros países (Ayerbe et al., 2010). En este mismo país, se puso en marcha en el año 2008 el programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) para atender a los TMC de gravedad leve/moderada en AP y mejorar el acceso al tratamiento de estos problemas con intervenciones de baja intensidad. Los resultados de varios estudios para la evaluación del proyecto muestran que más del 50% de los pacientes se recuperaban con pocas sesiones y que los cambios eran duraderos en el tiempo (Clark et al., 2009; Gyani, Shafran, Layard y Clark, 2013). Además, se calcula que el programa es más económico en términos de coste-beneficio en comparación con el tratamiento especializado de alta intensidad (Radhakrishnan et al., 2013). En este sentido, invertir en tratamientos psicológicos y técnicas breves de atención a problemas comunes en Atención Primaria y Especializada mejoraría la sintomatología de los pacientes, reduciría la hiperfrecuentación, disminuiría la prescripción de fármacos y la presión asistencial que suponen este tipo de trastornos (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010).

Frente a la evidente “epidemia” de estas patologías sin tratar en la población estadounidense, Wang, Berglund y Kessler (2000) hacen hincapié en la necesidad de intervenciones eficientes en términos de costes-beneficios para mejorar tanto el acceso al tratamiento como a la calidad del mismo. Estudios recientes resultan alentadores para el uso de la terapia psicológica en el tratamiento de los TE (Joesch et al., 2011; van Steenberg-Weijenburg et al. 2010). No obstante, muchos estudios que avalan la utilización de estas intervenciones se han efectuado en el ámbito privado por clínicos

especializados (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011), por lo que su representatividad y aplicabilidad en el contexto de AP queda cuestionada.

En el trabajo de Callaghan y Gregg (2005) se calculó que el coste de una intervención psicológica grupal para la depresión en una muestra concreta sería alrededor de 60 dólares por paciente, mientras que el tratamiento farmacológico cuadruplicaría esa cifra. Del mismo modo, un ensayo clínico aleatorizado demostró que cuando se implementaban programas de corte psicológico en los tratamientos para la depresión en AP, mejoraba la calidad asistencial, había una recuperación social y laboral mayor y los niveles de hiperfrecuentación disminuían considerablemente (Wells et al., 2000). En otro ensayo clínico aleatorizado (RCT) de Patel et al. (2010) se obtenían resultados similares, concluyéndose que al introducir un colaborador especializado en el tratamiento de los TMC en los grupos de AP podría mejorar la recuperación de estos pacientes. La terapia psicológica y, en concreto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser más eficaz que la administración de fármacos para el trastorno de ansiedad (Heuzenroeder et al., 2004) y ser más eficiente en sus efectos a largo plazo (Hollon, Stewart & Strunk, 2006). En un meta-análisis de 48 estudios de alta calidad se demostró que, efectivamente, el tratamiento psicológico es más eficaz que el tratamiento habitual (farmacológico) dentro del contexto de AP para los TMC (Watts et al., 2015).

Ante este escenario y dadas todas las dificultades expuestas, se evidencia como prioridad investigar sobre la mejora en el abordaje de los TMC para establecer modelos de tratamientos eficaces, acordes con las necesidades reales de los pacientes y con las investigaciones y guías internacionales. En los últimos años se han desarrollado las terapias psicológicas breves, que se ajustan más a la dinámica real de los servicios de salud y las demandas de los usuarios. Desde la investigación Hewitt y Gantiva (2009)

podemos señalar que las características fundamentales de estas terapias son el incremento de la conciencia del comportamiento problema, la motivación para el cambio y el ofrecimiento de herramientas y recursos psicológicos, atendiendo siempre a las fortalezas individuales. Así mismo, el tratamiento se centra en el presente, trabaja comportamientos específicos y la toma de decisiones. Por su parte, la evaluación y el tiempo de tratamiento son limitados y de corta duración. Debido a su idiosincrasia, estas terapias están especialmente indicadas para los problemas adaptativos y problemas emocionales de gravedad leve o moderada. A partir de la publicación de Collings et al. (2015) se sugiere que la terapia psicológica breve sería el primer escalón para el abordaje de los TE, dando una amplia accesibilidad a los pacientes y una respuesta eficaz a sus dolencias.

El reciente metaanálisis de Cape et al. (2010) sobre terapias psicológicas breves basadas en modelos cognitivos-conductuales aplicadas en Atención Primaria para problemas comunes señala que 34 estudios obtuvieron resultados positivos, recomendando la inserción de tratamientos psicológicos breves en dicho nivel de atención, señalando la necesidad de ampliar el nivel de evidencia y depurar los procedimientos para el diseño e implementación de este tipo de intervenciones (tamaños del efecto bajos comparados con las terapias extensas clásicas). Desde el estudio de Seekles (2013) se obtienen conclusiones similares, si bien se cuestiona de forma más exhaustiva la metodología y la eficacia a largo plazo de estas terapias para los trastornos de ansiedad. Paralelamente, parece que las terapias psicológicas breves, especialmente las derivadas de modelos cognitivos-conductuales, tienen una eficacia parecida a las terapias extensas para el abordaje de la depresión, por lo que en términos de eficiencia son más recomendables y tienen mejor aceptación (Churchill et al., 2001). Sin embargo, los datos son escasos y no se han identificado aspectos relevantes respecto a las

características de los pacientes o la forma adecuada de implementación, por lo que de nuevo, se hacen necesarios más ensayos clínicos aleatorizados que arrojen luz sobre la idoneidad de estos tratamientos.

Sin embargo, familiarizarse con el tratamiento específico para cada trastorno por separado requeriría una cantidad de tiempo muy elevada y podría ser un obstáculo para el abordaje eficaz de los TE en un contexto tal como el de AP (Barlow, Allen & Choate, 2004). Barlow (2004) aportó resultados favorables sobre la reducción de síntomas primarios de ansiedad y depresión en intervención individual bajo un paradigma de tratamiento transdiagnóstico, derivado de modelos cognitivo-conductuales. Esta aproximación a la patología tiene como objetivo tratar las características comunes subyacentes a todos los TMC, de forma que se pueda aplicar a un amplio número de personas con características distintas y trastornos comórbidos (McManus, Shafran, Cooper, 2011). Posteriores estudios como los de Norton (2008) y Brown y Barlow (2009) también ofrecen datos esperanzadores sobre la efectividad de este tratamiento tanto para el abordaje directo de los TMC como para su prevención, y parece que las investigaciones están empezando a extrapolarse lentamente al ámbito de AP con buenos resultados (Ejebya et al., 2014). Por último, el estudio de Rimeret al. (2012) demostró que la terapia breve basada en este modelo era eficaz para el tratamiento de la depresión en pacientes de AP.

