

Universidad de Córdoba
Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Psicología



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de
enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales
en los sistemas sanitarios

Effectiveness of brief and transdiagnostic psychological
treatments for emotional disorders within health systems

Tesis Doctoral presentada por:
Jorge Corpas López

Directores:
Dr. Juan Antonio Moriana Elvira
Dr. Mario Gálvez Lara

Programa de Doctorado de Ciencias Sociales y Jurídicas

Córdoba, 2021

TITULO: *La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios*

AUTOR: *Jorge Corpas López*

© Edita: UCOPress. 2021
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/ucopress@uco.es>



TÍTULO DE LA TESIS: La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios.

DOCTORANDO: Jorge Corpas López

INFORME RAZONADO DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS

La tesis “La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios”, presentada por D. Jorge Corpas López, es un trabajo original que, desde nuestro punto de vista, cuenta con todos los requisitos científico-académicos para ser autorizada para la presentación y defensa como tesis doctoral por compendio de artículos y mención internacional. De dicha investigación se han derivado varios trabajos científicos, entre los que destacamos los siguientes:


- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *En prensa*. Factor de impacto (JCR, 2020): 6.724 (Q1) - Posición 7/131 (Psychology, clinical).
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F. y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, *21*(1), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>. Factor de impacto (JCR, 2020): 5.35 (Q1) - Posición 14/131 (Psychology, clinical).
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922651>. Factor de impacto (JCR, 2020): 4.299 (Q1) - Posición 29/131 (Psychology, clinical).
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>. Factor de impacto (JCR, 2020): 3.768 (Q2) - Posición 45/131 (Psychology, clinical).

Adicionalmente, y como parte de su proceso formativo, el doctorando ha presentado numerosas comunicaciones orales y escritas en congresos nacionales e internacionales. Sus niveles de constancia y motivación le han llevado a realizar una estancia en la Universidad de York (Reino Unido) para la obtención del doctorado internacional. Además, dentro de su tesis, ha integrado metodologías de investigación que ofrecen el máximo nivel de evidencia científica en el ámbito de los tratamientos psicológicos, como son los ensayos controlados aleatorizados y los metaanálisis. Por lo tanto, esta tesis reúne todas las condiciones exigidas y la calidad suficiente como para optar a la obtención del grado de Doctor con mención internacional y compendio de artículos de la Universidad de Córdoba.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 14 de septiembre de 2021

Firma de los directores


Fdo.: Dr. Juan Antonio Moriana Elvira


Fdo.: Dr. Mario Gálvez Lara

La realización de esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la financiación del proyecto “PsiBrief” (PSI2014-56368-R) por parte del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España en la convocatoria de 2014 de proyectos de I+D “Retos de investigación” y a la beca de movilidad internacional “Doctorado hacia la excelencia” de la Universidad de Córdoba del curso 2020/2021.

La presente tesis doctoral opta a la mención internacional por la estancia de tres meses en la Universidad de York (Reino Unido), donde se llevaron a cabo actividades de investigación directamente relacionadas con los objetivos de la misma. Además, esta tesis doctoral ha sido presentada por compendio de artículos, cuyas publicaciones se especifican continuación:

1. Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. En prensa. Facto de impacto (JCR, 2020): 6.724 (Q1) - Posición 7/131 (Psicología Clínica).
2. Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F. y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 21(1), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
Facto de impacto (JCR, 2020): 5.35 (Q1) - Posición 14/131 (Psicología Clínica).
3. Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments. *Journal of Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922651>
Facto de impacto (JCR, 2020): 4.299 (Q1) - Posición 29/131 (Psicología Clínica).
4. Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>
Facto de impacto (JCR, 2020): 3.768 (Q2) - Posición 45/131 (Psicología Clínica).

Agradecimientos

Este trabajo es fruto de la colaboración de muchas personas. Por ello, quisiera agradecer la dedicación y esfuerzo a todas aquellas que, en algún momento, han contribuido a su realización.

A Juan Antonio Moriana Elvira, mi primer director. Gracias por creer en mí desde los inicios cuando aún apenas nos conocíamos, enseñarme el apasionante mundo de la investigación y hacer agradable un camino difícil. He sentido que contigo podía sacar lo mejor de mí. Tu apoyo ha sido fundamental para superar todos los obstáculos. Si hoy me encuentro donde estoy es, indudablemente, gracias a ti.

A Mario Gálvez Lara, mi segundo director. Gracias por acompañarme y guiarme durante este viaje. Tu ayuda ha sido crucial para poder crecer académica y personalmente. He trabajado muy a gusto a tu lado y espero poder seguir haciéndolo durante mucho tiempo. Eres para mí un ejemplo de esfuerzo y superación y estoy muy orgulloso de que hayas formado parte de este proyecto.

A Dean McMillan por acogerme en la Universidad de York y hacer de mi participación en sus proyectos de investigación una experiencia muy enriquecedora. Gracias por dejarme aprender junto a un gran profesional e investigador internacional como tú.

A mis padres, por su siempre apoyo incondicional. Gracias por ofrecerme la oportunidad de seguir formándome, avanzar en mi carrera profesional y animarme a seguir mis sueños. Nada de esto sería posible sin vosotros y el amor que me dais cada día. Gracias infinitas al mundo por teneros a mi lado.

A los profesionales del ámbito sanitario que se han visto envueltos, de una manera u otra, en esta tesis doctoral. No siempre es fácil encontrar colaboradores dispuestos a invertir su tiempo en la investigación. Espero que haya valido la pena y os sintáis también parte los resultados de este trabajo.

A todos los amigos que han sabido comprender la dedicación y tiempo que una tesis doctoral supone. Gracias por vuestra paciencia y vuestra inconmensurable ayuda moral.

Índice de contenidos

Extended abstract	11
Prólogo	15

PRIMERA PARTE

Marco teórico

Capítulo 1. Los trastornos emocionales	21
1.1. Introducción.....	21
1.2. Los criterios para definir a los trastornos emocionales	22
1.3. Las clasificaciones categoriales y dimensionales	24
1.4. Factores de riesgo y etiología de los trastornos emocionales	28
1.5. La repercusión de los trastornos emocionales en la salud pública	30
1.6. Conclusiones.....	32
Capítulo 2. El abordaje de los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios..	35
2.1. Introducción.....	35
2.2. La psicofarmacología como tratamiento habitual en Atención Primaria	38
2.3. La baja efectividad de las terapias psicológicas en Atención Especializada	39
2.4. Las consecuencias de una mala praxis institucionalizada	41
2.5. Conclusiones.....	45
Capítulo 3. Los tratamientos psicológicos transdiagnósticos	47
3.1. Introducción.....	47
3.2. La concepción de los tratamientos transdiagnósticos.....	48
3.3. Los procesos cognitivos y las estrategias de regulación emocional	49
3.4. La eficacia del enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales	54
3.5. El Protocolo Unificado de Barlow.....	57
3.6. El tratamiento transdiagnóstico del proyecto PsicAP.....	60
3.7. Conclusiones.....	63

Capítulo 4. Las terapias psicológicas breves	65
4.1. Introducción.....	65
4.2. El uso del tiempo como herramienta terapéutica en las terapias breves	66
4.3. La eficacia de las terapias psicológicas breves.....	69
4.4. Las terapias breves para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios ..	72
4.5. Pautas y protocolos de aplicación de las terapias breves.....	76
4.6. Conclusiones.....	81
Capítulo 5. La implementación de los nuevos enfoques clínicos en la investigación y la práctica terapéutica.....	83
5.1. Introducción.....	83
5.2. El empleo de los ensayos clínicos en contextos reales de intervención	85
5.3. La aplicación de las psicoterapias grupales vs. individuales.....	89
5.4. Los modelos colaborativos y de atención escalonada	92
5.5. Proyectos y experiencias nacionales e internacionales.....	96
5.6. Conclusiones.....	99

SEGUNDA PARTE

Metodología y estudios

Capítulo 6. Presentación de los estudios que componen la tesis doctoral	103
6.1. Objetivos e hipótesis de los estudios	104
6.2. Metodología empleada en el estudio 1	107
6.3. Metodología empleada en el estudio 2	109
6.4. Metodología empleada en el estudio 3	113
6.5. Metodología empleada en el estudio 4	114
6.6. Consideraciones sobre la presentación de los estudios	118
Capítulo 7. Estudio 1. <i>Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis</i>.....	119
7.1. Introduction	120
7.2. Methods	121
7.2.1. Protocol and registration.....	121
7.2.2. Search strategy.....	121

7.2.3. Selection of studies	122
7.2.3.1. Inclusion criteria	122
7.2.3.2. Exclusion criteria	122
7.2.4. Data extraction	122
7.2.5. Risk of bias assessment	123
7.2.6. Analytic procedure	123
7.2.6.1. Calculation of effect sizes	123
7.2.6.2. Meta-analytic procedure	123
7.2.6.3. Subgroup analyses and meta-regression	124
7.2.6.4. Publication bias	124
7.3. Results	124
7.3.1. Study selection	124
7.3.2. Description of included studies	125
7.3.2.1. Country of origin	125
7.3.2.2. Diagnoses	126
7.3.2.3. Psychological treatments	126
7.3.2.4. Measures	129
7.3.2.5. Samples	129
7.3.2.6. Risk of bias assessment	129
7.3.3. General meta-analyses	130
7.3.4. Comparison between groups	133
7.3.4.1. Type of treatment	133
7.3.4.2. Type of psychological therapy	133
7.3.4.3. Type of diagnosis	133
7.3.5. Meta-regression	134
7.3.6. Publication bias	136
7.4. Discussion	136
7.4.1. Main findings	136
7.4.2. Limitations and future research	139
7.5. Conclusion	140
7.6. References	142

Capítulo 8. Estudio 2. *Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial* 155

8.1. Introduction	156
8.2. Method	157
8.2.1. Participants	157
8.2.2. Instruments	161
8.2.3. Procedure	163
8.2.4. Statistical analyses	164
8.3. Results	164
8.3.1. Effect on EDs symptoms	164
8.3.2. Effect on EDs diagnoses	165
8.4. Discussion	169

8.5. Conclusions	172
8.6. References	173

Capítulo 9. Estudio 3. *Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments.....* **183**

9.1. Introduction	184
9.2. Methods	185
9.2.1. Participants	185
9.2.2. Measures	186
9.2.3. Procedure	187
9.2.4. Statistical analyses	187
9.3. Results	188
9.4. Discussion.....	191
9.4.1. Limitations.....	193
9.5. Conclusions	194
9.6. References	195

Capítulo 10. Estudio 4. *Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome.....* **209**

10.1. Introduction	210
10.2. Methods	212
10.2.1. Participants	212
10.2.2. Interventions	212
10.2.3. Measures	213
10.2.4. Procedure	216
10.2.5. Statistical analyses	216
10.3. Results	217
10.3.1. Characteristics of the sample.....	217
10.3.2. Primary outcomes: clinical effect of the interventions	220
10.3.3. Secondary outcomes: changes in emotional and cognitive factors	220
10.3.4. Identifying predictors of change.....	223
10.4. Discussion.....	225
10.4.1. Clinical improvement	225
10.4.2. Influence of the cognitive and the emotional regulation factors	226
10.4.3. Limitations.....	227
10.5. Conclusions	227
10.6. References	229

Discusión y conclusiones

Capítulo 11. Discussion and conclusions	241
11.1. Discussion.....	241
11.2. Limitations and future directions.....	247
11.3. Final conclusion.....	250
Informe con el factor de impacto de las publicaciones.....	251
Otras contribuciones derivadas de la tesis doctoral	
Capítulos de libro.....	261
Aportaciones a congresos	261
Referencias	263
Anexos	
Anexo 1. Certificado del Comité de Ética	315
Anexo 2. Hoja de información al paciente del estudio 2.....	317
Anexo 3. Batería de recogida de datos	323
Anexo 4. Hoja de información al paciente del estudio 3.....	335
Anexo 5. Hoja de información al paciente del estudio 4.....	339
Anexo 6. Modelo de consentimiento informado	345

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.1. Conceptualización de los trastornos emocionales	24
Figura 1.1. Ventajas e inconvenientes de las taxonomías categoriales y dimensionales de los trastornos mentales.....	28
Figura 2.1. Prevalencia y comorbilidades de los trastornos emocionales en Atención Primaria	36
Figura 2.2. Consumo psicofármacos en España por Dosis Diarias Definidas según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).....	42
Tabla 3.1. Procesos transdiagnósticos implicados en los trastornos emocionales	51
Figura 3.1. Diagramas de bosque de los tamaños del efecto de la eficacia de los tratamientos psicológicos transdiagnósticos para la ansiedad y la depresión frente a grupos control.....	56
Tabla 3.2. Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales	58
Tabla 3.3. Protocolo de tratamientos transdiagnóstico del proyecto PsicAP	61
Tabla 4.1. Técnicas psicológicas adaptadas para su uso en contexto de Atención Primaria para los trastornos de ansiedad	74
Tabla 4.2. Protocolo de tratamiento psicológico breve para los trastornos emocionales de ocho sesiones	79
Tabla 4.3. Protocolo de tratamiento psicológico breve para los trastornos emocionales de cinco sesiones	79
Tabla 4.4. Protocolo cognitivo-conductual breve aplicable en los sistemas de salud basado en el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales	80
Figura 5.1. Fases de la investigación sobre psicoterapias y metodología más apropiada para cada una de ellas	88
Tabla 5.1. Diferencias metodológicas entre los ensayos clínicos llevados a cabo en contextos de investigación controlada y en contextos de práctica clínica habitual.....	89
Figura 5.2. Esquema de modelo colaborativo para pacientes con problemas de salud mental en Atención Primaria	93
Figura 5.3. Posible modelo de atención escalonada para el tratamiento de los trastornos emocionales en los sistemas de salud	95
Figura 6.1 Esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones (Figura SPIRIT) del estudio 2.....	110

Figura 6.2. Diseño del diagrama de flujo del ensayo clínico aleatorizado correspondiente al estudio 2.....	112
Figura 6.3. Esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones (Figura SPIRIT) del estudio 4.....	115
Figura 6.4. Diseño del diagrama de flujo del ensayo clínico aleatorizado correspondiente al estudio 4.....	117
Figure 7.1. Results of literature searches and selection of included RCTs	125
Table 7.1. Details of included studies	127
Figure 7.2. Forest plot and data of studies included at post-treatment analysis	131
Figure 7.3. Forest plot and data of studies included at follow-up analysis	131
Table 7.2. Meta-analyses at post-treatment	132
Table 7.3. Meta-analyses at follow-up.....	132
Table 7.4. Specific comparisons between therapies	133
Table 7.5. Specific comparisons according to the type of diagnosis	134
Table 7.6. Standardized regression coefficients of the moderator variables regarding the effect size of brief psychological therapies at post-treatment and follow-up.....	135
Figure 7.4. Funnel plot of brief therapies effect size data at post-treatment	136
Table 8.1. Sociodemographic and clinical characteristics of the different groups at baseline	161
Table 8.2. Means and standard deviations of the different groups and measures of EDs symptoms at baseline and post-treatment and linear mixed model intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples.....	166
Table 8.3. Multiple comparisons analyses between groups of the pre-post differences in the measures of EDs symptoms and effect sizes for both per protocol and intention-to-treat samples	167
Table 8.4. Frequency and percentage of patients meeting DSM-5 criteria for each disorder at baseline and post-treatment and chi-squared intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples	168
Table 8.5. Multiple comparisons analyses between groups of the pre-post differences in meeting DSM-5 criteria for the different diagnoses and effect sizes for both per protocol and intention-to-treat samples	170
Table 9.1. Characteristic of the sample ($N = 116$)	189
Table 9.2. Associations between the different variables and the clinical symptoms...	190
Table 9.3. Regression analyses examining the contribution of cognitive processes in the clinical symptoms	191

Figure 10.1. Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) diagram showing the flow of participants through the trial	218
Table 10.1. Characteristics of the groups at baseline.....	219
Table 10.2. Clinical symptoms, emotional regulation and cognitive processes at baseline and post-treatment and intra/inter-group analyses with effect sizes.....	221
Table 10.3. Frequency and percentage of patients meeting DSM-5 criteria for each disorder at baseline and post-treatment chi-squared intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples	223
Table 10.4. Regression analyses examining the contribution of emotional regulation strategies and cognitive processes in the therapeutic effect of the treatments	224

Extended abstract

Emotional disorders (EDs), that mainly include anxiety and depressive diagnoses, are extremely prevalent worldwide. Patients with EDs do not only present affective or mental symptoms, but also have multiple limitations and difficulties in several vital areas such as work, family or social life. They present high comorbidity between them and they are the leading cause of disabilities. It is estimated that one out of six people may be suffering from an ED. Moreover, studies show how the numbers have been increasing during the last decades and they are expected to grow more in the near future.

Public health systems face, therefore, the challenging task of providing efficient treatments for an exponential number of patients. However, around the half of the patients with EDs do not receive any treatment or the one they receive is not the appropriated one. This is mainly due to the fact that most of the patients with anxiety and/or depression are treated in Primary Care (PC) services, where there is not usually available any type of psychological intervention. In fact, the treatment with psychotropic drugs (mainly anxiolytics, hypnotics and antidepressants) is, by far, the most frequent for these disorders, which contradicts the recommendations of scientific research and international clinical guidelines, which point to psychological therapy as treatment of choice. Even when patients are referred to Specialized Care, the huge number of consultations and the lack of time make it impossible to follow the current manualized psychological treatment protocols. Consequently, patients with EDs do not receive the correct interventions either in this second level of attendance.

All these issues in the treatment of ED carry serious consequences. In the first place, the excessive prescription of psychotropic drugs leads to addiction disorders, accidents and, in some cases, the chronification of the symptoms. Secondly, the healthcare pressure is increased when patients do not find relief for their mental problems

and they consult repeatedly in PC. And last, but not least, there are exorbitant expenses due to the unreasonable prescription of medication along with the sick leaves and disabilities associated with EDs. For these reasons, new psychological therapies that might allow the effective treatment of EDs are being developed in recent years.

On the one hand, the transdiagnostic approach would help to minimize the comorbidity issue, since it is designed to target the underlying and shared mechanisms of all EDs. These transdiagnostic treatments would reduce the number of different interventions that clinicians need to learn and apply. Instead, only one protocol can be used for the whole set of anxiety and depressive problems. In this sense, the Unified Protocol developed by Barlow and their colleagues is one of the most evidence-based transdiagnostic treatments for EDs and it has demonstrated to be as effective as other psychological specific-disorder interventions.

On the other hand, brief therapies attempt to reduce the time needed to achieve significant clinical changes. It appears that there is certain consensus that these therapies should have more than two and less than ten sessions. They have proven to be effective for anxiety and depressive disorders as some authors claim that they are just as effective as traditional and extensive psychological treatments. In fact, although more research is needed, they have already been successfully applied in some PC settings. By combining these two lines of action within health systems, more patients with EDs could be treated effectively in less time. In addition, other strategies are being considered as delivering psychological interventions in a group format, as part of a collaborative care or as part of a stepped care program. Despite there are some promising evidences of their effectiveness, the acceptability among patients and professionals of these last proposals seems to be questionable.

Within this framework, several objectives were proposed in this doctoral thesis. To accomplish them four independent but intertwined studies were conducted. The first study was a meta-analysis that gathered the available information about brief therapies applied in PC for EDs compared with pharmacological interventions. Following PRISMA methodology, a systematic search was conducted in Medline, Embase and PsycInfo databases. We selected 33 randomized controlled trials (RCTs) that involved a total of 3868 patients. Results indicated a moderate effect size favourable to brief therapies at post-treatment ($d = 0.37$), but this was not maintained at follow-up. Therefore, it seems that brief therapies are, at least, equivalent to or, in some cases, superior to medication

for the reduction of anxiety and depressive symptoms. Furthermore, it was not found any clinical differences between the combined treatment (brief therapies plus pharmacological intervention) and brief therapies applied by themselves, which might mean that psychotropic drugs could be unnecessary in most cases.

The second study was a RCT with parallel design of three groups to compare the effectiveness of brief transdiagnostic therapy in both individual and group formats and pharmacological interventions for 102 patients with non-severe generalized anxiety disorder (GAD), mayor depressive disorder (MDD), panic disorder (PD) and/or somatoform disorder. Individual psychotherapy was developed in Specialized Care while group psychotherapy and treatment as usual was developed in PC. These psychological interventions were an adaptation of the Unified Protocol. The study followed the recommendations for intervention trials proposed in the SPIRIT (Standard Protocol Item: Recommendations for Interventional Trials) statement and the rules for the communication of the trials proposed in the CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) statement. Results showed that brief psychotherapies were more effective than medication for the reduction of EDs symptoms and diagnoses with moderate/high effect sizes. In addition, no clinical differences were found between the individual and group format.

The third study aimed to determine the relation between three cognitive factors (rumination, worry, and metacognition) with the presence of GAD, PD or/and MDD symptoms from a sample of 116 individuals that consulted for the first time in PC services. Results pointed, on the one hand, that each ED had a closer link with a particular cognitive process and, on the other hand, that mixed EDs were associated with the three cognitive factors analyzed. These finding were discussed to give some recommendations to design efficient psychological treatments in terms of time and resources used. For instance, for “pure” disorders, targeting a concrete cognitive process might be the optimal therapeutic option. Nevertheless, due to the high comorbidity among EDs, the transdiagnostic treatment approach should be also considered.

The fourth study was another RCT develop in PC with the objective to test one more time the effectiveness of a brief group transdiagnostic therapy for EDs compared with pharmacological interventions. Besides, two emotional regulation strategies and several cognitive factors were studied as predictors of the clinical changes. As before, this trial followed the SPIRIT and CONSORT statements. A total of 105 patients were

randomized to one of the two possible interventions that were provided in PC centers. Results indicated that brief group transdiagnostic psychotherapy was more effective than medication in reducing all EDs symptoms with moderate/high effect sizes. Besides, it was found that changes in rumination, worry and metacognition could predict the improvement of MDD, GAD and PD, respectively and that these variables acted as predictors of the therapeutic change. For their part, cognitive reappraisal seemed to be linked to the improvement of a wide range of disorders, while expressive suppression could be particularly important when treating somatoform disorder.