Método

Diseño

El objetivo del trabajo fue determinar el impacto de los tratamientos psicológicos basados en modelos CBT para los TMC a través de un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo en centros de salud de Córdoba (España). Resulta oportuno

plantear esta investigación porque no existen suficientes estudios que comparen tratamientos psicológicos eficaces bien implementados, desde el punto de vista científico, con adaptaciones aplicadas a contextos asistenciales en modelos abreviados o de tiempo limitado que realmente se adecuen a la situación asistencial actual (como la masificación de pacientes, la hiperfrecuentación o la excesiva prescripción de fármacos). Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los grupos experimentales o al grupo control, el cual recibió el tratamiento habitual (farmacológico). La estructura básica del estudio puede observarse en la Figura 1.

Se aplicó un proceso de doble ciego, en el que ni los pacientes ni los profesionales conocían el grupo al que fueron asignados. Así mismo, los responsables de las evaluaciones fueron distintos a los que llevaron a cabo las intervenciones. La hipótesis de partida fue que los pacientes de los grupos experimentales tendrían una mejoría significativamente mayor a nivel de síntomas con respecto a aquellos que fueron asignados al grupo control, independientemente del diagnóstico clínico específico. Del mismo modo, se esperaba que los tratamientos psicológicos extensos fueran más eficaces que los abreviados, pero menos eficientes. Previamente al desarrollo del estudio, se obtuvo la aprobación ética de las instituciones implicadas y el consentimiento informado de los participantes. Estos últimos estaban en su derecho de abandonar el estudio cuando desearan. Por otra parte, fue previsto que, si durante o al final del mismo, la terapia experimental no hubiera tenido el efecto deseado, los pacientes serían remitidos lo antes posible al tratamiento convencional con terapia farmacológica. Se obtuvieron medidas de cada uno de los grupos antes y después del tratamiento y se efectuó un seguimiento de ellos a los 6 meses de finalizar la intervención.

El estudio consistió en un ensayo clínico aleatorizado de 4 grupos experimentales y 1 grupo control con medidas repetidas entre la línea base, el tratamiento y la retirada del mismo con seguimiento posterior. El trabajo tuvo un diseño entregrupos con medidas pre-post. A continuación se expone la descripción de los distintos grupos.

Grupo 1: Grupo Control en el que los pacientes recibieron el tratamiento habitual (solo farmacológico) en Atención Primaria por parte del médico de familia.

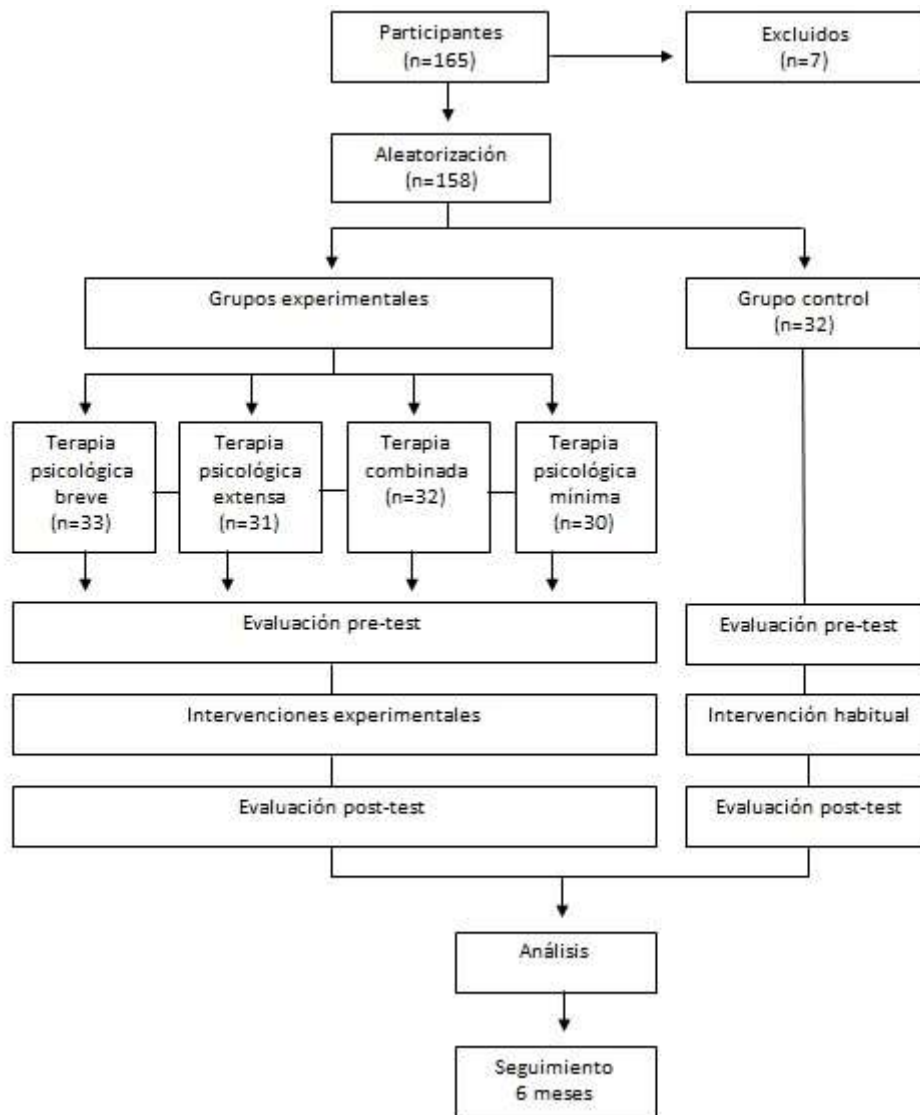
Grupo 2: Grupo experimental en el que los pacientes recibieron tratamiento psicológico breve de tiempo limitado en formato individual, según adaptación de la Guía NICE “Common Mental Health Disorders” (ISBN 978-1-84936-585-7) y del protocolo para el tratamiento de desórdenes emocionales de Barlow (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, & Barlow, 2010). Según Cape et al (2010), especialistas en terapias breves para problemas comunes, una terapia debe tener más de dos sesiones y menos de diez para considerarse breve, estableciendo una media de seis sesiones, partiendo de la idea de que las guías son flexibles a las características y síntomas del paciente. Siguiendo estas directrices, la adaptación de la guía contempló dichos parámetros temporales de intervención establecidos en sesiones semanales. El tratamiento de estos pacientes fue efectuado por psicólogos clínicos en la Unidad de Docencia y Psicoterapia del Hospital Universitario Reina Sofía.