In conclusion, it seems that there is enough data to support the idea that brief and transdiagnostic psychotherapies are more effective than current interventions for the treatment of a wide range of EDs and that they could be spread within PC and Specialized Care. Although the best way of introducing these therapies is something that needs to be studied in the future, it is quite clear that they would improve people's mental health in a more efficiently manner, since they would contribute to reduce waitlists and public costs. For that reason, governments and health managers should consider this scientific evidence and begin a health systems reform to ensure a quick and effective access to psychological therapies.

Prólogo

La presente tesis doctoral nace dentro del marco del Proyecto “PsiBrief” (PSI2014-56368-R), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España en la convocatoria de 2014 de proyectos de I+D “Retos de investigación”. El objetivo principal de dicho proyecto era realizar un ensayo clínico aleatorizado (ECA) para analizar la eficacia comparada de una terapia breve con enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales (TEs) llevada a cabo en los servicios públicos de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada de la provincia de Córdoba (España). El proyecto tiene por finalidad aportar evidencias científicas para, por una parte, la posible inclusión de la figura del psicólogo clínico en AP y, por otra parte, la mejora de los tratamientos psicológicos que se ofrecen actualmente en Atención Especializada.

Debido al retraso en el desarrollo del mencionado ECA por todas las gestiones y requisitos metodológicos pertinentes (comités de investigación y ética, plataformas de registro y evaluación de ensayos clínicos, entrenamiento de los profesionales que llevarían a cabo las diferentes intervenciones, tiempo de ejecución de los tratamientos, etc.) y a la necesidad de aportar una recopilación de la evidencia científica sobre las terapias breves hasta el momento, se decidió efectuar una revisión sistemática y metaanálisis. Después de repasar la literatura académica, se estimó oportuno tomar el trabajo de Cape et al. (2010) como referencia para el desarrollo de una nueva revisión actualizada y mejorada sobre la efectividad de las terapias breves en AP en comparación con la administración de psicofármacos. Este trabajo permitió obtener una amplia información acerca de qué modalidades y formatos de terapias breves para los TEs habían sido aplicadas en todos los servicios de AP del mundo. Además, arrojó datos sobre cuáles poseían mayor o menor efectividad en comparación al tratamiento con psicofármacos y

si la combinación de ambas intervenciones ofrecía unos resultados clínicos mejores que las terapias breves por sí mismas. Por último, pero no menos importante, se aspiró a dar respuesta sobre la controversia científica acerca de la efectividad de las terapias breves a largo plazo (Hemmings, 2000; Seekles et al., 2013).

Una vez comprobada la efectividad de las terapias breves y finalizado por completo el ECA principal el proyecto, los datos de este fueron analizados. El protocolo original del ensayo (Gálvez-Lara et al., 2019b) tuvo que ser parcialmente modificado debido a la imposibilidad de llevar a cabo algunas intervenciones dentro del Sistema Andaluz de Salud (SAS). Inicialmente se plantearon cuatro grupos experimentales (terapia breve, terapia extensa, tratamiento combinado compuesto por terapia extensa y medicación e intervención mínima basada en guías de autoayuda) y un grupo control (tratamiento farmacológico). Sin embargo, y aunque, supuestamente, desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria se deberían ofertar los tratamientos psicológicos extensos manualizados, las características de la realidad asistencial (muy pocos profesionales, muchos pacientes, excesiva dilatación entre sesiones, etc.) hace la tarea imposible. Este fenómeno ya se había constatado anteriormente, hallándose las intervenciones psicológicas más próximas a una especie de consultoría que a una terapia reglada (Moreno y Moriana, 2016). Por este motivo, se optó por prescindir de este grupo experimental. Consecuentemente, el grupo de tratamiento combinado también fue eliminado, ya que partía de la premisa de que la terapia psicológica extensa fuera posible de administrar. Por otra parte, la intervención mínima tampoco pudo ser realizada, debido, principalmente, a que el uso de guías de autoayuda estaba pensado para ser administrado por los médicos de familia en AP, y estos mostraron resistencia a la hora de asistir y comprometerse con las formaciones en salud mental que se ofrecieron. Este grupo experimental fue sustituido por el mismo tratamiento psicológico breve que se investigó en Atención Especializada en formato individual, pero aplicado en AP en formato grupal. De esta manera, se pudieron obtener datos valiosos sobre la efectividad de las terapias breves en sus dos modalidades desde ambos escalones asistenciales, si bien no se pudieron comparar con otras terapias más extensas. Por último, debido a que las evaluaciones de seguimiento de los pacientes tuvieron que ser interrumpidas por los periodos de cuarentena obligatoria a causa de la aparición del COVID-19, solo se pudieron analizar los datos de los efectos de la terapia a corto plazo. Por suerte, para esa

fecha, y a raíz del metaanálisis citado anteriormente, ya se habían obtenido resultados de efectividad a largo plazo de las terapias psicológica de tiempo limitado.

A parte de estudiar la efectividad de la terapia breves, se estimó conveniente analizar qué variables psicológicas podían estar involucradas tanto en la aparición como en el tratamiento de los TEs. Nos centramos en examinar tres procesos cognitivos que la literatura académica apunta como fundamentales en la aparición y mantenimiento de los TEs: la rumiación, la preocupación y la metacognición (McEvoy et al., 2013). Por ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo con pacientes de AP que presentaban síntomas clínicos de ansiedad, depresión o somatización con el objetivo de dilucidar cómo estos procesos cognitivos influían en la presencia de síntomas específicos y no específicos (es decir, desde una perspectiva transdiagnóstica) de los TEs. Este estudio permitió obtener información detalladas sobre el funcionamiento de los factores cognitivos en pacientes que debutaban con síntomas compatibles con los TEs, de modo que pudiera servir para desarrollar tratamientos psicológico más precisos, breves y eficientes.

Debido a los buenos resultados que la terapia breve transdiagnóstica arrojó en el ECA anteriormente descrito, se quiso realizar un segundo ECA que, siguiendo los pasos del estudio descripto sobre procesos cognitivos, no solo analizara la efectividad de la terapia breve en comparación al tratamiento farmacológico, sino que también estudiara las posibles variables psicológicas que pudieran actuar como predictores del éxito terapéutico. Según Dozois (2013), una de las grandes necesidades en psicología clínica es saber reconocer estos mecanismos de cambio para determinar ya no si una terapia funciona (eficacia o efectividad), sino cómo funciona, es decir, de qué manera produce modificaciones en los patrones psicológicos de los pacientes. Los resultados del primer ensayo clínico mostraron que tanto la terapia breve grupal aplicada en AP como la misma terapia en formato individual aplicada en Atención Especializada tenían, prácticamente, la misma efectividad para la mejoría de los TEs. Esto motivó la decisión de focalizar el diseño del segundo ensayo en la terapia breve grupal y exclusivamente en el contexto de AP. Además, se añadieron medidas de los tres procesos cognitivos ya mencionados (rumiación, preocupación y metacognición) y de las dos estrategias de regulación emocional más importantes, que son la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva (Barlow et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2006). Con este último estudio se pretendió corroborar, una vez más, los beneficios de la terapia breve transdiagnóstica comparada con la intervención psicofarmacológica para el tratamiento de los TEs, de modo que se

contribuyera a su difusión dentro de los sistemas de salud públicos y estos pudieran, así, ser capaces de ofrecer tratamientos que fueran a la par rentables y de calidad.

La consideración de estas cuatro propuestas, centradas en la efectividad de terapias psicológicas breves de carácter transdiagnóstico para los TEs, ha permitido realizar un análisis exhaustivo sobre diversos aspectos de estas. A modo de ejemplo, destacamos dos de los hitos más significativos durante todo el proceso de investigación. Por una parte, se pudo examinar qué modelos y escuelas terapéuticas habían adaptado sus tratamientos al formato breve y cuáles habían sido ya testados, de alguna forma, en los sistemas públicos de salud para el abordaje de los TEs. Además, se pudo llegar a distinguir cuáles mostraban una mayor evidencia en cuanto a su efectividad, así como se contempló la posibilidad de la influencia de factores comunes a todas ellas. Y, por otra parte, se constató cómo el Protocolo Unificado (Barlow et al., 2016), uno de los manuales de tratamiento transdiagnóstico para los TEs más respaldado científicamente, podía ser acomodado a un formato de terapia breve de tal manera que su uso en el sistema sanitario fuera más factible.

Delimitado ya el marco general en el que se desarrolla esta tesis doctoral, se comenta a continuación su estructura, dividida principalmente en dos partes. En la primera parte de la tesis se revisan los fundamentos teóricos y los antecedentes existentes en la literatura que han sustentado este trabajo. El primer capítulo es un acercamiento a la concepción histórica y actual de TEs. El segundo capítulo versa sobre las limitaciones y dificultades en el tratamiento de los TEs dentro de los sistemas sanitarios. El tercer capítulo explora la aparición, desarrollo y efectividad de los tratamientos psicológicos transdiagnósticos. En el cuarto capítulo se aborda la noción de la terapia psicológica breve, así como su eficacia y sus recomendaciones de uso. El quinto capítulo repasa las estrategias más llamativas que tanto los sistemas sanitarios como los investigadores han intentado poner en marcha para la integración de los nuevos enfoques clínicos en la realidad asistencial. En la segunda parte de la tesis doctoral se exponen los distintos estudios que la componen. El sexto capítulo incluye los objetivos e hipótesis planteadas y la metodología llevada a cabo en cada uno de ellos. Seguidamente, en los capítulos séptimo, octavo, noveno y décimo se desarrollan los mencionados estudios de forma separada. Por último, se completa el trabajo en el undécimo capítulo, destinado a una discusión general acerca de los principales hallazgos obtenidos en los diferentes estudios y a establecer una serie de conclusiones derivadas de los mismos.

PRIMERA PARTE
Marco teórico

CAPÍTULO 1

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

1.1. Introducción

El término “trastorno emocional” (TE) ha sido ampliamente utilizado tanto por los investigadores como por los profesionales del ámbito de la psicología clínica desde, al menos, los inicios de los años veinte del siglo pasado (Miller, 1924). Dentro de la literatura académica, encontramos varias concepciones de los TE. Por ejemplo, Baek (2014) afirma que los típicos TEs son los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares. Por su parte, Alladin (2016) concluye que los TEs se refieren a un espectro de condiciones psicológicas que incluyen ansiedad, depresión, disociación, somatización y problemas relacionados con el trauma. Casi de forma idéntica, Finning et al. (2017) expresan que, generalmente, los TEs se refieren a la depresión o a la ansiedad. Una conceptualización más amplia la encontramos en Dornbach-Bender et al. (2017, p. 31), la cual afirma que “los trastornos emocionales, como los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de ansiedad, son las formas más prevalentes de enfermedad mental”. Como se puede comprobar, la mayoría de las definiciones hacen referencia a trastornos o síntomas relacionados con la ansiedad y el estado de ánimo.

A pesar de todo, no existe un consenso científico sobre su definición, si bien es cierto que se han considerado dentro de los llamados trastornos internalizantes (Kovacs y Devlin, 1998; Krueger, 1999). Siguiendo a Achenbach et al. (1987) existen dos grandes grupos respecto a los problemas de salud mental. Por una parte, se encuentran los “trastornos internalizantes”, los cuales se refieren a las manifestaciones de síntomas y

comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos y, por otra parte, están los “trastornos externalizantes”, que incluyen problemas relacionados con síntomas psicóticos, el control de impulsos, la falta de atención y los problemas de conducta social. Por otra parte, a los TEs también se les ha llamado “trastornos mentales comunes”, haciendo una analogía con las enfermedades estrictamente médicas debido a que son los más frecuentes entre la población. Así, la *Guía para la Identificación y el Tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes* del *National Institute for Care and Health Excellence* (NICE) incluye dentro de los TEs a los trastornos depresivos (incluyendo aquellos con criterios subclínicos) y a una amplia variedad de trastornos ansiosos como son el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social, las fobias específicas, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático y los trastornos somatomorfos (NICE, 2011). Sea como fuere, parece que todos los acercamientos teóricos coinciden en que los problemas de salud mental relacionados con los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden englobarse en una categoría más amplia.

En este capítulo se expondrán los criterios necesarios, según las investigaciones más recientes, para poder definir a los TEs, así como sus distintas formas de clasificación diagnóstica (señalando ventajas e inconvenientes), los motivos por los que pueden aparecer y sus consecuencias para la salud de la población.

1.2. Los criterios para definir a los trastornos emocionales

Debido a la necesidad de un constructo que recoja todas las definiciones y categorías diagnósticas, surge recientemente un sistema basado en tres criterios para reconocer un TE como tal. Este sistema no tiene en cuenta tanto la clasificación de los distintos trastornos mentales, sino los procesos psicológicos que se aprecian de manera significativa en los individuos que los sufren. Así, según Bullis et al. (2019) un TE es aquel en el que:

- A. *Se generan emociones negativas de forma frecuente e intensa:* En la línea de la teoría biológica del neuroticismo de Eysenk (1947) y como rasgo de personalidad que explicaría la vulnerabilidad individual, sería una forma de ser en que se predispondría a experimentar de forma más frecuente e intensa toda una serie de emociones displacenteras (Barlow et al., 2014).

- B. *Se producen una reacción aversiva a la experiencia de las propias emociones:* A la misma vez que se experimenta una emoción, se produce una valoración subjetiva de la misma (Solomon y Stone, 2002). Si dicha interpretación tiende a clasificar la emoción como un estímulo potencialmente peligroso o dañino, se produce una reacción de rechazo hacia la emoción que podrá ir acompañado de sensación de pérdida de control (Campbell-Sills et al., 2006).
- C. *La persona invierte una serie de esfuerzos para calmar, escapar o evitar la experiencia emocional:* Dichos esfuerzos son conductas que se puede dar antes o después de un evento emocional estresante y que tienen por finalidad intentar cambiar la influencia o la intensidad de la emoción (Gross et al., 2011). Los comportamientos pueden variar desde aquellos más visibles (como la huida ante un estímulo aversivo) hasta otros puramente cognitivos (como los intentos de supresión o distracción).

Debido a esta nueva definición, la comunidad científica está contemplando la posibilidad de ampliar el concepto de TE a otros trastornos mentales que tradicionalmente no hubieran encajado en esta categoría, como el trastorno límite de personalidad (TLP) o los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que se entiende que son, en parte, consecuencia de una gestión o regulación emocional deficitaria. Sin embargo, a pesar de que todos los trastornos mentales conllevan, en mayor o menor medida, una desestabilización emocional, no todos se pueden considerar trastornos emocionales (Bullis et al., 2019). De lo que no hay duda es de que, nuevamente, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son los claramente candidatos a ser llamados, definitivamente, TEs. En la Tabla 1.1 se recogen los trastornos mentales que podrían considerarse un TE, aquellos que podrían llegar a serlo y aquellos que quedan fuera de este concepto.

Tabla 1.1. Conceptualización de los trastornos emocionales

Trastorno mental	Trastorno emocional		
	Sí	Quizá/En parte	No
Trastorno de ansiedad generalizada	X		
Fobia social o específica	X		
Trastorno obsesivo compulsivo	X		
Trastorno de estrés postraumático	X		
Trastorno depresivo mayor	X		
Distimia o depresión menor	X		
Trastorno de pánico	X		
Trastornos somatomorfos	X		
Trastornos de la conducta alimentaria		X	
Trastornos del sueño		X	
Trastornos adaptativos		X	
Trastorno límite de la personalidad		X	
Trastornos bipolares		X	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos			X
Trastornos del espectro autista			X
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad			X
Trastornos de la excreción			X
Trastornos neurocognitivos			X

Adaptado de Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>

1.3. Las clasificaciones categoriales y dimensionales

Los sistemas de clasificación dominantes de los trastornos mentales, como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), están regidos por criterios que deben satisfacerse para poder formular los distintos diagnósticos clínicos. Estas taxonomías categoriales se basan en un pensamiento nacido en el seno de la medicina del siglo XIX, el cual aplica el concepto estadístico de “norma” para establecer lo considerado sano o patológico y, en última instancia, distinguir a los individuos enfermos (o anormales) del resto de la población (Kendall, 1998). Estos sistemas han sido criticados por aquellos que, siguiendo el pensamiento de Foucault (1964), consideran que reducen erróneamente a un binario sano/patológico (presencia/ausencia de trastorno) la multiplicidad de fenómenos y estados psicológicos por los que una persona atraviesa a lo largo de su vida (Regier et al., 2013). Además, se ha postulado que esta organización de los trastornos mentales podría responder más a unas necesidades sociopolíticas que a una realidad clínica como tal, ya

que los diagnósticos formales proporcionan una legitimidad biomédica que afecta a diversos ámbitos sociales como son la enseñanza o la jurisprudencia (Khoury et al., 2014). Por otro lado, las razones económicas también podrían tener una relación con esta forma de clasificación, ya que, por ejemplo, son indudables las ganancias que las farmacéuticas acumulan gracias a estos procesos en los que se medicalizan aspectos de la vida cotidiana, como la tristeza o la preocupación, o en los que se le otorga una entidad clínica a problemas de gestión emocional leves como si fueran enfermedades muy serias y peligrosas que hay que tratar a la mayor brevedad posible (Moynihan y Henry, 2006).

Esta forma de clasificar la patología mental se convierte en una “prisión epistemológica” que, o bien limita las intervenciones sanitarias para aquellos que no son considerados suficientemente enfermos, o bien obliga a forzar el diagnóstico para poder someter a intervenciones, más o menos agresivas, a los individuos con diversas problemáticas emocionales, contribuyendo a la estigmatización y a la patologización de la vida cotidiana (Hyman, 2010). No obstante, formular diagnósticos tiene a su favor algunas cuestiones prácticas como son la buena organización de la información, la formación de nuevos profesionales, la facilidad para la elaboración de historias clínicas y la comunicación entre profesionales y la posibilidad, en gran medida, de medir la respuesta a los tratamientos (Hayes y Hofmann, 2018; Vázquez et al., 2014). Por lo tanto, dado que tanto una opción como otra tienen ventajas e inconvenientes, parece que adoptar posturas extremas (sistemas rígidos de diagnóstico para todos los casos o no diagnosticar nada de lo referente a los problemas mentales) no es lo más recomendable.

A pesar de la larga historia de la clasificación de los trastornos mentales y que el concepto de “trastorno emocional” lleva más de 100 años utilizándose, es sorprendente que en ninguna de las nomenclaturas oficiales se haya aún abierto un apartado dedicado a dichos trastornos, entendidos como un conjunto de patologías con una base en común. Este fenómeno se ha podido dar, fundamentalmente, porque estos sistemas categoriales entienden a cada uno de los trastornos mentales (incluyendo los del estado de ánimo y los de ansiedad) como entidades concretas y aisladas, por lo que no son capaces de recoger la complejidad diagnóstica y conceptual que, como hemos visto anteriormente, comprenden los TEs.

No se puede negar que hay ocasiones en las que la presencia de múltiples trastornos se puede atribuir a patologías enteramente distintas, pero en la mayoría de las ocasiones y, en especial cuando se habla de TEs, se evidencia la presencia de problemas

comunes y compartidos por todos ellos (Kendler et al., 2003). De hecho, existe investigación contundente para afirmar que los síntomas de salud mental no son fenómenos de todo o nada, sino que se entienden mejor a lo largo de dimensiones continuas dentro de la población (Brown et al., 2001b; Kessler et al., 2005). Es más, dado que no existe una evidencia suficiente, se duda de que incluso un solo síntoma o trastorno sea una categoría distinta por sí misma (Haslam et al., 2012).

Además, se sabe que la comorbilidad dentro de los TEs es lo más frecuente y no es un fenómeno, en absoluto, anecdótico, sobre todo si se tiene en cuenta el historial que una persona puede ir acumulando a lo largo de los años (Brown et al., 2001a). Es difícil, por tanto, entender los TEs dentro de las clasificaciones categoriales cuando ellos mismos son la prueba que demuestra la inconsistencia de los umbrales de diagnóstico tradicionales. De esta manera, los sistemas de clasificación se vieron casi forzados a crear la categoría de trastorno mixto ansioso-depresivo para reconocer la existencia de muchas personas que sufren síntomas ansiosos y depresivos clínicamente significativos, pero que no cumplen criterios suficientes para ninguno de los diagnósticos formales de ansiedad o depresión (Barlow y Campbell, 2000; Tyrer et al., 2003). No obstante, este trastorno se aleja sustancialmente del concepto de TE, incorporándose como un “cajón desastre” para ser utilizado cuando el resto de las clasificaciones fallaran, en lugar de reconocer que este fenómeno es la norma y no la excepción, cuando, además, se sabe que estos trastornos mixtos tienen mucho peor pronóstico y síntomas más persistentes que los trastornos “puros” (Kroenke et al., 2007).

Bajo esta perspectiva, se hace necesario introducir un sistema en el que los síntomas sean considerados como niveles de intensidad, más o menos funcionales, presentes en todas las personas y que puedan situarse a lo largo de un continuo dimensional. De hecho, Goldberg y Goodyer (2005) proponen que la comorbilidad de los TEs sería producto directo de aplicar los constructos categoriales a la lógica de los síntomas entendidos como dimensiones. Estos modelos de clasificación dimensionales tienen la ventaja de combinar varios atributos clínicos a la vez, permitiendo entender la psicopatología no como una cuestión binaria, sino como amplios espectros donde lo estrictamente normal y lo estrictamente patológico representarían los extremos y, por consiguiente, lo más infrecuente entre los seres humanos. Además, favorecerían la obtención de información más detallada sobre los procesos subyacentes de los TEs e, incluso, ofrecer tratamientos más individualizados (Brown y Barlow, 2009).

Estas clasificaciones dimensionales acogerían a muchas personas que sufren malestar psicológico, pero que no pueden ser diagnosticadas de un trastorno mental a pesar de su manifiesta necesidad de ayuda (Kotov et al., 2018). No obstante, representan una complejidad diagnóstica e interpretativa de los instrumentos de evaluación que pueden ser difíciles de solventar (Vázquez et al., 2014). Aunque la visión dimensional de la psicopatología no es exclusiva de los TEs, ya que también se ha postulado en otros trastornos, como los psicóticos (Potuzak et al., 2012) y los de la personalidad (Livesley, 2007), sí cobran especial significado en ellos. Según Das-Munshi et al. (2018), los TEs mixtos ocurren tan frecuentemente en la población que deberían ser considerados como prioritarios en las medidas de salud pública adoptadas por los gobiernos.

A pesar de todo, y aunque parecen estar sufriendo una crisis interna, los sistemas categoriales siguen siendo los más utilizados en la investigación y en la práctica terapéutica, mientras que las alternativas dimensionales aún deben ganar fuerza para lograr una auténtica revolución paradigmática (Mellor y Aragona, 2009). En la Figura 1.1 se pueden observar las principales ventajas e inconvenientes de ambos sistemas de clasificación. No se trata de desacreditar o demonizar los sistemas categoriales y alabar los dimensionales, sino alcanzar un punto de encuentro en el que los TEs puedan llegar a entenderse y tratarse de una manera mucho más eficiente. De hecho, se ha argumentado que, aunque se ganaría en validez, el cambio a un sistema enteramente dimensional haría perder en fiabilidad (Barlow et al., 2014). Es decir, que se estaría midiendo o evaluando los TEs desde una visión más acertada, pero conllevaría más errores a la hora de poner en práctica dicha evaluación. En este sentido, y aunque de forma muy tímida, el DSM-IV (APA, 1994) incluyó por primera vez en la historia, una combinación entre los dos tipos de clasificación al poder otorgar grados de severidad (dimensional) a los distintos diagnósticos (categoriales), lo cual se mantiene en su posterior y última versión. De hecho, Andrews et al. (2008) proponen que aceptar la naturaleza dimensional de los TEs ayudaría a tener una visión más fiable y válida según el conocimiento científico actual, aunque no por ello se debería prescindir, por ahora, de la utilización de las categorías clínicas en la práctica terapéutica habitual.

Clasificaciones categoriales

Ventajas

1. Comunicación entre profesionales
2. Organización de la psicopatología
3. Permiten estudios epidemiológicos
4. Evaluación de tratamientos
5. Facilita la docencia y formación
6. Gestión de servicios sanitarios/sociales

Inconvenientes

1. Patologías como entidades concretas
2. Imposición de una estructura ficticia
3. Pérdida de información valiosa
4. Categorías mixtas o “cajas desastre”
5. Favorecen la estigmatización
6. Psicopatologización de la vida

Clasificaciones dimensionales

Ventajas

1. Mezcla de atributos clínicos
2. Comprender casos atípicos
3. Psicopatología como continuo
4. Evaluación de cambios subyacentes
5. Visión no estadística de la patología

Inconvenientes

1. Poco desarrollados teóricamente
2. Dificultad para su enseñanza
3. Complejidad interpretativa
4. Utilidad práctica limitada
5. Dificultad para aplicar tratamientos

Figura 1.1. Ventajas e inconvenientes de las taxonomías categoriales y dimensionales de los trastornos mentales. Adaptado de Simonsen, E. (2010). *The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology*. En T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.). *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-5 and ICD-11* (p. 350–361). The Guilford Press.

1.4. Factores de riesgo y etiología de los trastornos emocionales

Entre los factores de riesgo para padecer un TE se encuentran fundamentalmente, según Lejtzen et al. (2014): ser mujer, pertenecer a una familia con bajos ingresos económicos, vivir en una gran ciudad y tener alrededor de 40 años. A estos habría que añadir los sugeridos por King et al. (2008): experimentar eventos de alta intensidad emocional a una corta edad, tener un bajo nivel educativo, haber padecido trastornos mentales con anterioridad y tener un historial familiar previo de enfermedades mentales.

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) confirman que las mujeres padecen en mayor porcentaje los TEs que los hombres. Para ser concretos, nos encontramos que el 5.1% de mujeres frente al 3.6% de hombres padecen un trastorno depresivo mayor. De forma similar, un 4.6% de mujeres frente al 2.6% de hombres tienen síntomas compatibles con algún tipo de trastorno de ansiedad. En resumen, se podría decir que las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir un TE que los hombres (Waraich et al., 2004).

Sin embargo, parece que estos trastornos se distribuyen por igual entre las distintas etnias y culturas humanas (McManus et al., 2009), si bien varios estudios evidencian una mayor tasa de ansiedad y depresión en las poblaciones emigrantes en comparación a las autóctonas (De Wit et al., 2008; Foo et al., 2018; Wittig et al., 2008). Por su parte, parece que tener pareja o estar casado tiene, de forma general, un elemento profiláctico frente a los TEs, ya que se dan en mucha menos proporción que en individuos solteros o separados (McManus et al., 2009). El factor de la edad parece ser controvertido, ya que, aunque antes se afirmó que una mediana edad podría ser un componente de riesgo, la OMS (2017) declara que las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables a los TEs, siendo menor su aparición en niños y adolescentes. Por último, otros factores como la pobreza o la discriminación social también se han identificado como potenciales elementos de riesgo (Fuller-Thomson et al., 2011; Patel y Kleinman, 2003).

En relación con estas características sociodemográficas, podemos pensar sobre los motivos que promueven la aparición de los TEs. La etiología de estas alteraciones se enmarca bajo una perspectiva multifactorial que involucra tanto a factores biológicos como a psicológicos y sociales. Por lo tanto, no se puede establecer una causa directa con uno u otro elemento participar, sino que el ambiente actuaría como desencadenante o catalizador de predisposiciones internas. Por factores biológicos se entienden la bioquímica encargada de los procesos del estado de ánimo y de percepción y respuesta a la amenaza y el miedo, así como la carga genética que tenga una persona determinada (Nuechterlein y Darwson, 1984). Los factores psicológicos comprenden, primeramente, los rasgos de personalidad, como es el caso del neuroticismo, que está altamente asociado al desarrollo de los TEs (Fava y Kendler, 2000; Hettema et al., 2004). Por otra parte, Jurado et al. (2017) añaden el sufrimiento de eventos traumáticos como un elemento especialmente notable para la aparición de un TE, como son, por ejemplo, los abusos físicos, sexuales o psicológicos. Además, y en la línea de las teorías del apego, Barlow

(2000) postuló que las relaciones paterno y materno filiales deficitarias o conflictivas, que impidieran al infante tener una base segura sobre la que explorar el mundo, podrían crear sensaciones futuras de falta de control personal y de miedo o amenazas percibidas que incrementarían la susceptibilidad a los TEs. Por último, diversos sucesos o situaciones sociales pueden estar, parcialmente, detrás de cuadros depresivos y ansiosos, como la percepción de problemas financieros, las condiciones de vivienda deficientes, el estrés laboral o el aislamiento social (NICE, 2011). Cobra aquí especial relevancia la importancia de las relaciones interpersonales de calidad, ya que se ha evidenciado que aquellos individuos que manifestaban no tener a nadie en quien apoyarse o en quien confiar sufrían en mayor medida los síntomas prototípicos de los TEs (Patten, 1991).

1.5. La repercusión de los trastornos emocionales en la salud pública

La preocupación por los TEs ha aumentado considerablemente de forma global debido al impacto que representan para la salud de la población. De entre todos los trastornos mentales, los TEs suponen la mayor carga que soportan los sistemas sanitarios (Prince et al., 2007) y son la principal causa de discapacidad (Murray et al., 2013). Según la OMS (2017), se estima que, a nivel mundial, el 4.4% y el 3.6% padece un trastorno depresivo o algún tipo de trastorno de ansiedad, respectivamente. Sin embargo, muchos de los casos pasan desapercibidos, ya que se efectúan siguiendo las clasificaciones categoriales anteriormente expuestas, donde si los criterios diagnósticos no son suficientes, no se contabiliza como trastorno mental. De hecho, se sabe que muchas personas que tienen síntomas o trastornos subumbral no son bien detectadas (Moreno y Moriana, 2012). De esta manera, los datos pueden llegar a indicar que una de cada seis personas podría estar sufriendo síntomas clínicamente significativos compatibles con un TE (NICE, 2011).

Por otro lado, estudios epidemiológicos, que no solamente contemplan un momento puntual en el tiempo, sino todo el ciclo vital de los humanos, afirman que, a lo largo de la vida, el 20% de las personas sufre síntomas depresivos y hasta el 50% síntomas significativos de ansiedad (Kessler et al., 2005). Además, por si estas cifras no fueran suficientemente alarmantes, el estudio de Chisholm et al. (2016) señala un continuo aumento exponencial de los TEs en las últimas dos décadas. Finalmente, cabe destacar que la reciente pandemia del COVID-19 ha tenido un gran impacto sobre la salud mental

de la población (Pfefferbaum y North, 2020). En este sentido, se ha visto un aumento de los TEs en los últimos meses, así como mayores sentimientos de soledad y exposición a estresores relacionados con el trabajo y la vida doméstica (Chandola et al., 2020). Se ha estimado un aumento de entre el 16 y el 28% de los trastornos depresivos y de ansiedad (Rajhumar, 2020). Además, las personas que ya padecían algún tipo de TE se han visto aún más afectadas, sufriendo un detrimento considerable en su salud mental (Pan et al., 2021).

Las personas que padecen algún tipo de TE no solamente presentan una sintomatología afectiva o mental, sino que esta va asociada a múltiples limitaciones y dificultades en varias esferas vitales como son la vida laboral, familiar o social, por no hablar de la estigmatización o discriminación que pueden llegar a soportar (Corrigan, 2004). Por otra parte, también se ha demostrado que estas enfermedades producen dolor físico por sí mismas (Bair et al., 2003; Gureje, 2008), aumentan el dolor de otras enfermedades físicas previas (Moussavi et al., 2007) y pueden llegar a producir otras patologías como úlceras, artritis o diabetes (Wittchen et al., 2002). Además, padecer algún TE aumenta considerablemente la probabilidad de sufrir otro tipo de trastorno mental como, por ejemplo, las enfermedades psicóticas (Kelleher et al., 2012). Dicho de otra manera, lo que a priori podría parecer un trastorno sin demasiada importancia, podría desembocar en enfermedades mentales graves.

Cabe aquí destacar el gran número de muertes por suicidio derivadas, directa o indirectamente, de los TEs y, en especial, de los trastornos depresivos. Se calcula que, de entre todos los suicidios consumados, dos tercios corresponden a individuos que padecían un trastorno depresivo mayor, por lo que sufrir esta enfermedad multiplicaría por cuatro el riesgo de morir en comparación con la población general (Sartorius, 2001). Otros aspectos, como son la calidad de vida general o el nivel de producción laboral, también se ven altamente afectados cuando los TEs entran en juego (Olatunji et al., 2007). Así, se ha puesto de manifiesto la estrecha relación entre los cuadros ansioso-depresivos y el aumento de las bajas laborales, llegándose a predecir que sobre el 20% de trabajadores sufrirá, en mayor o menor medida, una o varias de estas patologías (Brouwers et al., 2006). En definitiva, es evidente que los TEs son una clara fuente de malestar y que pueden llegar a ser enormemente incapacitantes, así como producir una disminución drástica de la calidad de vida de millones de personas en el mundo.

1.6. Conclusiones

Los TEs han sido objeto de estudio desde hace más de un siglo, pero hasta hace poco tiempo no se habían establecido unos criterios que aclararan su definición. Estos criterios son: a) la experiencia intensa y frecuente de emociones desagradables; b) la interpretación de amenaza y la reacción aversiva a las emociones que se sienten; y c) la aparición de conductas (físicas o mentales) para calmar, evitar o escapar de dichas emociones. De esta manera, parece que hay consenso en la comunidad científica para catalogar los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos como TEs. Sin embargo, se sigue estudiando si otros trastornos, como los trastornos de la conducta alimentaria o el trastorno límite de personalidad, podrían, al menos en parte, poder considerarse también TEs.

Por su parte, al igual que otros trastornos psicológicos, los TEs han sido clasificados tradicionalmente en función de taxonomías categoriales. Este tipo de organización diagnóstica aporta algunas ventajas, como son facilitar la comunicación entre profesionales, la gestión de los servicios sanitarios o la formación y docencia universitaria, pero también conlleva importantes consecuencias, como son la patologización de respuestas de la vida cotidiana, la estigmatización o la creación de categorías “cajón desastre”. Debido a ello, se están desarrollando los denominados modelos dimensionales, en los que la patología mental forma parte de un continuo. Si bien poco desarrollados teóricamente y sin intención de reemplazar por completo a los sistemas categoriales, estos modelos ayudarían a concebir los TEs desde una perspectiva más acertada para la investigación y la práctica clínica.

En cuanto a la etiología de los TEs, parecen influir tanto los aspectos biológicos (genética y bioquímica encargada de regular los estados de ánimo y la percepción de amenaza), como los aspectos psicológicos (cogniciones, rasgos neuróticos de personalidad, traumas, etc.) y los aspectos sociales (poder económico, calidad del ambiente y de las relaciones interpersonales, etc.). Como factores de riesgo destacan pertenecer al género femenino, ser inmigrante, tener un bajo status socio-económico y la escasa percepción de apoyo social.

Por último, las investigaciones revelan que los TEs están aumentando de forma alarmante a lo largo de los últimos años y se calcula que son, probablemente, la primera causa de discapacidad en el mundo. Por ello, los sistemas sanitarios se ven desbordados

cuando intentan dar respuesta a una cantidad ingente de pacientes. Además, se sabe que el padecimiento de uno o más de estos trastornos provoca un aumento del dolor físico, una mayor probabilidad de sufrir otros trastornos mentales más severos y una mayor probabilidad de suicidio. A pesar de todo, aproximadamente el 50% de las personas con un TE no está recibiendo tratamiento o el que recibe no es el más adecuado (Bebbington et al., 2000). Se hace necesario, por tanto, explorar de qué forma se están siendo abordados los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad y de qué manera se pueden impulsar tratamientos eficaces que sean accesibles al conjunto de la población.

CAPÍTULO 2

EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

2.1. Introducción

La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada para todos los pacientes que buscan una solución sanitaria a sus diversos problemas de salud. No es de extrañar que, dadas las cifras y las repercusiones sobre la salud que los TEs ocasionan, la AP sea un servicio donde el número de consultas relacionadas con síntomas de ansiedad, del estado de ánimo y las somatizaciones sean cada día mayores. Según el estudio de Kroenke et al. (2007), los TEs llegan a representar más del 40% de los casos atendidos en AP, lo que se traduce en una enorme carga asistencial. En la Figura 2.1 se puede observar la prevalencia y comorbilidades entre los principales TEs en AP. En opinión de buena parte de los médicos, los problemas psicológicos están relacionados con, al menos, una de cada cinco consultas de AP (Latorre et al., 2005) y llegan a representar el tercer motivo más común de consulta (Shah, 1992). En este sentido, se ha encontrado un aumento del 19.4% para el trastorno depresivo mayor, del 8.4% para el trastorno de ansiedad generalizada y del 7.3% para las somatizaciones en las consultas de AP durante el periodo comprendido entre el año 2006 y 2010 (Gili et al., 2013).

Además, se ha evidenciado que la presencia de cuadros subclínicos de ansiedad y depresión es muy frecuente en las entrevistas de pacientes con sus médicos de familia (Moreno y Moriana, 2012), que suelen ir acompañados de otras dolencias orgánicas. No

obstante, estos cuadros subclínicos suelen acabar desarrollando, en la mayoría de los casos, los criterios suficientes para ser diagnosticados de un TE en un año (Beekam et al., 1998). Por este motivo, situaciones psicosociales que debutan con síntomas de ansiedad y/o depresivos deberían ser consideradas como objeto de tratamiento desde un primer momento y no esperar a que la situación sea más complicada o incluso crónica.

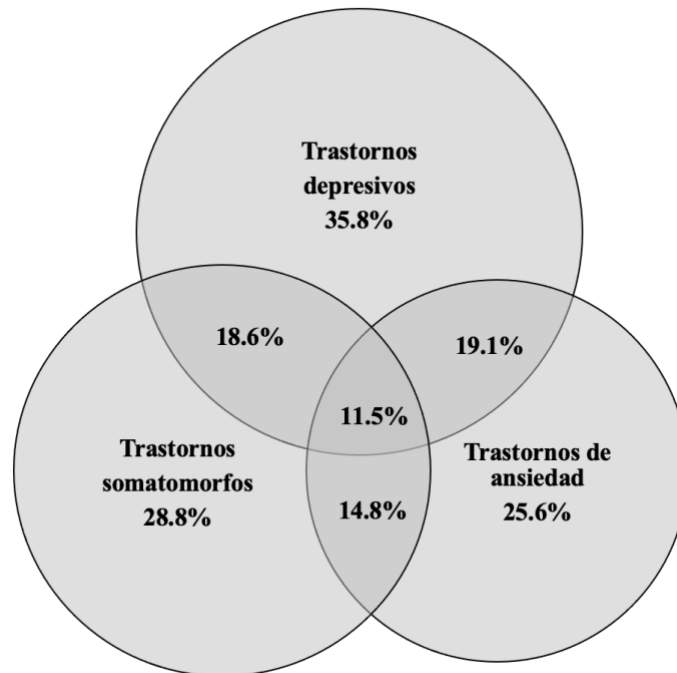


Figura 2.1. Prevalencia y comorbilidades de los trastornos emocionales en Atención Primaria. Adaptado de Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García-Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>

Los datos anteriormente expuestos podrían ser aún mayores si tenemos en cuenta la escasa formación que los propios médicos de familia reconocen tener sobre temas de salud mental (Moreno y Moriana, 2012), ya que, por ejemplo, cerca del 45% de las personas con un probable trastorno depresivo pasan inadvertidas dentro del contexto de AP (Gabarrón et al., 2002). De forma similar, se ha puesto de manifiesto que los facultativos tampoco identifican de forma correcta los diversos trastornos de ansiedad (Stein et al., 2011). Dicho de otra manera, desde AP los TEs pueden no estar siendo detectados de manera eficaz, lo que podría suponer un perjuicio para aquellos pacientes

que los sufren, especialmente para aquellos en los que su patología no está bien definida, pero que puede provocar el mismo, o incluso mayor, sufrimiento.

Se supone que desde AP se debe dar cobertura a aquellas psicopatologías que no supongan una complejidad tal que tengan que ser derivadas a Atención Especializada, siendo los médicos de familia los responsables de su detección. De este modo, debido a que los TEs son considerados y percibidos como problemas “menores” de salud mental (Moreno y Moriana, 2012) y a que, en la mayoría de las ocasiones, no tienen una sintomatología inicial severa (Anseau et al., 2004), son atendidos, casi siempre, en este primer escalón asistencial. Según importantes guías clínicas internacionales (NICE, 2011; Terluin et al., 2009), se apunta a que el tratamiento por elección para los trastornos emocionales de carácter leve o moderado debe ser la terapia psicológica, incluyendo la medicación solo para aquellos casos de gravedad elevada. Incluso en el supuesto de ser necesarios los fármacos, se aconseja que solamente sean introducidos 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 (NICE, 2011). No obstante, parece que para niveles graves de depresión el tratamiento combinado es la mejor opción (Cuijpers et al., 2020).

La terapia psicológica y, en concreto, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de pánico, así como en la reducción de la discapacidad producida por ellos (Heuzenroeder et al., 2004). Así mismo, en un metaanálisis de 48 estudios se demostró que la intervención psicológica es más eficaz que el tratamiento habitual (farmacológico) dentro del contexto de AP para los TEs (Watts et al., 2015). En otro metaanálisis de 26 estudios sobre la eficacia de los tratamientos no farmacológicos frente al tratamiento habitual en pacientes con somatizaciones, se encontró que la terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual y los efectos terapéuticos permanecieron a largo plazo (van Dessel et al., 2014). Por último, decir que la terapia psicológica no solo ha demostrado ser más eficaz que la medicación psicotrópica para los trastornos de ansiedad o depresivos definidos según sus criterios categoriales, sino que también es beneficiosa para la mejoría de aquellos síntomas emocionales en personas que experimentan altos niveles de estrés o trastornos adaptativos, lo que puede ser muy útil para el tratamiento indirecto de muchos otros síndromes y situaciones psicosociales como

la gestión de la carga laboral, el cuidado de personas dependientes o la resolución de conflictos interpersonales (Hibbs et al., 2015; Jensen et al., 2015).

A lo largo de este capítulo se analizará cómo, actualmente, ni desde AP ni desde Atención Especializada se ofrecen los tratamientos más adecuados para los TEs y cómo este fenómeno conlleva importantes repercusiones para la salud de los pacientes, para el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios y para la gestión de la economía pública.

2.2. La psicofarmacología como tratamiento habitual en Atención Primaria

A pesar de la evidencia científica acumulada a favor de las intervenciones psicológicas para los TE, los servicios de AP no cuentan con los recursos ni el personal necesario para ofrecer a los pacientes dichos tratamientos. Por ello, se recurre a la psicofarmacología como el único abordaje disponible para los pacientes con TEs (Kovess-Masfety et al., 2007). No solo existe una falta de profesionales de la psicología y, por tanto, de intervenciones psicológicas, sino que la duración de los tratamientos con ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos es prolongada, ya que más del 50% de las prescripciones de fármacos tienen una duración superior al año (Vedia et al., 2005). En esta línea, el estudio de Codony et al. (2007) señala que, para los trastornos de ansiedad, en España, más del 60% de los pacientes reciben exclusivamente tratamiento farmacológico frente al 1% que recibe algún tipo de tratamiento psicológico en AP. Por otro lado, también advierte que el 39% de los casos restantes pasan desapercibidos o no reciben ningún tipo de tratamiento.