Grupo 3: Grupo experimental en el que los pacientes recibieron tratamiento psicológico habitual (extenso) por psicólogos clínicos especialistas en Unidades de Salud Mental Comunitaria. El tratamiento que se aplicó fue el establecido dentro del Proceso Asistencial Ansiedad, Depresión y Somatizaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El tratamiento se desarrolló en un intervalo de entre 12 y 24 sesiones aplicadas en un periodo de 6 a 8 meses.

Grupo 4: Grupo experimental en el los pacientes recibieron tratamiento psicológico habitual bajo las mismas condiciones que el grupo anterior junto con la aplicación de tratamiento farmacológico por el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Grupo 5: Grupo experimental en el que los pacientes recibieron una intervención mínima basada en información psicoeducativa básica, consejo y biblioterapia desarrollada por parte de sus médicos de familia. Dichos profesionales fueron entrenados previamente por psicólogos clínicos especialistas en un protocolo de cuatro sesiones, que incluía la explicación básica de los trastornos y las herramientas para afrontar los síntomas básicos antes de recurrir al tratamiento farmacológico, el apoyo de biblioterapia y el seguimiento del paciente. La biblioterapia y los materiales utilizados en la psicoeducación e información fueron extraídos fundamentalmente de los textos de Juan Sevillá y Carmen Pastor sobre pánico-agorafobia, ansiedad generalizada y depresión (Pastor, Sevillá, 2007; Sevillá y Pastor, 2011a, 2011b) y otros materiales creados específicamente para esta intervención.

Los análisis estadísticos se implementaron utilizando el programa estadístico SPSS v.20 para explorar los datos y comprobar el efecto de las intervenciones en las medidas pre-post tratamiento y seguimiento posterior.

Figura 1: Estructura general del estudio clínico aleatorizado.

Participantes

Los pacientes fueron reclutados a través de los médicos de familia de AP del Sistema Público Andaluz de Salud (SAS) de Córdoba, que ofrecieron la participación a quienes cumplían criterios de inclusión en el estudio. Como dichos criterios de inclusión, los pacientes debían recibir el diagnóstico de uno o más TMC. Los trastornos considerados en el estudio fueron: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG),

Trastornos del estado de ánimo (TEA), Trastornos somatomorfos o Trastorno de pánico (TP). Los criterios de exclusión fueron la presencia de depresión mayor severa, una elevada discapacidad, la presencia de trastornos comórbidos (consumo de sustancias), la presencia de un Trastorno Mental Grave (TMG) o la ausencia de TMC.

Se observa en ellos la cronicidad de los TMC, ya que los participantes eran usuarios recurrentes de los centros de salud y algunos llevaban varios meses consumiendo psicofármacos. Además, se detecta una alta comorbilidad en el diagnóstico, mostrándose en la mayoría de pacientes más de un TMC.

Instrumentos

Para la evaluación de los participantes se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) evaluados según entrevista SCDI-I para problemas ansioso-depresivos y diversos autoinformes, tomando como medidas de corte las correspondientes a problemas leves/moderados. Para la evaluación de la ansiedad generalizada se utilizó el GAD-7 y el STAI, para la depresión el PHQ-9 y el BDI-II, para las somatizaciones el PHQ-15 y para el trastorno de pánico, el PHQ-PD. También se utilizó el Inventario Breve de 18 síntomas (BSI-18) como complemento a los cuestionarios anteriores y el Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) para evaluar el grado de discapacidad en un momento inicial del ensayo y excluir a los pacientes que obtuvieron una puntuación alta en él.

El Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams, Lowe, 2006) es un autoinforme que valora siete síntomas de ansiedad común en un periodo de referencia centrado en las dos últimas semanas. Se ha utilizado principalmente para el cribado de la ansiedad generalizada, pero también para

el resto de trastornos de ansiedad. Su puntuación máxima es de 21, y el punto de corte para problemas de ansiedad se establece a partir de 8 puntos.

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch. y Lushene, 2011) es una de las pruebas más utilizadas para valorar la ansiedad estado-rasgo con tan solo 20 ítems.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, y Steer, 1993) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems con respuestas tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

El Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) es un autoinforme para el cribado de la depresión siguiendo nueve criterios establecidos por el DSM-V. Los síntomas están referidos a las dos últimas semanas.

El Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-15 (PHQ-15) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) es un autoinforme que valora 15 síntomas somáticos y su puntuación máxima es 30. Según los criterios de este autoinforme, los pacientes que cumplían los criterios establecidos se correspondían con el diagnóstico de un trastorno somatomorfo en hasta un 88% de casos.

El Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-PD (PHQ-PD) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) es un autoinforme que valora síntomas de ataque de pánico según criterios DSM-V. El cribado predictor de dicho trastorno es significativo cuando el paciente responde afirmativamente a las 4 primeras preguntas o a 4 o más síntomas.

El Inventario Breve de 18 síntomas (BSI-18) (Derogatis, 1993) es un autoinforme de papel y lápiz compuesto por 18 ítems a los que se responde en una escala Likert. Ha sido diseñado para evaluar la sintomatología psicopatológica más prevalente en población clínica y médica, y en población general. BSI-18 estima un Nivel General de Gravedad, y medidas en factores de Somatización, Depresión y Ansiedad.

El Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) (Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996) está formado por 5 ítems analógico-visuales que se agrupan en 3 escalas. Los tres primeros ítems constituyen la escala de discapacidad propiamente dicha. Evalúan el grado en que los síntomas han interferido con 3 dominios de la vida del paciente: el trabajo, la vida social, y la vida familiar. Cada una de las escalas consiste en una línea dividida en 10 partes con valores del 0 al 10, por lo que la puntuación mínima sería 0 y la máxima 30. Establecimos el punto de corte en 25 para considerar una discapacidad elevada y proceder a la exclusión de la participación en el estudio al paciente en cuestión.

Procedimiento

El estudio fue financiado por el Programa Retos del Ministerio de Economía y Competitividad y aprobado para su ejecución por el Comité de Bioética de Andalucía. En un primer momento, los médicos de familia citaron a los pacientes seleccionados para que los psicólogos realizaran la primera evaluación y les explicaran las condiciones del estudio. Una vez que los participantes fueron aleatorizados y asignados a uno de los grupos, se realizaron las distintas intervenciones terapéuticas. Cuando estas finalizaron, se volvió a reunir a los pacientes y los evaluadores realizaron una nueva recogida de

datos. Una última evaluación, idéntica a las anteriores, se llevó a cabo a los seis meses siguientes.

Para todos los grupos se realizaron procesos de supervisión y valoración de la adherencia de los terapeutas a las guías de tratamiento correspondientes a cada condición experimental, al proceso de "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones" de la Junta de Andalucía y a la Guía NICE correspondiente a los Trastornos Comunes. Para evaluar también la adherencia al tratamiento de los pacientes, ya que este indicador es uno de los más importantes para diferenciar la eficacia de los tratamientos, se utilizaron igualmente los criterios expresados en el proceso de la Junta de Andalucía y los descritos en la Guía NICE de Trastornos Comunes.

En este tipo de estudios suele haber dificultades con el abandono y muerte experimental. Por este motivo, se motivó a los pacientes y se trabajó muy seriamente el protocolo de adherencia al tratamiento. Los protocolos de los tratamientos implementados estaban muy bien descritos para intentar minimizar los posibles sesgos debidos al terapeuta y se corrigió la posible variación debido a este factor contrabalanceando a los diversos facultativos dentro del mismo grupo experimental.

Resultados

De la muestra inicial de 165 pacientes, 7 (4.24%) fueron excluidos debido a los criterios anteriormente expuestos. El resto de pacientes completaron el estudio en su totalidad, por lo que no existió muerte experimental. Se efectuó un análisis descriptivo para detectar errores de entrada y comprobar el supuesto de normalidad. Ninguna de las variables violó dicho principio. La mayoría de los participantes fueron mujeres (73.06%) y la media de edad fue de 41.3 ($DT = 11.16$). La Tabla 1 expresa detalladamente las características sociodemográficas de la muestra en los distintos

grupos del estudio e ilustra que las condiciones de tratamiento no difieren para ninguna de las variables, ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La Tabla 2 expone las características clínicas pretratamiento de los diferentes grupos y, de nuevo, se descartan diferencias estadísticamente significativas entre ellos para estas variables. Para examinar el efecto del tratamiento se llevaron a cabo una serie de modelos combinados de análisis de varianza (ANOVAs). En todas las pruebas se comprobó que se cumpliera el supuesto de normalidad a través del estadístico de Shapiro-Wilk y el principio homogeneidad de las varianzas a través del estadístico de Levene. Las Tablas 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 presentan las medias y desviaciones típicas de la línea base y tras el tratamiento correspondiente a cada uno de los grupos para las medidas clínicas., así como los estadísticos para la diferencia de medias entre la fase pre y post tratamiento. En ellas se aprecia que, en todos los casos, el grupo que recibió tratamiento habitual es en el único en el que no existe una diferencia estadísticamente significativa. Las Tablas 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 reflejan los mismos datos a los 6 meses después del tratamiento. Se observa que, de las intervenciones que fueron inicialmente eficaces, se mantienen los efectos para todas ellas, ya que se volvieron a apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la línea base y las nuevas medidas de seguimiento. En todos los análisis de medidas pre-post tratamiento se obtuvo un tamaño del efecto grande calculado a través del estadístico d de Cohen. La Tabla 17 muestra la comparación de la eficacia del tratamiento entre los distintos grupos. De ella se desprende que, en primer lugar, existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento habitual (grupo control) y el resto de grupos experimentales. En segundo lugar, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento psicológico breve, el tratamiento psicológico extenso y el tratamiento combinado, si bien es cierto que el

tratamiento combinado y el tratamiento psicológico extenso obtienen una diferencia de medias ligeramente mayor que el tratamiento psicológico breve. En tercer y último lugar, se evidencia la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención mínima y el resto de grupos experimentales, los cuales obtienen una diferencia de medias considerablemente superior.

Tabla 1

Características Sociodemográficas de los Grupos del Estudio (N total = 158)

Variable	Grupo 1 (n=32)	Grupo 2 (n=33)	Grupo 3 (n=31)	Grupo 4 (n=32)	Grupo 5 (n=30)	Estadístico	p
Edad M (DT)	43.84 (10.17)	39.03 (11.77)	40.71 (9.22)	42.22 (12.29)	40.37 (12.37)	$F(4) = 1.55$.472
Sexo (% mujeres)	74.3	72.1	70.8	78.6	69.5	$\chi^2 = 0.88$.557
Estado civil (% solteros)	54.6	62.8	61.1	51.4	54.2	$\chi^2 = 13.4$.267
Nivel educativo (%)						$\chi^2 = 12.6$.358
Básicos	52.3	47.5	61.8	48.7	49.6		
Medios	30.5	33.2	31.5	32.2	30.7		
Superiores	17.2	19.3	6.7	19.1	19.7		
Situación laboral (%)						$\chi^2 = 4.67$.187
Empleado	31.2	30.7	28.5	35.4	36.6		
Desempleado	29.9	26.8	30.3	27.1	26.7		
Baja laboral	38.9	42.5	41.2	37.5	36.7		
Ingresos anuales (%)						$\chi^2 = 15.67$.284
< 12000€	32.5	31.4	29.7	28.5	31.4		
12000 ≤ 24000€	42.5	46.5	4.1	47.2	39.2		
> 24000€							
Uso de fármacos (% sí)	79.8	84.8	83.9	81.3	78.8	$\chi^2 = 47.6$.154

Tabla 2

Características Clínicas pre-tratamiento de los Grupos de Estudio (N total = 158)

Variable	Grupo 1 (n=32)	Grupo 2 (n=33)	Grupo 3 (n=31)	Grupo 4 (n=32)	Grupo 5 (n=30)	F	gl	P
GAD-7 M (DT)	17 (2.49)	17.3 (2.16)	17.49 (7.19)	18.19 (1.79)	18.7 (1.15)	1.52	4	.487
STAI M (DT)	30.37 (4.7)	30.34 (4.4)	29.77 (21.7)	34.66 (4.36)	36.67 (2.75)	0.52	4	.547
PHQ-9 M (DT)	15.44 (2.65)	16.55 (2.9)	16.09 (3.15)	16.09 (2.47)	17.13 (12.87)	1.89	4	.115
BDI-II M (DT)	25.34 (5.11)	25.21 (3.71)	25.52 (4.09)	25.47 (4.94)	23.83 (3.54)	0.8	4	.527
PHQ-15 M (DT)	18.5 (4.13)	17.33 (6.61)	19.45 (6.24)	19.81 (6.94)	17.4 (5.74)	1.13	4	.343
PHQ-PD M (DT)	7.91 (4.52)	7.36 (3.36)	8.16 (3.7)	7.28 (3.62)	8.13 (4.08)	0.37	4	.828
BSI-18 M (DT)	37.75 (8.18)	40.76 (9.86)	39.93 (9.92)	42.37 (10.38)	40.57 (7.79)	1.04	4	.390

Tabla 3

Medias del GAD-7 y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d																																										
Grupo 1	32	Pre	17	2.49	14.51	1	.213	0.94																																										
		Post	16.37	2.83					Grupo 2	33	Pre	17.3	2.16	13.4	1	.036	1.22	Post	9.85	3.8	Grupo 3	31	Pre	17.49	7.19	12.9	1	.025	1.03	Post	7.19	3.39	Grupo 4	32	Pre	18.19	1.79	14.49	1	.012	1.54	Post	6.41	2.59	Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	15.6
Grupo 2	33	Pre	17.3	2.16	13.4	1	.036	1.22																																										
		Post	9.85	3.8					Grupo 3	31	Pre	17.49	7.19	12.9	1	.025	1.03	Post	7.19	3.39	Grupo 4	32	Pre	18.19	1.79	14.49	1	.012	1.54	Post	6.41	2.59	Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	15.6	1	.041	1.03	Post	12.97	3.38						
Grupo 3	31	Pre	17.49	7.19	12.9	1	.025	1.03																																										
		Post	7.19	3.39					Grupo 4	32	Pre	18.19	1.79	14.49	1	.012	1.54	Post	6.41	2.59	Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	15.6	1	.041	1.03	Post	12.97	3.38																		
Grupo 4	32	Pre	18.19	1.79	14.49	1	.012	1.54																																										
		Post	6.41	2.59					Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	15.6	1	.041	1.03	Post	12.97	3.38																														
Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	15.6	1	.041	1.03																																										
		Post	12.97	3.38																																														

Tabla 4

Medias del STAI y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	30.37	4.7	2.54	1	.354	1.05
		Post	28.75	4.1				
Grupo 2	33	Pre	34.36	4.34	5.45	1	.013	0.93
		Post	27.36	5.29				
Grupo 3	31	Pre	29.77	4.65	1.65	1	.002	1.58
		Post	21.7	4.1				
Grupo 4	32	Pre	34.66	4.36	11.5	1	.000	1.32
		Post	21.94	4.38				
Grupo 5	30	Pre	36.67	2.75	3.87	1	.038	1.08
		Post	33.53	2.6				

Tabla 5

Medias del PHQ-9 y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	18.5	4.13	5.54	1	.321	1.54
		Post	17.09	3.97				
Grupo 2	33	Pre	17.33	6.61	6.66	1	.032	1.26
		Post	10.51	5.66				
Grupo 3	31	Pre	19.45	6.24	6.4	1	.001	1.32
		Post	8.97	5.57				
Grupo 4	32	Pre	19.81	6.94	1.58	1	.002	1.33
		Post	9.75	6.16				
Grupo 5	30	Pre	17.4	5.74	9.58	1	.046	1.08
		Post	12.83	6.15				

Tabla 6

Medias del PHQ-15 y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	15.44	2.65	2.89	1	.652	0.99
		Post	14.56	2.71				
Grupo 2	33	Pre	16.5	2.6	5.66	1	.023	1.23
		Post	9.27	2.9				
Grupo 3	31	Pre	16.06	3.15	12.4	1	.000	1.54
		Post	7	2.78				
Grupo 4	32	Pre	16.09	2.47	8.5	1	.000	1.31
		Post	6.25	2.26				
Grupo 5	30	Pre	17.13	1.63	13.4	1	.041	0.97
		Post	12.87	2.4				

Tabla 7

Medias del PHQ-PD y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	7.91	4.52	2.54	1	.226	1.21
		Post	7.16	4.23				
Grupo 2	33	Pre	7.36	3.36	3.22	1	.013	1.22
		Post	2.57	3.63				
Grupo 3	31	Pre	8.16	4.09	1.56	1	.000	0.98
		Post	0.94	4.28				
Grupo 4	32	Pre	7.28	4.94	3.33	1	.000	1.5
		Post	0.75	4.52				
Grupo 5	30	Pre	8.13	3.54	2.7	1	.042	1.08
		Post	5.2	3.66				

Tabla 8

Medias del BDI-II y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	25.34	5.11	10.65	1	.411	1.07
		Post	22.72	4.79				
Grupo 2	33	Pre	25.21	3.71	11.23	1	.023	1.31
		Post	17.03	3.63				
Grupo 3	31	Pre	25.52	4.09	12.5	1	.003	1.24
		Post	14.77	4.28				
Grupo 4	32	Pre	25.47	4.94	18.6	1	.003	0.95
		Post	14.09	4.52				
Grupo 5	30	Pre	23.83	3.54	11.47	1	.038	1.09
		Post	18.63	3.66				