De entre los psicotrópicos, destaca el consumo de benzodiazepinas, que son, precisamente, altamente desaconsejadas por la guía clínica NICE (2011) por su falta de eficacia a largo plazo y su poder adictivo. En cuanto a los antidepresivos, parece que a pesar de su potencial efecto beneficioso, también pueden llegar a ser ineficaces, ya que según el metaanálisis de Kolovos et al. (2017), se estima que alrededor del 33% de los pacientes con depresión mejoran notablemente tras su administración, pero también el 12% de ellos puede llegar a empeorar en su sintomatología. Además, se ha demostrado que la farmacoterapia posee un índice de recaída muy superior a la intervención psicológica al cesar el tratamiento (Gill y Hatcher, 2000).

Parece claro, por tanto, que el abordaje de los TEs en AP se aleja enormemente del ideal y se debe encontrar una manera de atender a los pacientes que muestren estas

dolencias de una forma acorde al conocimiento científico (Pérez y Fernández, 2008). Sin embargo, y siguiendo a Bower et al. (2011) aún existe poca investigación acerca de cómo tratar de forma adecuada a los pacientes con TEs en el contexto de AP. De forma similar, se han evidenciado las dificultades de llevar tratamientos que se saben eficaces a contextos tales como AP, donde las condiciones y exigencias del sistema no favorecen su implementación (Coyne et al., 2002).

A pesar de todo, 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 reconocen que no recurren a técnicas psicológicas en su consulta. Además, afirman que la incorporación de psicólogos en AP ayudaría a dar un mejor servicio a la población que sufre estas patologías (Moreno y Moriana, 2012). Quizá esto también se deba a que, por una parte, la duración de la consulta (de a penas cinco minutos) no permite escuchar el problema del paciente (ni, mucho menos, realizar una correcta psicoeducación sobre el manejo del estrés y las emociones) y, por otra parte, a la falta de formación de los facultativos para realizar intervenciones psicológicas de calidad (Latorre et al., 2005).

Por su lado, los pacientes también muestran una mayor predisposición a ser tratados con técnicas psicológicas, ya que, si tuvieran la opción de elegir, las escogerían frente al consumo de medicamentos psicotrópicos (Prins et al., 2009). En definitiva, ni los profesionales ni los pacientes parecen estar satisfechos con el tratamiento que se ofrece en AP para los TEs, pero tampoco hay alternativas en este contexto y, en la mayoría de las ocasiones, tampoco se puede recurrir a una derivación a Atención Especializada debido a la saturación del servicio o a la aparente poca gravedad de los trastornos. De esta forma, se perpetúan en el tiempo unas prácticas clínicas que no corresponden, en absoluto, con el saber científico.

2.3. La baja efectividad de las terapias psicológicas en Atención Especializada

Los servicios de Atención Especializada que atienden a los casos relacionados con los TEs son, mayoritariamente y en nuestro país, las Unidades de Salud Mental Comunitarias, compuestas, principalmente, por psiquiatras y psicólogos clínicos. Aun en el improbable caso de que los pacientes con un TE lleguen a ser acogidos por estos profesionales, el tratamiento no está exento de dificultades. En primer lugar, es lógico que, debido al tiempo transcurrido hasta acceder a este servicio, los trastornos tengan ya

una severidad elevada. Además, es habitual que las personas tarden en tomar la decisión de acudir a una consulta psicológica y, en muchas ocasiones, esta decisión se produce cuando hay un empeoramiento considerable de sus síntomas. Sin embargo, antes de que un paciente sea atendido por un psicólogo, dos profesionales (médico de familia y psiquiatra) han tenido previamente que intervenir en momentos y lugares distintos sin posibilidad de que ninguno tenga el tiempo suficiente para escuchar detenidamente su problemática y se limiten ambos, principalmente, a la prescripción de psicofármacos (Moreno y Moriana, 2012). En segundo lugar, se ha demostrado que, en muchas ocasiones, pacientes sin un trastorno mental son derivados erróneamente a las Unidades de Salud Mental, lo que ocasiona una sobrecarga en los servicios de Atención Especializada que deja menos tiempo para efectuar un correcto tratamiento al resto de pacientes que sí presentan un diagnóstico formal (Ortiz et al., 2006).

Resulta paradójico que no se deriven a pacientes con uno o varios TEs mientras que otros pacientes que no presentan ningún diagnóstico psicopatológico lleguen a estos servicios. Esto demuestra, como exponen Landa et al. (2008), la baja concordancia entre los juicios clínicos formulados en AP y aquellos realizados en Atención Especializada, especialmente cuando se trata de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos. Siguiendo en la línea de la sobrecarga del servicio, se sabe que alrededor de 200 casos nuevos son asignados al año por profesional, a los que hay que sumar los casos con un tratamiento activo (Valero y Ruiz, 2003). Esto se traduce en un alto volumen de trabajo para tasas de profesionales muy bajas, lo que provoca que se dilate enormemente el tiempo entre las sesiones psicoterapéuticas, las cuales pueden llegar a estar separadas, según los estudios de Labrador et al. (2010), por hasta tres meses. Estos mismos autores reflejan que solo el proceso de evaluación inicial de los casos atendidos en Atención Especializada ya consume, de media, unas cuatro sesiones antes de iniciar un tratamiento propiamente dicho. Además, debido a esta complejidad logística, se afirman que el 31% de los pacientes acaban abandonando el tratamiento, acudiendo de media, a unas ocho sesiones terapéuticas y siendo el seguimiento casi inexistente (Bakker et al., 2010).

Por otra parte, desarrollar las terapias psicológicas oportunas de una forma correcta, según las guías clínicas manualizadas para este perfil de pacientes, implicaría invertir un tiempo del que los profesionales no disponen. Por este motivo, la realidad es que la puesta en marcha y la adherencia a ellas es muy pobre (Wang et al., 2007). Diversos

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, 2016). A pesar de que se recogen intentos de aplicar algunas prácticas alternativas como las intervenciones colaborativas entre varias de las especialidades del personal sanitario, existe muy poca evidencia de la eficiencia de dichos métodos para el tratamiento de los TEs (Seekles et al., 2013). Por estos motivos, el estilo terapéutico que suelen emplear los profesionales de Atención Especializada suele ser directivo y paternalista, que junto al hecho de que el paciente tenga que narrar, como hemos visto, un mínimo de tres veces sus problemas a tres facultativos distintos, genera una sensación de abandono y falta de empatía que se ve reflejada en su insatisfacción con los servicios sanitarios y, por ende, en una dificultad añadida a la hora de tratar los síntomas propios de los TEs (Prins et al., 2009).

A pesar de la importancia de aplicar tratamientos psicológicos basados en la evidencia (Moriana et al., 2017), los profesionales no siempre conocen las terapias psicológicas con mayor respaldo científico (Gálvez-Lara et al., 2019a), poniéndose de relieve la brecha existente entre el ámbito de la investigación y la práctica clínica cotidiana (Kazdin, 2011). Por lo tanto, muchos pacientes pueden estar recibiendo un tratamiento psicológico poco ajustado a sus patologías según criterios científicos. Por todo ello, se hace necesario buscar alternativas que permitan ofrecer tratamientos psicológicos que sean accesibles a los profesionales y puedan integrarse en las situaciones reales de intervención (Kazdin, 2008).

2.4. Las consecuencias de una mala praxis institucionalizada

Los problemas anteriormente descritos en el tratamiento de los TEs conllevan, en primer lugar, efectos graves sobre la salud de la población. Parece evidente que, como se ha expuesto, una detección deficitaria en AP de los TEs, una falta de coordinación de los servicios de AP y Atención Especializada y unos tratamientos psicológicos de una extensión y complejidad poco asumibles por los facultativos, hacen que la salud de aquellas personas que padecen algún tipo de TE no esté siendo bien atendida. No obstante, se hace especial énfasis en la aplicación indiscriminada de medicación psicotrópica a problemas (a veces no llegan a ser trastornos) emocionales. En la Figura 2.2 se observa el aumento del 2.7% en el consumo de psicofármacos en nuestro país entre 1996 y 2016.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

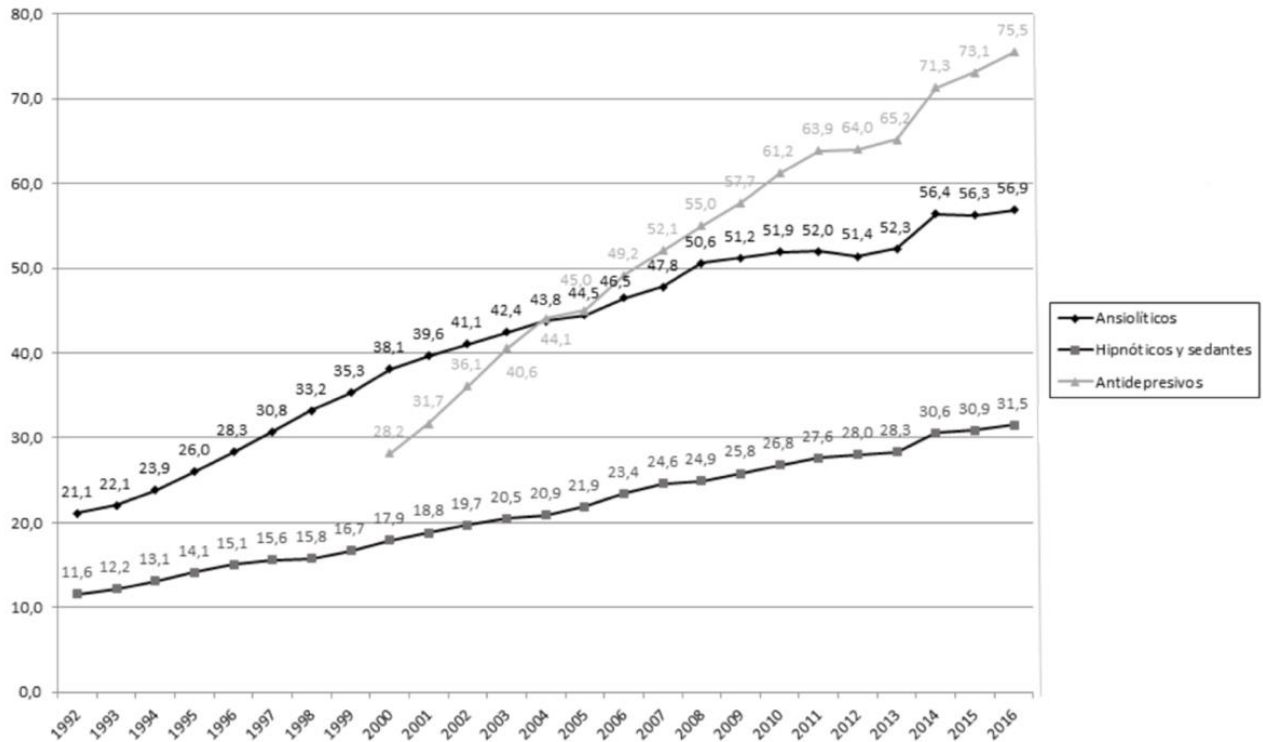


Figura 2.2. Consumo psicofármacos en España por Dosis Diarias Definidas (DDD) según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Según García del Pozo et al. (2004), el consumo de tranquilizantes en España alcanzó en 2002 un valor de Dosis Diarias Definidas (DDD) por cada 1000 habitantes/día de 62.02, cuando su valor máximo recomendado es de 24 dosis. Es decir, el consumo de dicho año superó en más de un 158% el consumo máximo recomendado. Además, estos autores estimaron un 7% de incremento medio anual en el consumo de tranquilizantes a lo largo de los años. Según el reciente informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas, España encabeza el listado de países con mayor consumo de benzodiazepinas (JIFE, 2020). Este informe corrobora los datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) del Ministerio de Sanidad, los cuales señalan que, en 2020, hubo un consumo de 91,07 dosis diarias de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes por cada 1.000 habitantes, lo que supone un incremento del 4,5% con respecto al año anterior y de casi el 10% con respecto a hace una década. Además, la última Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE), realizada en 2017, ya revelaba que el 12,48% de los mayores de 15 años consume tranquilizantes, un porcentaje que sube hasta el 30% en el caso de las

personas mayores jubiladas, al 42% en las incapacitadas para trabajar y al 24% en las que se dedican únicamente a las tareas del hogar (INE, 2017).

La evidencia científica señala que la administración de benzodiacepinas está contraindicada en la mayoría de los casos por sus efectos secundarios y su escaso poder de acción a largo plazo (NICE, 2011), pudiendo incluso interferir negativamente con los efectos de las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, ya que pueden ser utilizadas como mecanismos de escape o impedir procesos adaptativos como la habituación de la respuesta de miedo (Graham et al., 2014). Debido a su efecto adictivo, se estima que el 28% de los pacientes que consultan en AP muestran signos de dependencia a este tipo de medicamentos (Secades et al., 2003). Además, el consumo de estos fármacos puede suponer un aumento del 60% de sufrir accidentes de circulación (Dubois et al., 2008) y un incremento del 50% de sufrir roturas de cadera en personas mayores (Bakken et al., 2014). Algo más controvertida es la dispensación de los antidepresivos, ya se ha recomendado su utilización para sintomatología depresiva moderada o grave (NICE, 2011) y algunas investigaciones concluyen que pueden ser igual de efectivos que la psicoterapia (Cuijpers et al., 2008; 2020). Sin embargo, Kirsch et al., (2008, p. 266) afirman que “existe muy poca evidencia para apoyar la prescripción de antidepresivos a ningún paciente excepto a aquellos cuya depresión sea muy severa”. Además, en una revisión Cochrane sobre la eficacia de los antidepresivos comparada con placebos activos (sustancias que imitan los efectos secundarios de los antidepresivos, pero sin sus principios activos), se concluye que apenas existen diferencias entre ambas intervenciones para la reducción de síntomas depresivos (Moncrieff et al., 2004).

En cualquier caso, el debate sobre el potencial efecto contraproducente de los antidepresivos está ganando fuerza en la comunidad científica. Así, el estudio de Andrews et al. (2012) apoya la hipótesis de que producen más daños que beneficios. Los autores argumentan que aumentar los niveles de serotonina (principal mecanismo de acción de los antidepresivos) no solo tiene un impacto en el estado de ánimo, sino que también influye en muchos otros procesos, como la digestión, la coagulación de la sangre, la reproducción o el crecimiento, y en los que se pueden ocasionar graves problemas de salud. Por si fuera poco, y aunque no está claro si el consumo prolongado de antidepresivos aumenta significativamente el riesgo por suicidio en adultos con depresión mayor o estos se suicidan más por el hecho de padecer la enfermedad, sí hay datos que relacionan dicho consumo y los suicidios en esta población clínica (Hengartner y Plöderl,

2019). En lo que sí parece haber cierto consenso, a pesar de que en la práctica se siguen administrando, es en desaconsejar su uso en niños y adolescentes, puesto que se ha evidenciado sus grandes efectos adversos en este grupo de edad (Bachmann et al., 2016).

Por otra parte, además de la saturación de las consultas debido a la gran frecuencia de los TEs, hay que añadir el fenómeno conocido como “hiperfrecuentación”, en el que los pacientes con síntomas ansioso-depresivos tienden al consumo repetido del servicio sanitario debido a que no encuentran una solución que alivie su problemática, lo que provoca todavía un mayor aumento de la presión asistencial (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2012). En muchas ocasiones, debido a que los médicos de familia no saben detectar bien los casos relacionados con los TEs, y frente a la insistencia de los pacientes, acaban realizando diversas pruebas físicas de diagnóstico (como análisis de sangre, radiografías, mediciones de la presión arterial, etc.) que no logran tener éxito, pero que siguen obstruyendo el servicio. En esta línea, en el estudio de Gili et al. (2011) se pone de manifiesto que los síntomas propios de los TEs 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 psicosociales. Por este motivo, se refuerza la hipótesis de que sus dolencias tienen más relación con dichos problemas que con lo estrictamente médico (Wooden, 2009). Pero no solo los pacientes son víctimas de este modus operandi, sino que también se produce una consecuencia indirecta sobre los propios profesionales, ya que se ha observado en ellos una incidencia elevada de estrés y agotamiento laboral (Esteva et al., 2006). Este malestar se asocia al cansancio emocional por la sobrecarga de pacientes que deben de atender de forma apresurada y a las exigencias a las que están sometidos. Así, la problemática no solo afectaría a los pacientes que padecen un TE, sino que, en última instancia, toda la población se ve perjudicada de forma indirecta, ya que cuanto peor sea la atención a estos trastornos, peor lo será (por la falta de recursos temporales y humanos) para cualquier otra cuestión sanitaria. Por estos motivos, se ha propuesto incluir psicólogos en AP para atender a este tipo de perfiles de modo que se ofrezca un servicio acorde a las necesidades del paciente y la evidencia científica y se alivie la carga de trabajo de los médicos de familia (McDaniel y DeGruy, 2014; Pérez y Fernández, 2008).

Por último, una gestión deficitaria en el tratamiento de los TEs también acarrea serios percances para las arcas públicas. En una revisión sistemática de la literatura sobre

el coste de los trastornos mentales en España, se señala que representan el 4,4% del Producto Interior Bruto (PIB), de los cuales la mitad corresponden a los TEs (Parés-Badell et al., 2014). Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2008 el gasto en fármacos (fundamentalmente ansiolíticos y antidepresivos) fue de 758 millones de euros, lo que representa, a su vez, el 16.16% de todos los envases consumidos con receta médica de cualquier tipo de fármaco. A estas cifras habría que sumar las remuneraciones de todos los profesionales implicados en el tratamiento de estos trastornos y las pruebas diagnósticas empleadas.

No obstante, esto solo representa el 29% de los costes, mientras que el 71% restante se debe a los costes indirectos, tales como las discapacidades, los accidentes o la pérdida de productividad derivada de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Valladares et al., 2009). En esta línea, el estudio longitudinal de Knudsen et al. (2013) expresa una clara relación entre los TEs y el incremento de las bajas laborales, que desembocan en un gran coste económico y social (Brouwers et al., 2006). En total, se estima que, entre costes directos y costes indirectos, los TEs suponen hasta el 30% de la carga económica mundial reservada para enfermedades no contagiosas (Chisholm et al., 2016). Por su parte, la depresión y la ansiedad, según la OMS y el Foro Económico Mundial, representan entre un tercio y la mitad del coste global de las enfermedades mentales y se proyecta que para 2030 el gasto ascienda a más de seis billones de dólares (Bloom et al., 2011). En definitiva, sobran razones para afirmar que el tratamiento que los TEs reciben en la mayoría de los sistemas públicos de salud del mundo no es propio de sociedades científica y económicamente desarrolladas.

2.5. Conclusiones

A pesar de que existen evidencias de que se podría mejorar la atención a los TEs si se tomara conciencia de que las praxis actuales conllevan consecuencias negativas para el paciente y para el sistema y de que existen alternativas más sostenibles y rentables, lo cierto es que la respuesta que los organismos sanitarios públicos pueden ofrecer para la elevada prevalencia de dichos trastornos es insuficiente. El tratamiento con psicofármacos (fundamentalmente ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos) es, con diferencia, el más frecuente desde los servicios de AP, lo que contradice las recomendaciones de la mayor parte de las investigaciones y las guías clínicas, que apuntan a la terapia psicológica como tratamiento de elección. Además, los mismos

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

médicos de familia reconocen que la mayoría de los pacientes podrían manejar sus TEs sin la necesidad de consumir medicación, pero advierten que no tienen ni la formación ni los medios necesarios para ofrecerles algún tipo de intervención psicológica.

Por otra parte, la saturación y sobrecarga de la Atención Especializada hace que las terapias psicológicas que se podrían desarrollar para los TEs no lleguen a ser eficaces, debido a la gran dilación entre sesiones (a veces de más de dos o tres meses) y la imposibilidad, por tanto, de seguir un tratamiento manualizado. Además, los profesionales, ante esta situación, suelen adoptar un papel más cercano a la consultoría (abordaje puntual de aspectos concretos de los pacientes) que a la terapia per se (proceso de aprendizaje y cambio).

Tal y como se ha comentado anteriormente, toda esta gestión deficitaria en el tratamiento de los TEs acarrea serios problemas tanto para los pacientes, como para los propios sistemas sanitarios y para el Estado, en general. En primer lugar, la excesiva prescripción de psicofármacos da lugar a trastornos de adicción, accidentes y a un posible empeoramiento significativo de la sintomatología clínica. En segundo lugar, debido a que los pacientes no encuentran alivio para sus problemas de salud mental, vuelven a acudir una y otra vez a AP, produciéndose el fenómeno conocido como “hiperfrecuentación”, lo que sobrecarga aún más el servicio. Y, por último, tanto el mencionado consumo desorbitado de medicación, como las bajas laborales y discapacidades asociadas a los TEs, provocan un enorme gasto económico público. Por ello, los abordajes que actualmente se están ofreciendo dentro de los sistemas sanitarios para los TEs deben ser cuestionados para poder desarrollar nuevas intervenciones mucho más acertadas y eficientes.

CAPÍTULO 3

LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS TRANSDIAGNÓSTICOS

3.1. Introducción

Una de las mayores barreras para la diseminación de tratamientos psicológicos eficaces en los sistemas públicos de salud es el hecho de que los profesionales tienen, en teoría, que conocer y formarse en varias intervenciones manualizadas y específicas para cada uno de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Sin embargo, y a pesar de que, en condiciones controladas, dichos protocolos de intervención son muy prometedores, han sido criticados por carecer de fiabilidad externa, es decir, por ser, en la práctica, extremadamente difíciles de implementar (McHugh y Barlow, 2010; Kazdin y Blade, 2011). Además, los tratamientos específicos para cada diagnóstico no tienen en cuenta un fenómeno tan frecuente como es la comorbilidad entre los TEs (Brown et al., 2001a; Sandín et al., 2012; Kessler et al., 2003). Por lo tanto, se provoca un vacío en las pautas clínicas que hace que se tenga que escoger entre un tratamiento u otro, o no seguir ninguno y mezclarlos a conveniencia, sin ninguna justificación teórica (Allen et al., 2010). De hecho, se ha demostrado que cuando los pacientes presentan más de un TE, seguir un determinado tratamiento psicológico específico no tiene un gran efecto en la mejoría de ninguno de ellos (DeRubeis et al., 2005; Steketee et al., 2001).