Tabla 9

Medias del BSI-18 y Estadísticos pre-post Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	37.75	8.18	2.54	1	.367	1.05
		Post	28.09	8.09				
Grupo 2	33	Pre	40.76	9.86	3.65	1	.005	1.66
		Post	16.88	8.54				
Grupo 3	31	Pre	39.93	9.92	2.87	1	.000	1.27
		Post	12.48	9.82				
Grupo 4	32	Pre	42.37	10.38	1.66	1	.000	1.39
		Post	14	10.49				
Grupo 5	30	Pre	40.57	7.79	5.87	1	.027	1.08
		Post	24.97	10.07				

Tabla 10

Medias del GAD-7 y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	17	2.49	14.55	1	.301	0.97
		Post	16.87	2.74				
Grupo 2	33	Pre	17.3	2.16	12.87	1	.031	1.08
		Post	9.97	3.81				
Grupo 3	31	Pre	17.49	7.19	12.04	1	.026	1.22
		Post	7.21	3.47				
Grupo 4	32	Pre	18.19	1.79	13.73	1	.011	1.29
		Post	6.54	2.68				
Grupo 5	30	Pre	18.7	1.15	12.06	1	.044	1.31
		Post	12.99	3.37				

Tabla 11

Medias del STAI y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	30.37	4.7	2.55	1	.402	1.34
		Post	28.77	4.13				
Grupo 2	33	Pre	34.36	4.34	6.05	1	.022	1.28
		Post	27.39	5.07				
Grupo 3	31	Pre	29.77	4.65	2.04	1	.012	1.09
		Post	22.01	4.15				
Grupo 4	32	Pre	34.66	4.36	4.51	1	.008	1.28
		Post	21.99	5.03				
Grupo 5	30	Pre	36.67	2.75	3.07	1	.039	1.07
		Post	33.54	2.66				

Tabla 12

Medias del PHQ-9 y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	18.5	4.13	5.61	1	.401	1.05
		Post	17.09	3.97				
Grupo 2	33	Pre	17.33	6.61	6.07	1	.033	1.23
		Post	10.51	5.66				
Grupo 3	31	Pre	19.45	6.24	6.41	1	.008	0.96
		Post	8.97	5.57				
Grupo 4	32	Pre	19.81	6.94	7.22	1	.004	1.06
		Post	9.75	6.16				
Grupo 5	30	Pre	17.4	5.74	6.88	1	.044	1.43
		Post	12.83	6.15				

Tabla 13

Medias para PHQ-15 y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	15.44	2.65	3.02	1	.622	0.95
		Post	14.55	3.02				
Grupo 2	33	Pre	16.5	2.6	5.76	1	.019	1.34
		Post	9.29	2.92				
Grupo 3	31	Pre	16.06	3.15	11.01	1	.005	1.05
		Post	7.23	2.98				
Grupo 4	32	Pre	16.09	2.47	7.9	1	.003	1.63
		Post	6.54	2.33				
Grupo 5	30	Pre	17.13	1.63	12.74	1	.038	1.23
		Post	12.97	2.47				

Tabla 14

Medias del PHQ-PD y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	7.91	4.52	2.58	1	.297	1.04
		Post	7.18	4.87				
Grupo 2	33	Pre	7.36	3.36	2.97	1	.01	1.25
		Post	2.67	3.66				
Grupo 3	31	Pre	8.16	4.09	1.56	1	.000	1.32
		Post	1.02	3.87				
Grupo 4	32	Pre	7.28	4.94	3.97	1	.000	1.24
		Post	0.77	4.96				
Grupo 5	30	Pre	8.13	3.54	2.77	1	.038	1.08
		Post	5.27	3.77				

Tabla 15

Medias del BDI-II y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		M	DT	F	gl	p	d
Grupo 1	32	Pre	25.34	5.11	11.05	1	.457	1.21
		Post	22.78	4.74				
Grupo 2	33	Pre	25.21	3.71	10.33	1	.025	0.96
		Post	17.08	3.88				
Grupo 3	31	Pre	25.52	4.09	11.14	1	.005	1.04
		Post	15.07	4.68				
Grupo 4	32	Pre	25.47	4.94	12.02	1	.006	1.24
		Post	14.57	4.72				
Grupo 5	30	Pre	23.83	3.54	10.41	1	.041	1.3
		Post	18.93	3.76				

Tabla 16

Medias de BSI-18 y Estadísticos a los 6 meses de Tratamiento

	N		<i>M</i>	DT	<i>F</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>
Grupo 1	32	Pre	37.75	8.18	5.23	1	.244	1.03
		Post	29.74	8.92				
Grupo 2	33	Pre	40.76	9.86	3.54	1	.024	0.94
		Post	17.12	8.87				
Grupo 3	31	Pre	39.93	9.92	2.98	1	.011	0.96
		Post	13.11	9.99				
Grupo 4	32	Pre	42.37	10.38	2.51	1	.013	1.08
		Post	14.54	10.96				
Grupo 5	30	Pre	40.57	7.79	3.54	1	.035	1.21
		Post	25.01	10.24				

Tabla 17

Comparaciones Múltiples entre los Grupos

	<i>p</i>						
	GAD-7	STAI	PHQ-9	PHQ-15	PHQ-PD	BDI-II	BSI-18
Grupo 1 vs Grupo 2	.004	.014	.000	.021	.005	.000	.008
Grupo 1 vs Grupo 3	.000	.005	.000	.032	.021	.002	.009
Grupo 1 vs Grupo 4	.000	.003	.004	.007	.003	.004	.025
Grupo 1 vs Grupo 5	.032	.026	.025	.035	.024	.017	.013
Grupo 2 vs Grupo 3	.234	.334	.874	.541	.258	.505	.249
Grupo 2 vs Grupo 4	.065	.187	.409	.224	.654	.513	.584
Grupo 2 vs Grupo 5	.021	.013	.004	.002	.004	.032	.023
Grupo 3 vs Grupo 4	.325	.547	.264	.331	.244	.336	.259
Grupo 3 vs Grupo 5	.014	.004	.027	.000	.000	.007	.041
Grupo 4 vs Grupo 5	.004	.006	.014	.028	.031	.014	.016

Discusión

Con los resultados de nuestra investigación podemos apoyar la hipótesis de que el tratamiento psicológico es más eficaz que el tratamiento farmacológico en todas sus modalidades. El tratamiento combinado supone la mayor eficacia de todas las intervenciones, pero no es eficiente en términos de costes-beneficios. Del mismo modo, podemos afirmar que los tratamientos psicológicos extensos son más eficaces, pero

menos eficientes que los tratamientos psicológicos breves. La intervención mínima basada en la biblioterapia y psicoeducación breve es más efectiva en comparación al tratamiento farmacológico convencional, pero obtiene peores resultados que el tratamiento psicológico en el resto de versiones. Además, todos los efectos de las terapias experimentales se mantienen en el tiempo, por lo que también resultan eficaces a largo plazo.

Estas conclusiones son fundamentales para desarrollar nuevos modelos terapéuticos para el tratamiento de los TMC frente a los que se ofrecen actualmente. El carácter innovador de las terapias breves adquiere gran relevancia, ya que dichas intervenciones resultan más prácticas y accesibles para pacientes y profesionales de la salud. Existe muy poca investigación sobre terapias psicológicas breves y la literatura se basa principalmente en estudios de terapia con carácter grupal y en contextos de sanidad privada, donde no existen las dificultades propias de los servicios públicos. Por otra parte, se derivaría de la implementación de este tipo de intervenciones una serie de consecuencias positivas a nivel sanitario, social y económico. En primer lugar, se facilitaría el acercamiento de las terapias psicológicas en el Sistema Público de Salud, lo que permitiría la descongestión del mismo. Consecuentemente, se podría alcanzar a una cantidad más elevada de pacientes con sintomatología ansioso-depresiva en menor tiempo. En segundo lugar, se reducirían los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, se seguiría con mayor exhaustividad las guías clínicas, se ofertaría un tratamiento más ajustado a las preferencias del paciente y, en definitiva, se mejoraría la calidad asistencial. Y en tercer lugar, supondría un ahorro económico considerable para las arcas públicas, ya que el gasto en fármacos se reduciría drásticamente, al igual que el uso de los recursos e instalaciones de salud. La presumible reducción de la hiperfrecuentación, el descenso de las bajas laborales y la posibilidad de dar respuesta a

los problemas adaptativos desatendidos de una población cada vez más multicultural contribuirían también contribuirían al desarrollo económico y social.

En definitiva, la terapia psicológica breve se proclama como la más eficiente para el tratamiento de los TMC en contextos tales como AP y AE. Con las evidencias expuestas, este estudio es un aval para la implementación de estas terapias para mejorar la calidad de vida de la mayor cantidad de pacientes posible y de la manera más eficaz a la vez que se reducen los costes sanitarios.

Referencias

- Abebe, D. S., Lien, L. y Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigration and Minority Health*, 16, 60-67.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., DeSmedt, J., VanDenHaute, M. y Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78, 49-55.
- Ayerbe, G., L., Milazoo, L., J., Pérez-Piñar, L., M., González, M., S. y González, L., E. (2010). Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias. Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países. *Atención Primaria* 42(2), 109-111.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavioral Therapy*, 35, 205-230.
- Bakker, I. M., van Marwijk, H. W., Terluin, B., Anema, J. R., van Mechelen, W. y Stalman, W. A. (2010). Training GP's to use a minimal intervention for stress-related mental disorders with sick leave (MISS): effects on performance: results of the MISS project; a cluster-randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 78, 206-211.
- Bebbington, P.E., Meltzer, H., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C. y Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1367.
- Beekman, A. T., Bremner, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., de Beurs, E., vanDyck, R. y van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: are port from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.

- Beekman, A.T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W. y van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Affective Disorders*, 46, 219-231.
- Beca, B., E., Sáiz, R., J. y Porras, C., A. (2001). Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Medicina Clínica*, 116, 504-509.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bereza, B. G., Machado, M. y Einarson, T. R. (2009). Systematic review and quality assessment of economic evaluations and quality-of-life studies related to generalized anxiety disorder. *Clinical Therapeutics*, 31, 279-308.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W. y Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: summary of the evidence. *Professional Psychology. Research and Practice*, 38, 290-297.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K. y Barlow, D. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Bower, P. y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Bower, P., Knowles, S., Coventry, P. A. y Rowland, N. (2011). Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9: CD001025.

- Brouwers, E. P., de Bruijne, M.C., Terluin, B., Tiemens, B. G. y Verhaak, P. (2006). Cost effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*, 17(2), 214-220.
- 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, 256-271.
- Callaghan, G. M. y Gregg, J. A. (2005). The role of a behavioral health-care specialist in the treatment of depression in primary care settings. En W.T. O'Donohue, M. R. Byrd, Cummings, N.A. & D.A. Henderson (Eds.), *Behavioral integrative care. Treatments that works in the primary setting* (pp.73-86). Nueva York: Brunner-Routledge.
- 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, 38.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. y Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 415-24. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 35, 1-173.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España [Mental health care

use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 21-28.

Collings, S., Mathieson, F., Dowell, A., Stanley, J., Hatcher, S., Goodyear-Smith, F., Lane, B. y Munsterman, A. (2015). Clinical effectiveness of an ultra-brief intervention for common mental health syndromes in primary care: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16, 260. doi: 10.1186/s13063-015-0778-y.

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.

Derogatis, L. R. (1993). BSI: *Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.

De Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A. J., Gorissen, W. H., Schrier, A. C., ... Verhoeff, A. P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-12.

Dowell, A., Garrett, S., Collings, S., McBain, L., McKinlay, E. y Stanley, J. (2009). *Evaluation of the Primary Mental Health Initiatives: Summary report*. University of Otago and Ministry of Health, Wellington.

Ejebya, K., Savitskijb, R., Östc, L., Ekbomd, A., Brandtd L., Ramneröc, J., Åsberge, M. y Backlunda, 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.