Por estas razones, se están desarrollando los llamados “tratamientos psicológicos transdiagnósticos”, los cuales no están centrados en trastornos concretos, sino que tienen por objetivo el abordaje de varias alteraciones al mismo tiempo desde una perspectiva dimensional de la psicopatología (Barlow et al., 2016; Sauer-Zavala et al., 2017). El

término “transdiagnóstico” fue utilizado por primera vez por Fairburn et al. (2003), quienes buscaban los procesos compartidos (como el perfeccionismo o las dificultades interpersonales) que explicarían los síntomas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, los enfoques transdiagnósticos son especialmente apropiados para los TEAs, ya que, como hemos visto hasta ahora, tienen numerosas características en común. De esta manera, la aplicación de estos tratamientos tendría la ventaja añadida de reducir el entrenamiento necesario para ofrecer una intervención adecuada (McHugh et al., 2009), ya que dejaría de ser necesaria una formación en las, aproximadamente, 50 terapias psicológicas distintas basadas en la evidencia para los TEAs (APA, División 12, 2019), algo que resulta, normalmente, inviable.

Este capítulo ofrece un recorrido por los distintos aspectos de los tratamientos psicológicos transdiagnósticos. Comienza con las distintas descripciones e interpretaciones del concepto “transdiagnóstico” para continuar con la identificación de los principales mecanismos de cambio terapéutico en los que este enfoque se basa. Finalmente, se aporta una recopilación de los estudios que demuestran su eficacia para los TEAs y se presentan dos protocolos transdiagnósticos con apoyo empírico: el Protocolo Unificado de Barlow y el protocolo de tratamiento del proyecto PsicAP.

3.2. La concepción de los tratamientos transdiagnósticos

A pesar de que el término transdiagnóstico se está utilizando de manera exponencial en la literatura científica para hablar de varios acercamientos terapéuticos (Barlow et al., 2016; Leichsenring y Salzer, 2014), no existe ninguna guía publicada que aclare qué es lo que hace a un tratamiento poder otorgarse dicha etiqueta. Según la etimología de la palabra, sería lógico pensar que el mero hecho de intentar abordar a la vez diversos trastornos es lo que diferenciaría un tratamiento específico de uno de carácter transdiagnóstico. Sin embargo, a lo largo de las publicaciones científicas se han distinguido tres maneras distintas de concebir los tratamientos transdiagnósticos (Sauer-Zavala et al., 2017). En primer lugar, estarían los llamados “principios terapéuticos de aplicación universal”, que se refieren simplemente a la puesta en marcha de determinados enfoques o escuelas terapéuticas (como cognitivo-conductuales, psicodinámicas, humanísticas, etc.) a los diversos trastornos. En segundo lugar, se encontrarían las denominadas “estrategias modulares basadas en la evidencia”, que harían referencia a la

selección de las técnicas o tácticas más pertinentes o relevantes para la intervención de un paciente particular según sus problemas, sin importar su diagnóstico ni la fundamentación teórica en la que se base el terapeuta. Por último, encontraríamos los “enfoques de mecanismos compartidos”, los cuales estarían diseñados para proporcionar intervenciones focalizadas en la modificación de aquellas variables comunes a los diferentes modelos teóricos que explican la aparición y mantenimiento de los distintos trastornos.

Esta última aproximación teórica es la más aceptada por la comunidad científica, ya que podría ser la que mejor recoja el significado de un tratamiento transdiagnóstico y la que podría ofrecer un mejor resultado terapéutico y práctico (Sauer-Zavala et al., 2017). En conclusión, partiendo de los criterios sugeridos por McEvoy et al. (2009), un tratamiento transdiagnóstico sería aquel que:

- A. Aplica los mismos principios terapéuticos subyacentes a diversos trastornos sin adaptarlos a ningún diagnóstico en específico.
- B. No se centra en un diagnóstico específico, sino que es aplicado a pacientes que cumplen criterios para uno o varios trastornos.
- C. Pone el énfasis en el vínculo entre los distintos componentes transdiagnósticos (como pensamientos, conductas, fisiología y emociones) que se individualizan para cada caso.

3.3. Los procesos cognitivos y las estrategias de regulación emocional

Siguiendo a aquellas conceptualizaciones que tienen en cuenta los procesos compartidos por los TEs, Harvey et al. (2011) advierten que, con frecuencia, se tiende a una definición descriptiva de los tratamientos transdiagnósticos, en lugar de buscar nociones basadas en los mecanismos terapéuticos. Esto es, confundir los procesos que están presentes en una amplia gama de trastornos mentales con los procesos inherentes que explican la ocurrencia conjunta de varios trastornos. Por ejemplo, la baja autoestima puede ser una variable perfectamente descriptiva de carácter transdiagnóstico, ya que la podemos encontrar en muchos TEs. En cambio, no existe una teoría firme para explicar cómo la baja autoestima contribuye al desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos, por lo que su modificación no garantiza su mejoría. Por el contrario, las conductas de evitación (incluida la evitación emocional) sí pueden representar un factor nuclear y

explicativo de la inmensa mayoría de los TEs, cuyo cambio debería producir una mejoría sintomatológica (Barlow et al., 2016; Mansell et al., 2009).

Debido a que se ha demostrado que la focalización en los mecanismos de cambio conduce a un beneficio terapéutico de las condiciones comórbidas (Farchione et al., 2012), algunos autores sugieren reservar el término transdiagnóstico para hablar de aquellos tratamientos que buscan activamente estos mecanismos implícitos a la hora de abordar los trastornos mentales (Sauer-Zavala et al., 2017). Sin embargo, también reconocen que muchos de estos procesos comunes aún son desconocidos y, por lo tanto, se necesita más investigación al respecto que ayude a superar las limitaciones de los actuales tratamientos transdiagnósticos. Algunos de estos mecanismos son recogidos en la Tabla 3.1, si bien, a continuación, nos detendremos en los procesos cognitivos y en la regulación emocional como dos de los principales factores transdiagnósticos de los TEs.

Bajo el nombre de procesos cognitivos podemos encontrar una amplia gama de funciones mentales básicas (como la atención, percepción o memoria) y superiores (como la planificación o la inhibición). No obstante, cuando se estudian procesos cognitivos dentro del marco de los trastornos mentales, y en concreto de los TEs, nos referimos a una manera disfuncional de captar y procesar la información (como los clásicos sesgos atencionales e interpretativos) que hace que unas personas sean más vulnerables a ellos que otras (Mathews y MacLeod, 2005).

Según Riskind y Alloy (2006), no solo son meros mecanismos de procesamiento, sino que también incluyen creencias erróneas y patrones o estructuras mentales instauradas y que predisponen, de alguna manera, a la aparición y mantenimiento de diversos problemas psicológicos. Añaden, además, que abordar los procesos cognitivos a través de los tratamientos psicológicos es una de las mejores formas de obtener resultados terapéuticos y reducir el riesgo de recaídas. Por ejemplo, se ha comprobado cómo niveles altos de atención autodirigida interfieren con los tratamientos para la depresión, por lo que, de estar presente, se tendría que abordar este proceso cognitivo para obtener un buen resultado clínico (Ciesla y Roberts, 2002). Índices elevados de estos procesos se han asociado a mayores dificultades para un control cognitivo adecuado con efectos relativamente fuertes en la memoria de trabajo, lo que puede provocar frustración y malestar emocional (Beckwé et al., 2014). De hecho, se ha comprobado que una exposición prolongada a ellos incrementa el afecto negativo y disminuye el afecto positivo (McLaughlin et al., 2007).

Tabla 3.1. Procesos transdiagnósticos implicados en los trastornos emocionales

Concepto transdiagnóstico	Procesos transdiagnósticos
Perfeccionismo	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación del rendimiento • Evitación de la acción • Conductas contraproducentes
Intolerancia a la incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de imprevisibilidad • Inhibición de la acción • Sensación de incontrolabilidad
Estrategias de regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación de la situación • Solución de problemas • Evitación emocional • Supresión emocional
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Atención selectiva • Evitación atencional • Atención autofocalizada
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria selectiva • Memorias recurrentes
Razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sesgos interpretativos • Sesgos de expectativa • Razonamiento emocional • Racionalización de la experiencia
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Rumiaciones o pensamiento repetitivo • Creencias metacognitivas negativas • Preocupación excesiva • Supresión del pensamiento • Distracción del pensamiento
Conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación conductual • Conductas de seguridad

Adaptado de Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnostic: A new frontier in clinical psychology. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>

Existen tres procesos cognitivos especialmente importantes a la hora de tratar los TEs. En primer lugar, la rumiación (o pensamiento repetitivo), que ha sido asociada tradicionalmente a la aparición de los trastornos depresivos (Piraman et al., 2016). Más concretamente, la rumiación de tipo melancólico es un claro factor de riesgo para estos trastornos (Gibb et al., 2012). Así, niveles altos de rumiación pre-tratamiento predicen una menor respuesta terapéutica (Jones et al., 2008). Por otro lado, la preocupación es un componente central en el trastorno de ansiedad generalizada, el cual podría funcionar como una evitación de imágenes mentales y síntomas somáticos desagradables (Borkovec y Inz, 1990). Además, teorías con base biológica han comprobado que algunas alteraciones en la conectividad cerebral entre la amígdala y córtex prefrontal explican la ocurrencia de la preocupación excesiva en individuos diagnosticados con un trastorno de

ansiedad generalizada (Makovac et al., 2016). No obstante, también la preocupación ha sido reconocida como subyacente a la diversidad de los TEs (McEvoy et al., 2013). Estos dos procesos han sido ampliamente estudiados desde la perspectiva transdiagnóstica y se ha detectado que son comunes a todos los TEs (Chen et al. 2020; Ehring y Watkins, 2008; McEvoy et al., 2013; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Spinhoven et al., 2018). De hecho, hay estudios que afirman que tratando de forma correcta tan solo uno de estos procesos cognitivos (Chen et al., 2013; McEvoy et al., 2013) se reducirían tanto los síntomas depresivos como los de ansiedad.

Por último, la metacognición (la acción y efecto de pensar sobre el propio pensamiento) también se ha relacionado con la ocurrencia de los TEs (Gumley, 2011; McEvoy y Mahoney, 2013; Wells, 2008), especialmente cuando entran en juego creencias erróneas sobre la supuesta incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos (Cucchi et al., 2012; Oguz et al., 2019). De este modo las terapias psicológicas basadas en la metacognición han sido llevadas a cabo con éxito para el trastorno obsesivo-compulsivo (Simons et al., 2006), el trastorno de estrés postraumático (Wells y Sembi, 2004) o para la fobia social (Wells, 2007) y, según el metaanálisis de Normann y Morina (2018), son especialmente eficaces para los TEs. En conclusión, se tienen evidencias suficientes para afirmar que la modificación de estos procesos cognitivos a través de tratamientos transdiagnósticos ayuda a reducir la severidad de muchos TEs al mismo tiempo (Aldao et al., 2010; Akbari y Khanipour, 2018; Salguero et al., 2019).

Por su parte, la regulación emocional puede definirse como el mecanismo responsable de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales de una persona, especialmente de cara a su intensidad y duración (Thompson, 1991). Sin embargo, el concepto más actual de Gross (2014), se refiere de forma más simple a la regulación emocional como las interacciones que un individuo tiene con sus propias emociones para lidiar con ellas. Los déficits en la regulación de las emociones parecen ser relevantes para el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de diversas formas de psicopatología. Cada vez hay más pruebas que demuestran que los déficits en la capacidad de afrontar de manera adaptativa emociones desafiantes están relacionados con la depresión, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos alimentarios, los trastornos somatomorfos y una variedad de otros síntomas psicopatológicos (Berking y Wupperman, 2012). Del mismo modo, es sabido que la

regulación emocional es un componente crítico en los trastornos depresivos y de ansiedad, ya que el hecho de intentar evitar ciertas emociones desagradables aumenta, paradójicamente, su frecuencia y viveza (Aldao et al., 2010; Campbell-Sills et al., 2006). Por este motivo, se recomienda optar por posiciones basadas en el reconcomiendo y la aceptación de dichas emociones (Barlow et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2006). De hecho, el estudio de Renna et al. (2017) sugiere poner el foco de atención en la regulación emocional en los tratamientos para los TEs, teniendo como objetivo diana no los síntomas, sino, preferentemente, los procesos emocionales subyacentes a ellos.

Las principales estrategias de regulación emocional son la reevaluación cognitiva, es decir, la habilidad de reinterpretar las situaciones para cambiar las emociones que se experimentan, y la supresión expresiva, es decir, el intento de reprimir u ocultar las emociones negativas (Cutuli, 2014; Haga et al., 2009). Las personas con TEs presentan dificultades en la utilización de ambas estrategias, por lo que se ha propuesto incluirlas en los procesos de psicoterapia (Etkin y Schatzberg, 2011; Johnstone et al., 2007). Para ser más concretos, las poblaciones clínicas, comparadas con las poblaciones sanas, tienden a usar de una manera más frecuente la supresión expresiva y de una manera menos frecuente la reevaluación cognitiva (Aldao et al., 2010; D'Avanzato et al., 2013). La literatura científica no es clara sobre si la depresión o la ansiedad están más vinculadas a una estrategia u otra, aunque desde una perspectiva transdiagnóstica tampoco importaría demasiado. En este sentido, se ha afirmado que los síntomas depresivos y ansiosos estarían vinculados tanto al exceso supresión expresiva (Larsen et al., 2013) como al déficit de reevaluación cognitiva (Dennis, 2007).

Se le ha prestado mucho interés a la reevaluación cognitiva como predictor de la depresión, la ansiedad, el estrés o la ira (Martin y Dahlen, 2005). Así, se ha comprobado como los pacientes con TEs presentan una hipoactivación en la red frontoparietal del cerebro cuando intentan llevar a cabo procesos de reevaluación (Picó-Pérez et al., 2017). Sin embargo, el estudio de Moore et al. (2008) afirma que la supresión expresiva puede desempeñar un papel más importante que la reevaluación cognitiva en la experiencia de los síntomas relacionados con el estrés, probablemente porque interfiere con la comunicación y deteriora las relaciones interpersonales (Butler et al., 2003). Además, esta estrategia disfuncional de regulación emocional se ha asociado, particularmente, al desarrollo de síntomas y trastornos somáticos (Okur et al., 2019; Settineri et al., 2019). Por último, cabe comentar que las intervenciones psicológicas son propensas a abordar

de manera efectiva la reevaluación cognitiva, pero se suelen olvidar de la supresión expresiva (Dryman y Heimberg, 2018). Este apunte es importante para la aplicación y desarrollo de los tratamientos psicológicos, ya que no hay pruebas de que cambios en una de estas estrategias conlleven cambios en la otra (Moore et al., 2008).

3.4. La eficacia del enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales

Desde hace ya algunos años, se han puesto en práctica tratamientos de enfoque transdiagnóstico bajo la perspectiva de distintos tipos de terapias psicológicas. Por ejemplo, el estudio de Cyranowski et al. (2005) demuestra la eficacia de la terapia interpersonal para la depresión junto con la aparición del trastorno de pánico en severidad variable. Por su parte, Jakupcak et al. (2010) llevaron a cabo un ensayo clínico en el que evidenciaron la efectividad de la activación conductual para el trastorno de estrés postraumático con comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. De esta manera, las terapias psicológicas han ido expandiendo su visión unidireccional en la que cada una de ellas iba destinada al tratamiento de un trastorno en específico. Así, las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso o la terapia cognitiva basada en el mindfulness (conciencia plena), también adoptan un enfoque transdiagnóstico para el tratamiento conjunto de la ansiedad y la depresión (Hofmann et al., 2010).

Sin embargo, las intervenciones psicológicas de carácter transdiagnóstico con mayor apoyo científico son las terapias cognitivo-conductuales, las cuales han demostrado ser eficaces tanto para una amplia variedad de trastornos de ansiedad al unísono (Norton, 2008), como para los trastornos de ansiedad y depresión comórbidos (McEvoy y Nathan, 2007). En este sentido, el trabajo de Erickson et al. (2007) demostró que el tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual era más eficaz que las listas de espera con un tamaño del efecto moderado ($d = 0.50$). No obstante, es posible que se aprecie una disminución de la eficacia del tratamiento a medida que aumenta la comorbilidad. Por ejemplo, se comprobó que la terapia cognitivo-conductual aplicada a pacientes que sólo presentaban un diagnóstico de trastorno de pánico tenía mejores efectos que si se aplicaba a pacientes con un trastorno de pánico junto a un trastorno depresivo (Craske et al., 2007). Por el contrario, el ensayo de Norton y Barrera (2012) no encontró diferencias en la eficacia de esta terapia cuando fue aplicada en personas con uno o varios TEs.

Existen varias revisiones sistemáticas y metaanálisis que, independientemente del tipo de terapia psicológica, demuestran la eficacia de los tratamientos psicológicos de enfoque transdiagnóstico. La revisión de 11 estudios de Reinhold y Krohg (2014) concluye que el tratamiento transdiagnóstico para los trastornos de ansiedad es más eficaz que el tratamiento habitual y las listas de espera con un tamaño del efecto moderado al final de la intervención ($d = 0.68$) y mantenido posteriormente en las evaluaciones de seguimiento. Uno de los mayores metaanálisis realizados hasta la fecha, y que acumula un total de 50 estudios, fue llevado a cabo por Newby et al. (2015). En él se comparó todo tipo de tratamiento transdiagnóstico (cualquier terapia psicológica en formato individual, grupal u online) frente al no tratamiento. Sus resultados mostraron unos tamaños del efecto elevado a favor del tratamiento transdiagnóstico para la depresión ($g = 0.91$) y la ansiedad ($g = 0.86$), si bien la heterogeneidad asumida puede ser motivo de algunos sesgos. Además, la calidad de vida de los pacientes asignados a los tratamientos transdiagnósticos también mejoró significativamente en comparación al no tratamiento ($g = 0.69$). Este mismo estudio investigó los efectos del tratamiento transdiagnóstico comparado con condiciones control, ya fueran tratamientos farmacológicos, listas de espera o tratamientos psicológicos específicos. Los resultados pueden observarse en la Figura 3.1, que, si bien algo eran algo menos contundentes, seguían arrojando tamaños del efecto moderados/grandes ($g = 0.80$ para depresión y $g = 0.65$ para ansiedad). En esta última línea, el metaanálisis de Pearl y Norton (2017) demuestra que, pese a las dudas de la comunidad científica, cuando se tenían en cuenta los 67 estudios que comparaban tratamientos transdiagnósticos con tratamiento específicos para la ansiedad, ambos resultaban igual de eficaces, incluso con un tamaño del efecto ligeramente superior para los tratamientos transdiagnósticos ($g = 0.95$ para tratamientos específicos y $g = 1.06$ para tratamientos transdiagnósticos).

A pesar de la amplia demostración de su eficacia, los tratamientos psicológicos aún son relativamente nuevos y, por ello, necesitan superar algunas limitaciones inherentes a su forma de entender las intervenciones destinadas a paliar los síntomas de los trastornos psicológicos. Según Dalgleish et al. (2020), la ciencia transdiagnóstica tienen cinco retos futuros: a) desarrollar una teoría relevante que sea capaz de trascender los marcos teóricos actuales (que siguen asociando una terapia particular para cada trastorno específico); b) ampliar su enfoque hacia el contenido mental (el qué) y no solo hacia los procesos psicológicos comunes (el cómo), ya que comprometerse con el

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

contenido de los pensamientos se sabe una piedra angular de todas las situaciones terapéuticas; c) dejar de lado los diagnósticos, ya que si se siguen utilizando las categorías diagnósticas para evaluar y entender el tratamiento transdiagnóstico no se producirá nunca un auténtico cambio paradigmático; d) desarrollar metodologías de investigación acordes a la concepción transdiagnóstica, de modo que los ensayos clínicos no sólo tengan un único resultado primario y viren hacia la multiplicidad de resultados, así como a una evaluación de los mecanismos de cambio; y e) priorizar el pensamiento conjunto de investigadores y profesionales clínicos, los cuales pueden estar más familiarizados con la visión clásica de la patología mental y, por ende, se necesitarán esfuerzos para implementar el enfoque transdiagnóstico en los contextos sanitarios.

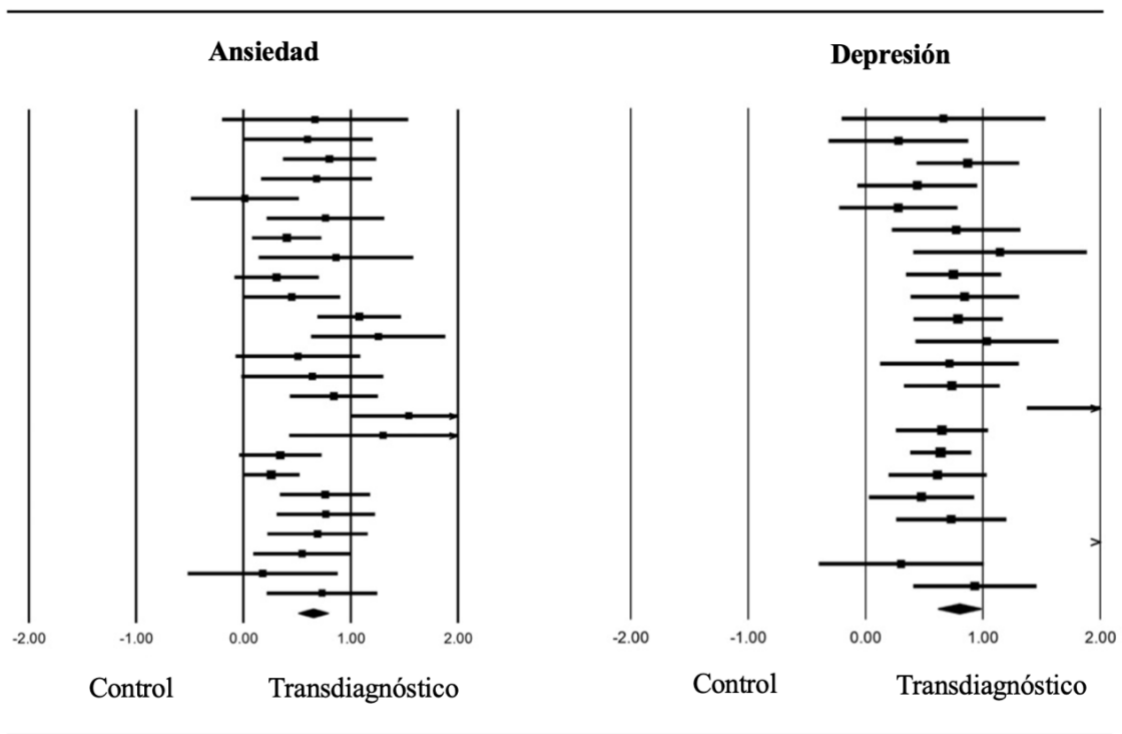


Figura 3.1. Diagramas de bosque de los tamaños del efecto de la eficacia de los tratamientos psicológicos transdiagnósticos para la ansiedad y la depresión frente a grupos control. Adaptado de Newby, J. M., McKinnor, A., Kuylen, W., Gilbody, S. y Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

3.5. El Protocolo Unificado de Barlow

A lo largo del desarrollo de los tratamientos transdiagnósticos se han llevado a cabo varias modificaciones con el fin de ir siendo cada vez más eficientes. De entre todas ellas, el “*Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales*” (Barlow et al., 2011) quizá sea la versión cognitivo-conductual con mejor apoyo científico hasta la fecha. Debido a que el Protocolo Unificado sigue un modelo funcional centrado en las emociones (en lugar de un modelo basado en los diagnósticos), no solamente permite su uso para los trastornos relacionados con la ansiedad y el estado de ánimo, sino que puede ser utilizado para cualquier situación vinculada con situaciones vitales que generen malestar emocional (duelos, rupturas sentimentales, cambios adaptativos desafiantes, etc.). Es más, ya hay evidencia de que puede aplicarse también en aquellos problemas psicológicos que no tienen un diagnóstico formal según criterios DSM-5, como las autolesiones sin intención suicida o el descontrol de la ira (Bentley et al., 2017; Cassiello-Robbins y Barlow, 2016).

El Protocolo Unificado está compuesto por ocho módulos en total, cinco de ellos centrados en el procesamiento y la regulación emocional, y tres en técnicas cognitivo-conductuales (Farchione et al., 2012). En la Tabla 3.2 se puede observar su diseño. La temporalización suele llevar de 12 a 18 semanas, permitiendo un número flexible de sesiones por módulo en función de las necesidades del paciente. De este modo, por ejemplo, aquellos individuos con preocupaciones excesivas podrían ser entrenados de forma más exhaustiva en el módulo de conciencia emocional, mientras que aquellos que presentaran conductas compulsivas se beneficiarían de una práctica extensa del módulo destinado a la disminución de la evitación emocional (Boisseau et al., 2010). Además, también puede ser flexible con relación al orden en el que se administran los módulos de tratamiento, favoreciendo aún más la personalización de este (Chorpita y Weisz, 2009). De hecho, cada módulo podría aplicarse de forma independiente a los demás sin sufrir ninguna pérdida de sentido ni eficacia (Sauer-Zavala et al., 2017). Esta particularidad aleja al Protocolo Unificado de aquellos tratamientos integrados que necesitan obligatoriamente un orden secuencial para obtener un efecto acumulativo, lo que supone una mejoría en la eficiencia con respecto a los tratamientos manualizados tradicionales (Weisz et al, 2012).

Tabla 3.2. Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Módulo	Sesiones	Objetivo terapéutico
1	1	Mejorar la motivación y del compromiso terapéutico
2	1-2	Ofrecer psicoeducación emocional
3	1-2	Entrenar conciencia emocional centrada en el presente
4	1-2	Desarrollar estrategias de reevaluación cognitiva
5	1-2	Reducir evitación emocional y conductas impulsadas por emoción
6	1	Incrementar la tolerancia a sensaciones físicas
7	1-6	Fomentar conductas de afrontamiento con exposiciones
8	1	Reforzar logros alcanzados y prevenir recaídas

Adaptado de “*Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*”, por D. H. Barlow et al. (2011). Oxford University Press.

Se cuenta con una evidencia bastante prometedora sobre la eficacia del Protocolo Unificado para el abordaje de los TEs. Ha demostrado un efecto robusto para la reducción de los síntomas de estos trastornos, llegando hasta el 85% de individuos con respuesta al tratamiento (Ellard et al., 2010). Asimismo, se ha comprobado que tiene unos tamaños del efecto moderados/grandes ($g = 0.56 - 1.11$) en el descenso de la ansiedad y la depresión (Farchione et al., 2012) y se ha demostrado que su aplicación reduce significativamente tanto los síntomas de ansiedad (Barlow et al., 2017), como los síntomas depresivos (Sauer-Zavala et al., 2020) por separado, así como los síntomas de los TEs comórbidos (Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; Ito et al, 2016; Seager et al., 2014).

Esta eficacia no parece verse comprometida por el formato de administración, ya que tanto el formato individual (Barlow et al., 2017; Farchione et al., 2012), como el grupal (Bullis et al., 2015) y el online (Titov, 2011) obtienen resultados favorables. Esto podría ser una ventaja frente a otros tratamientos, ya que la diversidad de formatos ayudaría a reducir las listas de espera y alcanzar a mayor población con un bajo coste (Osma et al., 2018). Además, también ha sido aplicado en población infantil de forma satisfactoria (Allen et al., 2012). No sólo la mejoría es sintomatológica, sino que, tras su aplicación, la mayoría de los pacientes con un TE dejan de cumplir los criterios para dichos diagnósticos (Osma et al., 2015). Al ser un tratamiento relativamente novedoso, no se contaba hasta hace pocos años con evidencia suficiente para asegurar su eficacia a

largo plazo. No obstante, a raíz de la revisión sistemática de Bullis et al. (2014) se reivindica que los efectos positivos del tratamiento se mantienen a largo plazo (evaluado hasta casi un año y medio después), sin ningún cambio clínico importante, ya que, aunque se aprecia un aumento pequeño de los síntomas con el paso del tiempo, estos permanecen en el umbral subclínico.

El Protocolo Unificado también ha demostrado ser igual de eficaz que otros tratamientos específicos para los TE y obtener unos índices menores de abandono terapéutico, posiblemente porque incluye estrategias destinadas a la motivación de la adherencia al tratamiento (Barlow et al., 2017). Por último, y de forma más reciente, el metaanálisis de Sakiris y Berle (2019), que compara la eficacia del Protocolo Unificado con la aplicación de tratamientos habituales, listas de espera o medicación, arroja unos resultados contundentes. Por una parte, obtiene unos tamaños del efecto grandes favorables al Protocolo Unificado para la reducción de los síntomas de ansiedad ($g = 0.99$) y los síntomas depresivos ($g = 0.92$), así como para la reducción de los diagnósticos de trastornos de ansiedad generalizada ($g = 0.97$), trastorno obsesivo-compulsivo ($g = 1.23$), trastorno de pánico ($g = 1.17$) y trastornos de ansiedad social ($g = 1.05$). Y, por otra parte, también proclama que este tratamiento conlleva unos tamaños del efecto moderados para el aumento ($g = -0.57$) y descenso ($g = 0.65$) de las estrategias adaptativas y desadaptativas de regulación emocional, respectivamente.

Debido a sus cualidades, se ha postulado que el Protocolo Unificado es particularmente adaptable a varios escenarios clínicos distintos. De hecho, en la práctica, se sabe que los profesionales tienden a escoger intervenciones flexibles, por lo que es más probable que utilicen tratamientos basados en la evidencia si estos permiten dicha maleabilidad (Addis y Krosnow, 2000; McHugh et al., 2009). Por ello, el reciente estudio de Cassiello-Robbins et al. (2020) revela que el Protocolo Unificado sería generalizable de forma global a través de los sistemas de salud. Además, sugiere que podría ser acogido bien tanto por los pacientes, ya que sus formulaciones son más fáciles de entender y son más congruentes con la forma que ellos tienen de entender sus problemas psicológicos, como por los clínicos, que podrían satisfacer sus deseos de poder tratar una amplia variedad de trastornos mediante el aprendizaje de un solo protocolo con base científica (Cassiello-Robbins et al., 2020). Por todo ello, en última instancia, la brecha entre el conocimiento académico y la práctica terapéutica se vería reducida, a la vez que se podrían reducir costes económicos y temporales (Barlow et al., 2017).

3.6. El tratamiento transdiagnóstico del proyecto PsicAP

El proyecto PsicAP nace en España como una experiencia piloto y experimental para atender a los TEs con técnicas psicológicas de carácter transdiagnóstico dentro del contexto de Atención Primaria. Los recientes resultados del estudio revelan que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal, junto con el tratamiento farmacológico, reduce en mayor medida los síntomas de ansiedad, depresión y somatomorfos, en comparación a únicamente el tratamiento con psicotrópicos tanto a corto como a largo plazo. Más concretamente, se determinaron unos tamaños del efecto moderados para los trastornos de ansiedad ($d = 0.65$), los trastornos depresivos ($d = 0.58$) y los trastornos somatomorfos ($d = 0.40$) a favor del tratamiento psicológico transdiagnóstico en las medidas post-test y de seguimiento. Asimismo, en las medidas secundarias, se halló que el tratamiento psicológico transdiagnóstico producía disminuciones mayores en los índices de discapacidad generados por los TEs, mayor incremento en la calidad de vida de los pacientes y mayor satisfacción con el tratamiento recibido por parte de la sanidad pública (Cano-Vindel et al., 2021). Dados los buenos resultados obtenidos, se estima conveniente incluir aquí los fundamentos de la terapia transdiagnóstica aplicada en el proyecto PsicAP, así como su protocolo y posibles limitaciones.

El tratamiento diseñado por parte del equipo de investigación del proyecto PsicAP considera a los TEs como el resultado de un aprendizaje desadaptativo por parte de aquellos que los sufren. Así, se atribuye la presencia de los TEs a, fundamentalmente, dos factores psicológicos disfuncionales. Por una parte, a los procesos cognitivos sesgados y a los fallos en la aplicación de las estrategias de regulación emocional, que tienen un carácter voluntario (con cierto control por parte de la persona). Y, por otra parte, a procesos asociativos, de carácter automático o involuntario, que están basados en condicionamientos de estímulos que provocan malestar físico y emocional y que tienden a ser evitados (Cordero-Andrés et al., 2017). Por ello, el protocolo de terapia, que contempla un amplio número de técnicas cognitivas y conductuales basadas en la evidencia y adaptadas al perfil de los pacientes con TEs, se basa en trabajar todas estas áreas a lo largo de siete sesiones terapéuticas desarrolladas en, aproximadamente, cuatro meses de duración (ver Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Protocolo de tratamientos transdiagnóstico del proyecto PsicAP

Módulo	Sesiones	Componentes y recursos
Psicoeducación	1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre funcionalidad de las emociones • Educación sobre sesgos cognitivos • Relación entre pensamientos y emociones • Desmitificación de los trastornos emocionales • Documentos por escrito para los pacientes
Relajación	1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza y práctica de respiración abdominal • Entrenamiento en relajación muscular progresiva • Ejercicios de visualización • Auto-registros de relajación • Diferentes audios de relajación
Reestructuración cognitiva	3-7	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del modelo ABC de Ellis • Detección y cambio de pensamientos irracionales • Detección y modificación de sesgos cognitivos • Entrenamiento en auto-instrucciones positivas • Entrega de hoja con principales sesgos cognitivos
Terapia conductual	5-7	<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual • Ejercicios de exposición • Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad • Entrenamiento en técnicas de solución de problemas
Prevención de recaídas	7	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda para aceptar la recaída como parte del proceso • Reestructurar las conductas frente a una recaída • Ofrecer ejemplos con situaciones reales del paciente

Adaptado de Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F., Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP study): protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4):e246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>

Contratándonos en el modelo integrador de reestructuración cognitiva que el protocolo transdiagnóstico del proyecto PsicAP ofrece, y el cual se basa en varias investigaciones previas (Cano-Vindel et al., 2011; Dongil-Collado, 2008; Vidal-Fernández et al., 2008), se pueden diferenciar tres fases distintas:

- A. *Fase de información*: En esta fase el terapeuta explica al paciente en qué consiste su problema (atendiendo a la posible comorbilidad que pueda presentar), cuáles son las manifestaciones clínicas de los TEs, cuáles son las situaciones temidas que precipitan los síntomas y que probablemente se estén evitando, las cogniciones que están en la base de las respuestas emocionales, los procesos cognitivos alterados o sesgados, las respuestas fisiológicas condicionadas y los intentos de regulación emocional desadaptativos.

- B. *Fase de autoobservación*: A pesar de que el uso de autoregistros está recomendado, en muchas ocasiones, en el proceso de terapia, el hecho de llevar a cabo la propia observación de los síntomas, situaciones, cogniciones y emociones no es suficiente para un aprendizaje en el manejo de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Por ello, además de estar pendiente de cuándo, dónde, con quién, con qué frecuencia y con qué intensidad se dan los síntomas, es necesaria la familiarización con varios constructos psicológicos, como son los sesgos cognitivos, pensamientos distorsionados, esquemas disfuncionales, metacognición, valoración cognitiva, atribuciones de causalidad, expectativas, autoeficacia percibida, autoestima o autoinstrucciones positivas. Todos estos pueden ser explicados por parte del terapeuta, con especial énfasis en el sesgo atencional y en el sesgo interpretativo.
- C. *Fase de reestructuración cognitiva*: Por último, y con el objetivo de disminuir los principales sesgos cognitivos, se pueden entrenar una serie de habilidades adicionales, como son la reevaluación cognitiva de las amenazas para que estas sean percibidas por el paciente como desafío; la focalización de la atención en aquellos estímulos que no generen una activación somática; la solución estructurada de problemas; y el aumento de la autoestima mediante ejercicios conductuales.

El protocolo expuesto puede presentar algunas limitaciones relacionadas con la rigidez que supone la adherencia a una programación previamente definida para cada una de las sesiones grupales y que puede hacer que la individualización del tratamiento no sea excesivamente elevada. No obstante, el terapeuta debe de estar entrenado para aplicar las técnicas en función de las necesidades y características de grupo, así como ejemplificar sus explicaciones basándose en situaciones reales de los miembros que lo conforman. Además, se ha descrito la posibilidad de confundir el debut de un TE con los síntomas prodrómicos de un trastorno mental grave. En este sentido, es probable que la terapia transdiagnóstica no frenara el desarrollo de la patología, pero pudiera servir para el aprendizaje del manejo de la ansiedad y la depresión, típicamente comórbidas a los trastornos mentales graves, y para que estos pudieran ser detectados con mayor brevedad al estar ya dentro de un contexto sanitario (González-Blanch et al., 2018).

3.7. Conclusiones

Los enfoques de tratamientos transdiagnósticos se centran en localizar y abordar los aspectos comunes que funcionan como mecanismos de cambio para todos los TEs. Esto ayudaría, en gran medida, a solventar el problema de su alta comorbilidad. De esta manera, los profesionales no tendrían que emplear una terapia distinta para cada uno de los trastornos que una persona pueda estar sufriendo, ni tampoco tendrían que escoger un solo tratamiento con la esperanza infundada de que sirviera para todos los diagnósticos.

De entre todos los procesos comunes a los TEs, quizá sean los factores cognitivos y las estrategias de regulación emocional los más importantes. Los procesos cognitivos son creencias y patrones de procesamiento de la información que provocan la aparición y mantenimiento de los TEs y se apunta a la rumiación, la preocupación y la metacognición como los principales factores cognitivos de carácter transdiagnóstico. Por su parte, la regulación emocional está compuesta por la reestructuración cognitiva y la supresión expresiva, y se sabe que los pacientes con TEs tienen problemas con ambas.

En lo que concierne a la eficacia de los tratamientos psicológicos transdiagnósticos para los TEs, las investigaciones han demostrado su buena respuesta clínica tanto para los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos por separados como cuando existe comorbilidad entre ellos. Además, de entre todos los modelos teóricos, parece que las terapias transdiagnósticas de carácter cognitivo-conductual son las que mayor apoyo científico acumulan hasta la fecha.

Por último, el Protocolo Unificado de Barlow es, probablemente, el manual de tratamiento transdiagnóstico para los TEs con mayor evidencia empírica. Está compuesto por ocho módulos de duración variable que incluyen técnicas de procesamiento y regulación emocional y técnicas cognitivo-conductuales. Más allá de suplir la necesidad de una terapia común para un gran número de diagnósticos, el Protocolo Unificado tiene la ventaja de ser flexible en su aplicación, pudiendo adaptar y emplear sus módulos por separado sin que pierdan sentido ni eficacia y está diseñado para poder ser aplicado tanto en formato individual como en formato grupal. Además de este, el protocolo de tratamiento transdiagnóstico del proyecto PsicAP en España también está arrojando resultados muy destacables dentro del territorio nacional y provee de un protocolo de terapia transdiagnóstica grupal aplicable en el contexto de Atención Primaria.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Por todo lo anterior, se entiende que hay evidencias suficientes para apostar por la utilización de los tratamientos transdiagnósticos en el abordaje de los TEs, ya que no solamente garantizan una buena efectividad, sino que también ayudarían a los profesionales a agilizar el servicio y atender, con rigor, a la comorbilidad diagnóstica.

CAPÍTULO 4

LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS BREVES

4.1. Introducción

A pesar de que en las indicaciones de los manuales de tratamiento cognitivo-conductuales tradicionales para los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos se estipulan, aproximadamente, 20 sesiones, la duración promedio real del tratamiento psicológico es de tres a ocho sesiones en la práctica clínica habitual (Bloom, 1992; Koss y Butcher, 1986; Messer y Warren, 1995). Si tenemos en cuenta que la mayoría de las personas interrumpen la psicoterapia cuando únicamente han realizado unas pocas sesiones, cobra sentido organizar la intervención en torno al número de sesiones a las que acude el grueso de los pacientes. Por ello, numerosos modelos teóricos han ido adaptando las terapias psicológicas a formatos de corta duración. Entre ellas se encuentran la terapia psicodinámica breve, la terapia interaccional estratégica breve, la terapia breve cognitivo-conductual, la psicoterapia expresiva de apoyo, la terapia de solución de problemas, la terapia centrada en la realización de tareas, la intervención en crisis, la terapia breve de familia o la terapia breve de grupo (Epstein y Brown, 2002). Así, y desmontando la idea de que la terapia psicológica requiere mucho tiempo y es costosa, las terapias breves se han desarrollado para responder de manera efectiva y ética a los recursos económicos y las necesidades psicológicas de las personas (Lyons y Low, 2009).

No obstante, se hace necesaria mayor investigación de las terapias psicológicas breves dentro de los sistemas sanitarios, ya que no está claro cómo las versiones abreviadas de los distintos tratamientos se comparan en términos de efectividad con los tratamientos psicológicos extensos o con tratamientos psicofarmacológicos. Además, se

sabe poco sobre el impacto de las intervenciones psicológicas breves en factores como la alianza terapéutica, el compromiso del paciente y su adherencia terapéutica (Shepardson et al., 2016). Por otra parte, los pacientes que acuden a AP presentan, a menudo, muchas comorbilidades médicas y psiquiátricas, así como diferentes tipos e intensidades en los síntomas de los TE. Sin embargo, hay poca orientación sobre cómo funcionan estos enfoques breves en esas condiciones o cómo la cultura y otros factores del paciente afectan a su efectividad (Shepardson et al., 2016).

El capítulo aborda los aspectos más importantes sobre la utilización de las terapias psicológicas breves, como, por ejemplo, el empleo estratégico del tiempo. Además, se da información detallada acerca de los estudios que proporcionan datos de su eficacia dentro y fuera de los sistemas sanitarios para el tratamiento de los trastornos mentales, en general, y de los TEs en particular. Por último, se ofrece una serie de pautas de aplicación prácticas y varios protocolos de tratamiento destinados a la incorporación de las terapias breves en contextos con alta presión asistencial tales como AP o Atención Especializada.

4.2. El uso del tiempo como herramienta terapéutica en las terapias breves

Según de Shazer (1988) el concepto de terapia breve se refiere simplemente a un tipo de tratamiento psicológico que utiliza el menor número de sesiones posible y no más de las estrictamente necesarias para lograr un cambio clínico significativo. Asimismo, propone tres criterios, siendo necesario al menos uno de ellos, para poder identificar una terapia breve:

- A. La terapia psicológica tiene menos sesiones que la misma terapia en su formato manualizado y estándar.
- B. La terapia se lleva a cabo en un periodo de tiempo, desde el inicio hasta su terminación, inferior al establecido en los manuales de tratamiento tradicionales.
- C. La terapia tiene menos sesiones y estas se llevan a cabo con una frecuencia inferior a lo establecido en los formatos tradicionales del mismo tipo de tratamiento psicológico.

Otro término utilizado para referirse a las terapias psicológicas breves es el de “terapia de tiempo limitado”, el cual enfatiza explícitamente la delimitación temporal del tratamiento. Varios autores han ofrecido diferentes definiciones de lo que constituye una terapia breve. Algunos han considerado una serie de sesiones delimitadas para establecer un punto de corte en lo que consideran una terapia breve, pero no existe un consenso sobre este tema entre los investigadores y profesionales del campo aplicado. No obstante, teniendo en cuenta las consideraciones de Cape et al. (2010), podemos decir que para que una terapia se considere breve debe tener más de dos sesiones y menos de diez, estableciendo una media de seis sesiones. De hecho, Stiles et al. (2008) confirman que seis sesiones es una duración de tratamiento psicológico habitual en la práctica clínica de los servicios de salud, lo que contrasta con la duración del tratamiento de 12 a 24 sesiones que han sido objeto de la mayoría de los ensayos de eficacia de las terapias psicológicas (Westen y Morrison, 2001; Roth y Fonagy, 2005).