Fuller-Thomson., E., Noack, A. M. y George, U. (2011). Health decline among recent immigrants to Canada: Findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 273-80.

Gabarrón, H. E., Vidal, R., J. M., Haro, A., J. M., Boix, S., I., Jover, B., A. y Arenas, P. M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, 29(6), 329-337.

- Gili, M., Luciano, J. V., Serrano, M. J., Jiménez, R., Bauza, N., y Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: A comparison with routine attenders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 744-749. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822fcd4d>.
- Gill, D. y Hatcher, S. (2000). WITHDRAWN: antidepressants for depression in medical illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD001312.
- Gonçalves, E. F., González, R. V. M. y Vázquez, C. J. (2003). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gureje, O. (2008). Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 318-322.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. y Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 597-606.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., ... Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.
- Hewitt, R. N. y Gantiva, D. C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. R. (2006). Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.
- Joesch, J. M., Sherbourne, C. D., Sullivan, G., Stein, M. B., Craske, M. G. y Roy-Byrne, P. (2011). Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychological Medicine*, 13, 1-12.
- Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L. y Gurpegui, M. (2016). Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo.

Revista de Psiquiatría y Salud Mental. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004>.

Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpatrick, C., Devlin, ... Cannon M. (2012). Clinicalpathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population based studies. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 26-32.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.

Knudsen, K., Harvey, S. B., Mykletun, A. y Øverland, S. (2012). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x.

Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M. y Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J.B., Monahan, P.O. y Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.

Landa, G. N., Goñi, S. A., García de Jalón, A. E. y Lizasoain, U. E. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 40(6), 285-289.

McManus, F., Shafran, R. y Cooper, Z. (2011). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Moreno, E. M. y Moriana J. A, (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328.
- Moreno, E. M. y Moriana, J. A. (2016a). Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 51-62.
- Moreno, E. M. y Moriana, J.A. (2016b). User involvement in the implementation of clinical guidelines for common mental health disorders: a review and compilation of strategies and resources. *Health Research Policy and Systems*, 14, 61. doi: 10.1186/s12961-016-0135-y.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Clinical guideline: Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults*. Accessed 3 February 2014 from: <http://guidance.nice.org.uk/CG113>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care Clinical guideline*. nice.org.uk/guidance/cg123.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without Agoraphobia) in Adults (CG113)*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Norwegian Institute of Public Health. (2012). Anxiety and depression increase risk of sick leave. *ScienceDaily*. Retrieved December 16, 2016 from www.sciencedaily.com/releases/2012/07/120731094628.htm.
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39, 242-250.
- Office for National Statistics. (2001). *Psychiatric morbidity among adults living in private households*. London: The Stationery Office.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. y Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8): e105471. doi: 10.1371/journal.pone.010547.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (2007). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del centro de terapia de la conducta.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (2011). *Tratamiento psicológico de la hipocondría la Ansiedad generalizada: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de la Conducta.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (2011). *Tratamiento psicológico de la depresión a: un manual práctico de autoayuda paso a paso (7ªed.)*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271-290.
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8).
- Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., . . . Kirkwood, B. R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 376(9758), 2086-2095. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/821979693?accountid=14520>.
- Pérez, A. M. y Fernández, H. J. R. (2008). Más allá de la salud mental: La psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M, 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.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillon-Shields, F. y Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies

- (IAPT) programme: An analysis of cost of sessions, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 37-45.
- Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D. A., Greig, C. A., McMurdo, M., Morley, W. y Mead, G. E. (2012). Exercise for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7, CD004366.
- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W. & Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 16-22.
- Sandín-Vázquez, M. y Conde-Espejo, P. (2012). Hiperfrecuentación: percepción del os profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27.
- 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, 351-361.
- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 89-95.
- Smits, F. T. M., Brouwer, H. J., ter Riet, G., y van Weert, H. C .P. (2009). Epidemiology of frequent attenders: A 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*, 9, 36. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-repost version of PRIME-MD. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744.

- Spitzer R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. y Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Campbell-Sills, L., Lang, A. J., Golinelli, D., ... Sherbourne, C. D. (2011). Quality of and Patient Satisfaction with Primary Health Care for Anxiety Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(7), 970-976. doi: <http://doi.org/10.4088/JCP.09m05626blu>.
- Terluin, B., Van Heest, F. B., Van der Meer, K., Neomagus, G. J. H., Hekman, J., Aulbers, L. P. J., ... Grol, M. H. (2009). NHG Richtlijn Angststoornissen, M62, (herziening). [Guidelines anxietydisorders for general practice (revised)].
- Van Marwijk, H. W. J., Grundmeijer, H. G. L. M., Bijl, D., Van Gelderen, M. G., De Haan M, Van Weel-Baumgarten, ... Romeijnders, A. C. M. (2009). *NHG Richtlijn Depressieve stoornis, M44, (herziening)*. [Guidelines depressive disorders for general practise (revised)].
- Van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers, P. y Beekman, A. T. F. (2011). Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 230-239.
- Van Steenberg-Weijnenburg, K. M., van der Feltz-Cornelis, C. M., Horn, E. K., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Rutten, F. F. y Roijen, H. L. (2010). Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19, 10-19.
- Vedia, U. C., Bonet, M. S., Forcada, V. C. y Parellada, E. N. (2005). Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 36(5), 239-247.
- Villarroel, N. y Artazcoz, L. (2012). Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place*, 18, 1282-1291.

- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S. y King, M. (2008). Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state. *British Journal of General Practice*, 58, 694-698.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370, 841-850.
- Wang, S. P., Berglund, P. y Kessler, C. R. (2000). Recent Care of Common Mental Disorders in the United States. Prevalence and Conformance with Evidence-Based Recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, 15(5), 284-292. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.9908044.x.
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M. y Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152-167. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.025.
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., ... Rubenstein, L. V. (2000). Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 283(2), 212-220. doi: 10.1001/jama.283.2.212.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. y Brähle, E. (2008) Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23(1), 28-35.
- Wooden, M. D. G., Air, T. M., Schrader, G. D., Wieland, B. y Goldney, R. D. (2009). Frequent attenders with mental disorders at a general hospital emergency department. *Emergency Medicine Australasia (EMA)*, 21(3), 191-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01181.x>.