Cabe recalcar que una de las principales características de las terapias breves es, precisamente, no seguir una pauta lineal y fija en su aplicación, por lo que siempre parten de la idea de que las guías son flexibles a las particularidades y síntomas del paciente. Por otro lado, Budman y Gurman (1988), evitan establecer un número específico de sesiones en su definición. En su lugar, se refieren a la terapia breve como tratamiento “sensible al tiempo” o “eficaz en el tiempo”. Sin embargo, establecer un número específico de sesiones puede ser útil para proporcionar estructura y/o para estimular deliberadamente un proceso de terminación (Hoyt, 1979; Wells, 1982). De hecho, la atención a los parámetros temporales puede ser ciertamente importante, ya que la Ley de Parkinson, la cual afirma que el trabajo se expande o se contrae para ajustarse al tiempo asignado, puede operar no solamente en contextos burocráticos, sino también en psicoterapia (Appelbaum, 1975).

Además del tiempo en sí, la planificación es una pieza clave de las terapias de corta duración, ya que resulta esencial para lograr cubrir las necesidades específicas de cada paciente dentro de un marco temporal muy limitado (Bloom, 1992). La inmensa mayoría de los autores coinciden en la importancia de utilizar el tiempo como herramienta terapéutica (Bedics et al., 2005; Hewitt y Gantiva, 2009; Lyons y Low, 2009; MacNeil, 2001). La limitación del número de sesiones ayuda a que tanto terapeuta como paciente se centren por completo en la terapia, aumenta la motivación del paciente y requiere que el terapeuta sea activo en el establecimiento de metas alcanzables, planteando cada sesión

como una intervención con un resultado particular y con el objetivo de que el paciente experimente el cambio lo antes posible (Fosha, 2004). Generalmente, la atención debe centrarse en aprovechar al máximo cada sesión (Preston, et al., 1995). Así, la intencionalidad enfocada es la clave para hacer que cada interacción en terapia tenga un sentido y un objetivo previamente establecido, de modo que no se desperdicie ni el tiempo ni el esfuerzo del terapeuta y paciente. En este sentido, la terapia breve se basa en la creencia y la expectativa de que el cambio puede ocurrir con rapidez, especialmente si se aplica una teoría sólida y se entrenan las habilidades pertinentes. El trabajo no es superficial ni está simplemente orientado a la técnica, sino que, por el contrario, es preciso y destinado a producir resultados relativamente inmediatos dentro de la vida cotidiana del paciente (Hoyt, 2000).

Bajo esta perspectiva, la idea de que la terapia psicológica breve debería ser ofrecida a los pacientes como la primera opción terapéutica, antes de pasar a otras intervenciones de mayor duración, ha ido cobrando fuerza. Ya en los años 60 el psicoanalista Lewis Wolberg (1965, p. 140) aconsejaba que “la mejor estrategia es asumir que todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, responderán a un tratamiento psicológico de corta duración a menos que lo rechacen desde un primer momento. Además, si este abordaje fallara siempre se podría recurrir a una terapia prolongada”. Si bien algo más reciente, y desde un punto de vista cognitivo-conductual, la opinión de Lazarus y Fay (1990, p. 39-40) al respecto parece ser aún más contundente, ya que expresan que “algunas terapias a largo plazo no solo son ineficaces (tardan más de lo necesario porque no son lo suficientemente precisas), sino que incluso son perjudiciales debido al refuerzo de los autoconceptos patológicos”. Además, señalan que una de las grandes ventajas del enfoque a corto plazo es que, si la terapia no funciona, será evidente mucho antes. En esta línea, Steenbarger (1992b) sostiene que los pacientes prefieren intervenciones a corto plazo, ya que quieren sentirse mejor lo antes posible.

Sin embargo, también existen algunas posiciones opuestas a las terapias psicológicas de tiempo limitado. La crítica más frecuente se refiere a la imposición de terminar la terapia en un determinado momento previamente establecido. Se ha señalado que existe una diferencia significativa entre un cierre terapéutico forzado a uno consensuado o elegido por el paciente (Migone, 2010). De esta manera, establecer un número de sesiones concretas podría hacer que algunos pacientes sintieran la presión del tiempo de una manera contraproducente y dificultara el desarrollo de la alianza

terapéutica, lo que, en última instancia, llevaría a un detrimento de la eficacia de la terapia. No obstante, se ha demostrado que uno de los motivos de terminar la terapia de forma abrupta es, precisamente, no haber planificado con antelación el fin de esta (Knox et al., 2011). Además, estos problemas son más probables en pacientes con trastornos de personalidad o en momentos de crisis vital y no tanto en paciente con TEs. De hecho, debido a su idiosincrasia, las terapias breves están especialmente indicadas para los problemas adaptativos y emocionales de gravedad leve o moderada (Collings et al., 2015).

Por último, se ha llegado a postular, desde algunos enfoques psicoanalíticos, que no tiene sentido hablar de terapias breves, ya que, según ellos, no existen como tal, y que lo correcto es hablar de terapias con la duración necesaria para cada paciente (Migone, 2010). No obstante, bien podría ser esto una especie de eufemismo si se tiene en cuenta la extensa duración de las terapias psicodinámicas frente a otras modalidades de tratamiento. Lo que sí parece tener mayor sentido es la advertencia de que si no se sigue la regla de establecer un número fijo de sesiones desde el inicio de la terapia, no se pueden distinguir los terapeutas "no breves" de aquellos que aplican terapias de tiempo limitado, ya que sería imposible saber si son realmente terapeutas "breves" o simplemente terapeutas "buenos" que tienen éxito en tratar a pacientes en poco tiempo (Migone, 2014). Sea como fuere, y aunque ciertamente interesante, esta concepción peca de excesiva rigidez, ya que, como se ha dicho anteriormente, las terapias breves pueden tener un número limitado de sesiones y ser, a su vez, flexibles en su aplicación.

4.3. La eficacia de las terapias psicológicas breves

Existe una amplia evidencia acerca de la eficacia de las terapias psicológicas breves tanto para el tratamiento como para la prevención de la inmensa mayoría de trastornos mentales. De un modo general, Steenbarger (1992a) proporcionó una extensa revisión de la literatura y concluyó que la psicoterapia a corto plazo es eficaz para una serie de trastornos psicológicos, incluida la depresión, las fobias y la bulimia, así como otros problemas psicológicos como los déficits de habilidades sociales, problemas de autogestión y de estima. De hecho, incluso se encuentra evidencia a favor de intervenciones psicológicas muy breves de menos de cinco sesiones (Pinkerton y Rockwell, 1994; Vonk y Thyer, 1999; Collings et al., 2015). Por su parte, Anderson y Lambert (1995) llevaron a cabo un metaanálisis de más de 20 estudios empíricos de

terapia dinámica a corto plazo y encontraron un tamaño de efecto moderado para un amplio abanico de trastornos mentales. De forma similar, el reciente metaanálisis de Catanzano et al. (2021) sugiere que las intervenciones psicológicas breves, basadas en principios cognitivos conductuales, pueden beneficiar a pacientes con depresión, trastornos disruptivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad o trastornos alimentarios incluso cuando tenían asociado una patología física de carácter crónico.

Más específico es el prometedor metaanálisis de Spong et al. (2021) que muestra la eficacia de intervenciones psicológicas breves para el trastorno límite de personalidad, trastorno para el que normalmente se aceptaba la necesidad de abordajes de larga duración. No obstante, este mismo estudio sugiere que, para este trastorno en particular, la posibilidad de acceso a apoyo adicional a disposición del paciente es un elemento central que no comparten el resto de las terapias breves para otros trastornos. Las terapias breves también han demostrado ser efectivas en la mejora de las habilidades de solución de problemas (Bannink, 2007), en la disminución de síntomas de estrés postraumático (Kip et al., 2016; Labrador et al., 2006), en el descenso de la ingesta de alcohol en personas que presentaban un consumo excesivo (Gantiva et al., 2003) o en la mejora del estado mental de personas que han efectuado conductas autolíticas tales como envenenamientos deliberados (Guthrie et al., 2001). Por último, cabe destacar que las intervenciones psicológicas breves se han utilizado también para programas de prevención. Ejemplo de ello es el estudio de Pitceathly et al. (2009), el cual demostró cómo dicho abordaje facilitó la adaptación entre los pacientes con cáncer recién diagnosticados y con alto riesgo de desarrollar ansiedad o trastornos depresivos.

Como se expuso anteriormente, las terapias breves están especialmente indicadas para los TEs. Por lo tanto, no es de extrañar que la mayor acumulación de evidencia científica sobre la eficacia de estos tratamientos se refleje en ellos. Así, las terapias breves han demostrado ampliamente su efectividad en la reducción de síntomas ansioso-depresivos (Arco et al., 2005; Bernhardsdottir et al., 2013; Koutra et al., 2010; Rubiano et al., 2008; Saravanan et al., 2017). Cabe destacar que, según la revisión sistemática de Churchill et al. (2001), los pacientes con depresión que son tratados con cualquier variante de terapia psicológica breve muestran una mejoría clínica significativa mayor que aquellos tratados con tratamiento habitual y tienen más probabilidad de llegar a dejar de ser considerados como depresivos. Además, este mismo trabajo afirma que aquellos

pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual mejoran más que aquellos tratados con terapia psicodinámica, terapia interpersonal o terapia de apoyo. Del mismo modo, desde una perspectiva transdiagnóstica enfocada a las terapias breves para el abordaje de los TEs, se recogen varios estudios que avalan su eficacia tanto para la reducción de la sintomatología como para la aplicación del tratamiento a un amplio número de pacientes con características distintas y trastornos comórbidos (Barlow et al., 2017; Brown y Barlow, 2009; McManus et al., 2010; Norton, 2008). A modo de ejemplo, el reciente estudio de Bishop et al. (2021) demuestra como las intervenciones breves que abordan el insomnio pueden tener un impacto positivo tanto en el sueño como en la depresión concurrente.

Las terapias breves permiten que la mayoría de los pacientes con TEs puedan ser ayudados con relativa rapidez, ya que algunas investigaciones sobre la eficacia de estas terapias han mostrado que obtienen resultados similares a las terapias convencionales y que, en la mayor parte de los casos, las principales mejorías en el paciente ocurren dentro de las diez primeras sesiones (Bloom, 2001; Lyons y Low, 2009). Por tanto, este tipo de terapias podrían equipararse a las tradicionales en términos de eficacia, siendo mejores en términos de eficiencia y de aceptación por parte de los pacientes con TEs (Churchill et al., 2001; Nieuwsma et al., 2012). De forma similar, Koss y Shiang (1994) han concluido en su revisión que los métodos breves y a largo plazo de psicoterapia son igualmente efectivos y que los métodos breves son más rentables. Quizá los ejemplos más recientes de este fenómeno sean los protocolos y los ensayos clínicos de terapia breve transdiagnóstica que se llevaron a cabo durante la pandemia del COVID-19 para el tratamiento y prevención de síntomas emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión, los problemas de sueño, la tolerancia al malestar y a la incertidumbre, el mantenimiento de rutinas y el desarrollo de esperanza y resiliencia (Arnold et al., 2020; Ehrenreich-May et al., 2021).

Además, las terapias breves no solo han demostrado su efectividad inmediatamente después del tratamiento, sino que hay estudios que recogen cómo la mejoría en el paciente permanece tiempo después de finalizar la intervención (Hamdan-Mansour et al., 2009; Vázquez et al., 2012). Sin embargo, a pesar de los beneficios que han demostrado este tipo de terapias, algunos trabajos dudan sobre su eficacia real, cuestionando el mantenimiento de los resultados a largo plazo, el diseño de las intervenciones, la ambigüedad de la metodología aplicada y las dificultades que presentan

para incluirse como un recurso accesible para toda la ciudadanía (Hemmings, 2000; Seekles et al., 2013). Otros estudios, como el de Churchill et al. (2001) simplemente reconocen que aún no hay suficientes datos para sacar una conclusión sobre la efectividad de las terapias psicológicas breves a largo plazo. De lo que sí parece haber cierta evidencia es de la versatilidad de las terapias breves, ya que no solamente han probado ser eficaces en pacientes ambulatorios, sino también en pacientes hospitalizados (Driessen et al., 2010; Hopko et al., 2003). De hecho, algunos estudios sugieren que la efectividad a largo plazo de las psicoterapias breves no depende tanto de la gravedad inicial, sino del nivel de funcionamiento, la cantidad de trastornos comórbidos y los síntomas residuales (Bower et al., 2013; Gallagher-Thompson et al., 1990). Además, parece que las terapias breves pueden ser aplicadas independientemente de la edad de los pacientes, ya que algunos estudios sugieren que estas intervenciones también son válidas para el tratamiento de los TEs en niños y adolescentes (Gatta et al., 2019; Öst y Ollendick, 2017) y en personas mayores (Serfaty et al., 2009).

4.4. Las terapias breves para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

La aplicación de las terapias breves surge como una opción terapéutica de bajo coste para responder a las exigencias de los sistemas públicos de salud acerca del uso de tratamientos psicológicos basados en la evidencia que tengan buenos resultados clínicos y sean posibles de administrar en contextos prácticos (Hewitt y Gantiva, 2009). Debido a las características de las terapias breves, muchos usuarios con TEs que hacen uso de los servicios de salud podrían beneficiarse de ellas, solventando en gran medida los problemas planteados en el capítulo 2. Además, la terapia breve podría utilizarse para ofrecer terapia psicológica inmediata a aquellos pacientes que están en listas de espera para acceder a programas especializados, como tratamiento inicial para usuarios de riesgo y como un complemento a tratamientos psicológicos más extensos (Sánchez y Gradolí, 2002). Se deduce de esta amplia gama de utilidades los potenciales beneficios que tendría la implementación de este tipo de intervenciones en los sistemas sanitarios. De hecho, se ha reivindicado que este tipo de terapia puede ser el primer paso dentro de los sistemas de salud para el abordaje terapéutico de los pacientes con TEs de una severidad leve o moderada, dando una amplia accesibilidad a los pacientes y una respuesta eficaz a sus dolencias (Collings et al., 2015). Se recogen en la Tabla 4.1 las técnicas psicológicas derivadas de tratamientos cognitivo-conductuales que Shepardson et al. (2016) han

propuesto adaptar para ser aplicados en AP, de modo que sean más realistas y ajustadas a la dinámica de los servicios de salud y a las demandas de los usuarios.

Dentro del contexto de AP se encuentran varios estudios que avalan la eficacia de las terapias psicológicas breves, así como su aceptación por parte de los pacientes y los distintos profesionales sanitarios. Por ejemplo, Catalan et al. (1991) mostraron cómo la terapia breve de solución de problemas administrada por psiquiatras en AP podía ser una estrategia efectiva para el abordaje de los TEs con buena recepción entre los pacientes. De forma similar, los resultados del reciente estudio de Miller-Matero et al. (2021) sugieren que la administración de una intervención psicológica breve en AP parece ofrecer mejoras clínicas en pacientes con trastornos somatomorfos y depresión concurrente. Los hallazgos sugieren que las intervenciones psicológicas a corto plazo pueden ofrecer beneficios similares a los de largo plazo. Además, el trabajo informa sobre las ventajas que tendría implementar este tipo de intervenciones en AP para facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos y mejorar los servicios de salud. También es significativo el ensayo clínico de Patel et al. (2017) en el que se muestra la superioridad del tratamiento psicológico breve basado en la activación conductual administrado por psicólogos frente al tratamiento habitual de la depresión en AP, cuyos resultados clínicos se sostienen hasta un año más tarde (Weobong et al. 2017). Por su parte, el estudio de Gilbert et al. (2005) corrobora los buenos resultados de las terapias breves en AP para los TEs, si bien recalca que el abandono terapéutico puede ser un problema. No obstante, advierte que esto quizá se deba a que las intervenciones fueron desarrolladas por médicos de familia y no por profesionales de la salud mental. En este sentido, se ha demostrado que se aprecian beneficios sustanciales tanto para los pacientes como para el ejercicio profesional de los facultativos cuando se incluye a profesionales de la psicología clínica con experiencia en terapias breves en el contexto de AP para el tratamiento de los TEs (Dath et al., 2014).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Tabla 4.1. Técnicas psicológicas adaptadas para su uso en contexto de Atención Primaria para los trastornos de ansiedad

Técnica de intervención	Uso práctico con bajo consumo temporal en servicios de Atención Primaria
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar de forma ideal en la primera sesión después de la evaluación inicial sobre síntomas/problemas psicosociales. • Utilizar 5-10 minutos para psicoeducación sobre ansiedad y para resolver dudas o aliviar miedos (muerte, “volverse loco”, etc.). • Normalizar (no patologizar) los síntomas experimentados por el paciente para no fomentar rol de enfermo. • Ofrecer documentos escritos de apoyo para una lectura tranquila fuera de consulta que ayude a asimilar la información. • Mostrar y explicar el funcionamiento de la ansiedad y la conexión entre estresores, pensamientos, emociones y comportamientos.
Aceptación/mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a tener sensaciones de ansiedad y no intentar controlarlas o evitarlas, sino simplemente notarlas. • Enseñar al paciente a no describir los síntomas hechos absolutos (defusión cognitiva). • Discutir las conductas destinadas a la evitación de la ansiedad frente a las que les pueden acercar a lograr sus metas vitales. • Ayudar al paciente a identificar sus valores personales y dar pautas de conducta que sean congruentes con los mismos. • Estructurar ejercicios de meditación para experimentar los procesos corporales y mentales sin juzgarlos o intentar cambiarlos.
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Dar instrucciones por escrito y/o audios para la realización de relajación guiada, así como una demostración in situ de las técnicas. • Normalizar que ciertos pacientes pueden tener un aumento inicial de los síntomas de ansiedad cuando hacen relajación. • Respiración diafragmática: Enseñarla de tal forma que el paciente pueda ver y escuchar la diferencia entre los tipos de respiración. • Imaginación guiada: Ayudar a seleccionar la situación e insistir en usar los cinco sentidos dentro de la imaginación. • Relajación muscular progresiva: Usar solo 4-6 grupos musculares para asegurarse de que dará tiempo de completarla en la consulta.
Exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar bajo juicio clínico la necesidad de usar esta técnica o no (no es siempre necesaria ni oportuna). • Explicar la base lógica de la exposición y asegurarse de que el paciente está motivado para reducir el riesgo de abandono. • Dadas las limitaciones de tiempo, empezar la jerarquización de la exposición en la consulta y pedir que se termine en casa. • Determinar qué tipo de exposición es la más apropiada (interoceptiva, en vivo o por imaginación) según el tipo de ansiedad. • La primera sesión de exposición se debe hacer junto al profesional en la consulta siempre que sea posible para ayudar al paciente.
Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de usarse, hay que recordar que la intervención es mucho más breve que la terapia cognitiva tradicional. • Solo usar en pacientes con habilidades meta-cognitivas suficientes como para beneficiarse de la técnica y no provocar frustración. • Usar ejercicios escritos y diagramas para fomentar el aprendizaje visual del cambio de pensamientos irracionales. • Ayudar al paciente a reconocer que los pensamientos catastróficos son improbables y que la ansiedad puede aliviarse cambiándolos. • Adaptar los ejercicios de reestructuración cognitiva a la situación del paciente y al tipo específico de ansiedad.
Activación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre hobbies pasados y/o actividades que le podrían proporcionar una satisfacción. • Hacer tormenta de ideas sobre actividades placenteras antes de sugerir alguna que no tenga un sentido para el paciente. • Centrar la discusión en 1-3 comportamientos específicos y fácilmente realizables a corto plazo por el paciente. • Plantear posibles barreras para la activación, de modo que puedan ser solventadas o para ajustar las metas terapéuticas.

Adaptado de Shepardson, R. L., Funderburk, J. S. y Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, & Health, 34*(2), 114-127. <https://doi.org/10.1037/fsh0000175>

Por su parte, no se encuentran a penas ensayos clínicos sobre terapias psicológicas breves en Atención Especializada, quizá porque casi por definición el tipo de tratamiento que se proporciona en dichos servicios es a largo plazo. No obstante, el estudio de Barkham et al. (1996) muestra como la psicoterapia breve de ocho sesiones aplicada en Atención Especializada mejoraba los síntomas depresivos, la autoestima y los problemas interpersonales de pacientes diagnosticados de TEs. Asimismo, se ha visto como la terapia cognitivo-conductual breve era comparable en efectividad a la misma terapia en su duración estándar (ambas aplicadas en Atención Especializada) para el trastorno de pánico (Clark et al., 1999).

Quizá el aporte científico más importante hasta la fecha sea el estudio metaanalítico de 34 ensayos clínicos sobre terapias breves para los TEs aplicadas en AP de Cape et al. (2010). Este trabajo compara y establece la superioridad de varios modelos de terapia psicológicas de tiempo limitado frente a grupos controles, aunque se aprecian diferencias en los tamaños del efecto obtenido para cada uno de ellos. Así, la terapia cognitivo-conductual breve fue la más eficaz, en términos generales, con tamaños del efecto alrededor de 0.50 para el conjunto de los TEs. De forma específica, esta terapia mostró un tamaño del efecto grande para los trastornos de ansiedad ($d = 1.06$), un tamaño del efecto moderado para los trastornos depresivos ($d = 0.33$) y un tamaño del efecto pequeño para los trastornos mixtos ($d = 0.26$). Seguidamente estaría el counseling, con un tamaño del efecto alrededor del 0.30 para el conjunto de los TEs. De forma concreta, esta terapia mostró un tamaño del efecto moderado tanto para la depresión ($d = 0.41$) como para los trastornos mixtos ($d = 0.30$), sin datos suficientes de trastornos de ansiedad para analizar su eficacia comparada. Por último, la terapia breve de solución de problemas obtuvo un tamaño del efecto alrededor de 0.20 para el conjunto de los TEs. Concretamente esta terapia obtuvo tamaños del efecto pequeños tanto para los trastornos depresivos ($d = 0.26$) como para los trastornos mixtos ($d = 0.17$), sin datos suficientes para analizar el efecto comparativo frente a grupos control para trastornos de ansiedad. Por otro lado, el estudio resalta que, los resultados fueron generalmente más bajos que aquellos obtenidos de los tratamientos psicológicos clásicos administrados en Atención Especializada, los cuales implicaban una mayor duración de las terapias psicológicas. La excepción fue la terapia cognitivo-conductual breve para los trastornos de ansiedad, que logró alcanzar tamaños del efecto comparables a los obtenidos en tratamientos psicológicos más prolongados aplicados en Atención Especializada. Se argumenta que

estas diferencias podrían deberse a varios factores más allá de la duración del tratamiento, como son el tipo de pacientes incluidos, formación de los terapeutas o el tipo de centro en el que se desarrollaron los tratamientos. Como conclusiones, el estudio pone de relieve que invertir en tratamientos psicológicos breves para atender los problemas emocionales en los sistemas de salud no solo mejoraría la sintomatología de los pacientes, sino que también reduciría la hiperfrecuentación, la prescripción de fármacos y la presión asistencial. Por estos motivos, recomienda la inserción de tratamientos psicológicos breves, especialmente los de corte cognitivo-conductual, en la red pública de salud, apuntando que quizá puedan ser la solución para la descongestión y mejor funcionamiento de todo el sistema.

Por otra parte, las terapias breves podrían permitir realizar intervenciones efectivas de bajo coste a los trabajadores de salud mental con menor formación, lo que aumentaría la capacidad de la atención sanitaria y reduciría los tiempos de espera (Creswell et al., 2017). En relación con los análisis de costes, parece que, tal y como apunta el estudio de Patel et al. (2017), existen indicios de que la aplicación de terapias breves, en comparación a otros tratamientos, supondrían un beneficio para los sistemas sanitarios. De hecho, el estudio de van Roijen et al. (2006), que compara la terapia psicológica breve con la terapia cognitivo-conductual tradicional para los TEAs, desvela que, aunque inicialmente se aprecia una superioridad de la terapia psicológica breve en las tasas de coste-utilidad, al ajustar los análisis con otros costes de salud y costes indirectos, no se obtienen diferencias entre los dos tratamientos psicológicos. No obstante, se ha postulado que muchos estudios de investigación comparativa pueden, en realidad, subestimar la efectividad de la terapia breve, debido a que muy pocos de los terapeutas implicados en los estudios están específicamente orientados o capacitados en métodos de terapia breve (Hoyt y Austad, 1992; Messer y Warren, 1995). Parece, por tanto, que tal y como concluye la revisión sistemática de Churchill et al. (2001), existen pocas evidencias aún de la repercusión económica de las terapias breves en los sistemas de salud, por lo que se hacen necesarios más estudios al respecto.

4.5. Pautas y protocolos de aplicación de las terapias breves

Se sabe que buena parte de las consultas realizadas en los sistemas de salud serían susceptibles de intervención psicológica breve, ya que no se tratan de trastornos psicológicos graves y muchos de los problemas expresados por los pacientes están muy

relacionados con cuestiones de la vida cotidiana y con síntomas subclínicos (Kroenke et al., 2007). En este sentido, sería recomendable seguir las consideraciones reflejadas por Gálvez-Lara et al. (2018) a la hora de aplicar este tipo de abordajes:

- A. *Aclarar desde el comienzo de la terapia el carácter breve de la misma*: Se debe hacer consciente al paciente de que se cuenta con un tiempo limitado, por lo que el objetivo de la terapia no es tratar temas de carácter biográfico, sino problemas específicos del presente. Se debe también pactar un número de sesiones aproximado según la evaluación del profesional y las necesidades del paciente.
- B. *Aplicar técnicas de solución de problemas si se precisan*: En muchas ocasiones los síntomas ansioso-depresivos responden a problemáticas interpersonales o a la dificultad de resolver cuestiones de la vida cotidiana. De ser este el caso, se podría prescindir de otras técnicas y centrarse en la adquisición de habilidades de resolución de problemas para obtener una rápida mejoría clínica.
- C. *Utilizar técnicas de afrontamiento frente a dificultades vitales*: Se sabe que gran parte de los síntomas ansiosos y depresivos se producen por sometimiento al estrés ambiental o por atravesar momentos difíciles como duelos, el diagnóstico de una enfermedad grave o rupturas sentimentales. De ser este el caso, se debe promover una visión “despatologizante” y normalizadora de dichas circunstancias y fomentar su afrontamiento utilizando modelos centrados en estos aspectos para paliar los síntomas y orientar al paciente.
- D. *Usar enfoques centrados en el presente y en las fortalezas*: Es importante que tanto terapeuta como paciente dediquen sus esfuerzos a los problemas específicos que se están produciendo en el día a día, así como en las habilidades que ya se poseen y puedan ser incrementadas para lograr un cambio.
- E. *Observar la necesidad de un cambio concreto de esquema mental*: Si bien es cierto que las terapias breves no están diseñadas para producir cambios profundos de pensamiento como pretenden otras terapias cognitivas, sí es recomendable analizar si detrás de los síntomas se esconde una idea o creencia que, de ser modificada, podría facilitar la recuperación.
- F. *Fomentar la motivación y la activación conductual*: Se debe promocionar la motivación y compromiso del paciente para con su propio proceso de cambio. Para ello, se pueden analizar algunas variables psicológicas como la

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

autoeficacia o la tendencia a utilizar los tipos de locus de control. Se busca empoderar al paciente y que adopte un rol activo en su vida. Además, se debe de orientar en cuestiones relacionadas con la planificación y organización de aspectos de la vida cotidiana (como horarios, actividades, prioridades, elecciones cotidianas o actividades de ocio y tiempo libre), ya que pueden tener un efecto directo sobre los síntomas ansioso-depresivos y pueden actuar como reforzadores.

Como se ha expuesto anteriormente en este capítulo, parece que la terapia cognitivo-conductual breve es la que mayor evidencia científica posee hasta el momento. No obstante, existen pocos protocolos que intenten, de alguna forma, adaptar este tratamiento psicológico a un formato limitado en el tiempo que cubra los aspectos más importantes para tratar el conjunto de los TEs desde un enfoque transdiagnóstico y no sea simplemente un “recorte” temporal de una terapia previamente manualizada. Podemos destacar la intervención diseñada y aplicada con éxito por Titov et al. (2010) para el abordaje transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad. Dicha intervención se compone de seis sesiones y acceso a materiales escritos de refuerzo, así como la asignación de tareas y ejercicios para casa. La sesión 1 brinda educación sobre los síntomas ansiedad; la sesión 2 ofrece instrucciones sobre cómo controlar los síntomas físicos y la importancia de los factores del estilo de vida; la sesión 3 utiliza los principios básicos de la terapia cognitiva; la sesión 4 brinda educación y pautas sobre la práctica de la exposición gradual; la sesión 5 se centra en desarrollar las habilidades de comunicación y asertividad; y la sesión 6 es destinada a la prevención de recaídas.

Debido a la necesidad de incluir los trastornos depresivos, el mismo equipo de investigación desarrolló una ampliación del protocolo descrito (ver Tabla 4.2), llevándolo a un total de ocho sesiones (Titov et al., 2011). Posteriormente, Dear et al. (2011) abreviaron aún más esa misma intervención hasta dejarla en un total de cinco sesiones, probando su eficacia para la reducción de síntomas de los TEs (ver Tabla 4.3). Por último, y además del protocolo de tratamiento del proyecto PsicAP expuesta en el capítulo anterior, también encontramos el protocolo de terapia breve transdiagnóstico para los TE de Gálvez-Lara et al. (2019b), el cual está basado en el Protocolo Unificado de Barlow y fue diseñado específicamente para ser aplicado en el contexto de los sistemas de salud (ver Tabla 4.4). Como se puede comprobar los protocolos varían ligeramente entre ellos, pero todos pueden ser potencialmente útiles en la práctica clínica.

Tabla 4.2. Protocolo de tratamiento psicológico breve para los trastornos emocionales de ocho sesiones

Sesión	Contenido
1	Psicoeducación sobre interacción de síntomas de ansiedad y depresión.
2	Estrategias de monitoreo y cambio de pensamientos.
3	Estrategias de desahogo y la programación de actividades para control de síntomas físicos, dando importancia a los factores del estilo de vida.
4	Activación conductual y técnicas para mejorar la comunicación asertiva.
5	Explicación y programación para exposición gradual a estímulos.
6	Cuestionamiento y cambio de creencias y esquemas mentales, así como instrucciones para “actuar como si”.
7	Entrenamiento en la resolución de problemas estructurada.
8	Prevención y planificación de recaídas.

Adaptado de Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49, 441-452. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>

Tabla 4.3. Protocolo de tratamiento psicológico breve para los trastornos emocionales de cinco sesiones

Sesión	Contenido
1	Psicoeducación sobre interacción de síntomas de ansiedad y depresión, normalización de las dificultades en la recuperación y aplicación de comunicación asertiva.
2	Aplicación de técnicas cognitivas de cambio de pensamientos, cambio del foco de atención y establecimiento del “tiempo de preocupación”.
3	Instrucciones para el control de síntomas físicos, planificación de actividades y práctica para mantener límites interpersonales saludables.
4	Guía para activación conductual y para la práctica de la exposición gradual, instrucciones para actuar “como si” y solución estructurada de problemas.
5	Prevención y planificación de recaídas.

Adaptado de Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 830–837. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.007>

Tabla 4.4. Protocolo cognitivo-conductual breve aplicable en los sistemas de salud basado en el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Sesión	Objetivos	Recursos terapéuticos
1	Mejorar de la motivación y el compromiso con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Discrepancia situación actual-ideal • No confrontación directa • Reforzar intenciones de cambio • Hoja de balance decisional • Aumento de creencias sobre autoeficacia • Registro de objetivos realizables
2	Ofrecer psicoeducación sobre reacciones emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar función adaptativa de emociones • Cambios físicos, cognitivos y conductuales • Análisis de experiencias emocionales
3	Entrenar la conciencia emocional centrada en el presente	<ul style="list-style-type: none"> • Desactivar reacciones asociadas con experiencias emocionales previas • Retirar el juicio/evaluación de emociones • Breve ejercicio de mindfulness
4	Desarrollar patrones de pensamiento más flexibles y adaptativos	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de la flecha descendente • Auto-registros cognitivos • Diálogo socrático • Identificación y cambio de pensamientos irracionales
5	Reducir la evitación emocional y las conductas impulsadas por emoción (CIEs)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar cómo la evitación mantiene los problemas que presenta el paciente • Ejercicio del “oso blanco” • Identificar y remplazar CIEs • Plan de exposición práctica
6	Aumentar la conciencia y tolerancia a sensaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición interoceptiva para habituación • Diversos ejercicios que desencadenen hiperventilación, mareo o aumento del ritmo cardiaco (ajustar según paciente)
7	Disminuir los síntomas a través de la exposición situacional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar situaciones desencadenantes • Jerarquía de exposición consensuada • Plan de exposición fuera de consulta
8	Reforzar los logros alcanzados y prevenir recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de evaluación del progreso • Señalar habilidades que se deben seguir entrenando después de la terapia • Plan de acción frente a complicaciones futuras que tengan riesgo de recaída

Adaptado de Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Venceslá, J. F. y Moriana, J. A. (2019). Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 2674. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2018.02674>

4.6. Conclusiones

Aunque existen otras concepciones, parece haber cierto consenso en considerar que una terapia es breve cuando tiene entre dos y diez sesiones en comparación con las 12-24 sesiones que las terapias tradicionales para los TEs suelen emplear. Es lógico empezar a plantearse esta reducción temporal, ya que se sabe que los pacientes acuden a terapia durante unas seis sesiones de media antes de interrumpir el tratamiento. Además, fijar un número aproximado de sesiones antes del inicio de la intervención puede ayudar a aumentar la adherencia terapéutica, a focalizarse en los objetivos que se pretenden conseguir, a la planificación previa por parte del terapeuta y a sacarle el mayor partido a cada encuentro.

Las terapias breves han demostrado su eficacia para los TEs desde varios modelos teóricos, aunque es cierto que el enfoque cognitivo-conductual es el que mayor apoyo científico acapara. De hecho, no solamente las terapias psicológicas breves han mostrado buenos resultados en comparación al no tratamiento, sino que, según las investigaciones, pueden ser igual de eficaces que otras terapias más extensas. Sin embargo, no está claro todavía si su efecto perdura en el tiempo tal y como ocurre con los tratamientos tradicionales. Lo que sí se halla evidente es que las terapias breves son capaces de arrojar mejorías clínicas más rápido, por lo que pueden ser una buena opción en términos de eficiencia.

La implantación de las terapias breves dentro de los sistemas sanitarios puede suponer la administración de tratamientos psicológicos eficaces a un mayor número de personas con un bajo coste temporal y económico. Además, los estudios sugieren que tanto pacientes como profesionales aceptan de buen grado este tipo de abordajes. La reducción de las listas de espera facilitaría el acceso a la intervención psicológica a muchos pacientes, lo que conllevaría una reducción de la hiperfrecuentación, una menor prescripción de psicofármacos y una menor presión asistencial. No obstante, se necesita mayor investigación acerca de su efectividad y su forma de diseminación tanto en AP como en Atención Especializada.

Finalmente, cabe destacar algunos aspectos relacionados con la aplicación correcta de las terapias breves. En primer lugar, estas intervenciones están especialmente recomendadas para los TEs de gravedad leve/moderada, por lo que quizá habría que reconsiderar su uso para los casos más severos. En segundo lugar, se deben seguir algunos

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

principios básicos de las terapias de tiempo limitado, como son la focalización en el presente, el fomento de la motivación y la activación conductual, la trasmisión de una perspectiva normalizadora y tranquilizadora de las respuestas emocionales y el fomento del aprendizaje de técnicas de solución de problemas. Por último, es necesario entender que una terapia breve no es sencillamente reducir el número de sesiones de un tratamiento manualizado, sino saber extraer del mismo los mecanismos de cambio más importantes y condensarlos en un número de sesiones ajustado a las necesidades del paciente y del contexto clínico.

CAPÍTULO 5

LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS NUEVOS ENFOQUES CLÍNICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA

5.1. Introducción

La existencia de una brecha entre la práctica clínica y la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos es una realidad (Kazdin, 2008). En este sentido, Seligman (1995) ya postuló cinco diferencias importantes entre los dos ámbitos: a) la terapia no siempre es de duración fija como pretenden los manuales, sino que los clínicos la modifican temporalmente para ajustarlas a las necesidades del paciente y de los recursos disponibles; b) la terapia en la práctica clínica tiende a autocorregirse, es decir, que deja de utilizar unas técnicas y las reemplaza por otras según vayan mostrando mejores o peores resultados; c) la terapia en la práctica cotidiana se suele centrar más en el funcionamiento general del paciente que en síntomas específicos; d) los pacientes a menudo escogen a su terapeuta y su estilo o escuela de terapia en lugar de guiarse por las recomendaciones o criterios científicos; y e) los pacientes tienen frecuentemente diversos problemas que necesitarían enfoques o tratamientos psicológicos distintos.

Por otra parte, una de las dificultades que surgen en la investigación de las psicoterapias es que, a veces, no se distingue de forma clara si se habla de eficacia o efectividad. Por ello, algunos estudios se han dedicado a definir ambos conceptos dentro del campo de la salud mental (Flay, 1986; Nash et al., 2005). De ellos se desprende que la eficacia se refiere a lograr el efecto que se desea con la terapia, es decir, reducir o eliminar los síntomas de trastornos mentales que corresponda bajo condiciones óptimas.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Para determinar la eficacia, un tratamiento se investiga bajo un contexto controlado y estrictamente regulado. Esto se traduce en la adherencia completa a un manual definido (en tiempo y forma), un tipo de pacientes en particular (normalmente de acuerdo con un diagnóstico predefinido), unos profesionales especialmente entrenados y un entorno que no contamine los procesos que pueda tener la terapia. A pesar de sus fortalezas metodológicas (amplia validez interna), los estudios de eficacia tienen una capacidad limitada para estimar los efectos del tratamiento que se pueden esperar en el entorno de la práctica clínica.

Por su parte, la efectividad es la puesta en práctica de un tratamiento en el “mundo real”. De esta manera, mientras se mantiene una validez interna aceptable, los estudios de efectividad están diseñados para maximizar la validez externa. En ellos, se imponen menos restricciones sobre cómo se administra el tratamiento y se monitorea mucho menos la adherencia del paciente. Además, para que un tratamiento sea realmente efectivo no solamente ha tenido previamente que demostrar su eficacia, sino que también ha tenido que lograr implementarse en los sistemas sanitarios de tal manera que esté disponible para los pacientes y que estos lo acepten.

Por último, la eficiencia de un tratamiento se refiere a su capacidad para lograr el efecto beneficioso del mismo, con un consumo de recursos razonable en función de su potencia clínica (Castelnuovo et al., 2016). Este aspecto es importante porque, tal y como expresan Emmelkamp et al. (2014, p. 67), “incluso si un tratamiento psicológico pudiera mostrar una gran eficacia y/o efectividad, debido a sus altos costes, es posible que nunca se asimile en la práctica clínica real”. Además, para que un nuevo tratamiento basado en la evidencia tenga posibilidades de integrarse dentro de los sistemas sanitarios debe haber demostrado no solo que es efectivo, sino que es económicamente rentable (Lilienfeld et al., 2013). Para ello se efectúan distintos tipos de análisis de eficiencia, como son: a) los análisis de coste-beneficio, los cuales se centran en el resultado que, de modo general, la sociedad desea de un tratamiento; b) los análisis de coste-efectividad, que tienen en cuenta la relación entre los costes monetarios y las medidas de resultado del tratamiento; y c) los análisis de coste-utilidad, los cuales son similares a los análisis de coste-efectividad, pero usan distintas métricas para evaluar el impacto del tratamiento en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC), que informan de los años de vida en los que se espera que un individuo, después de recibir la terapia, esté completamente libre de síntomas clínicos. Según Hunsley (2002), estos datos son fundamentales para persuadir a los

responsables políticos de que la asignación de recursos a las intervenciones psicológicas conduciría a ventajas tanto clínicas como económicas.

Este capítulo se destina al análisis de las estrategias metodológicas y prácticas que se pueden adoptar para fomentar un cambio de paradigma en la investigación y la puesta en marcha de los nuevos tratamientos psicológicos. En primer lugar, se exploran tanto las limitaciones como la conveniencia de utilizar los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) en contextos tales como AP y Atención Especializada, así como sus posibles complicaciones a la hora de estudiar la conducta humana. Después, se detallan varios métodos de integración de las psicoterapias en los organismos sanitarios, como son el uso de tratamientos grupales, la atención colaborativa o la atención escalonada. Y, por último, se ofrece información sobre los proyectos que han sido y están siendo desarrollados para investigar las terapias breves de enfoque transdiagnóstico dentro de los sistemas de salud.

5.2. El empleo de los ensayos clínicos en contextos reales de intervención

Si bien es indudable que los ensayos clínicos controlados y aleatorizados son la manera más acertada de evaluar la eficacia de los tratamientos, Hemmings (2000) pone de manifiesto que no reflejan de manera exacta la utilidad real de las terapias una vez estas se intentan aplicar en contextos tales como los sistemas sanitarios. Además, el hecho de que la psicología clínica haya adoptado el uso de los ensayos controlados para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas puede ser una dificultad en sí misma. Esto es debido a que, en la extrapolación de los ensayos clínicos, propios de la medicina y la investigación con fármacos, a una disciplina distinta como la psicológica, se puede perder la rigurosidad que los caracterizan. Así, se han señalado algunos problemas metodológicos en la aplicación de los ensayos controlados en la investigación de las psicoterapias como los siguientes:

- 1) *Pueden ser poco factibles y muy complejos de evaluar.* Como se estipula por Shapiro et al. (1995) se deben tener en cuenta las variables psicológicas que influyen en el proceso de terapia, mientras que los ensayos que examinan los efectos de las intervenciones farmacológicas descartarían estas variables como "ruido".
- 2) *Pueden provocar una diferencia en el abandono terapéutico entre los pacientes asignados a las condiciones experimentales y a las condiciones de control.* Esto

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

se debe a que la inmensa mayoría de participantes desean recibir un tratamiento acorde a sus problemas y lo más probable es que aquellos aleatorizados al azar a "sin tratamiento" o "tratamiento habitual" abandonen el estudio. Además, se sabe que, según el estudio de Wood et al. (2004), la muerte experimental, en general, suele ser muy elevada (entre el 20-30%).

- 3) *Es muy difícil utilizar placebos.* En los ensayos con fármacos, cuyo objetivo es cambiar la fisiología o bioquímica del individuo, los placebos se consideran un comparador inactivo, pues no hay necesidad de contemplar las variables psicológicas. Sin embargo, los placebos en los ensayos de tratamientos psicológicos pueden ser un comparador activo, ya que pueden tener efecto en los procesos psicológicos. Por este motivo, un placebo psicológico (por ejemplo, tener acceso a alguien con quien poder ventilarse emocionalmente, pero que no aplicara ninguna terapia) es complicado de aplicar en contextos sanitarios.
- 4) *Los pacientes pueden aprender habilidades fuera de la terapia.* Los ensayos controlados intentan medir los resultados de las técnicas específicas utilizadas en un periodo de tiempo limitado. Sin embargo, según la investigación de Lambert (1992), solo el 15% de la varianza encontrada en la sintomatología de los pacientes puede atribuirse con certeza y en exclusiva al tratamiento psicológico en sí, mientras que el 30% podría atribuirse a factores no específicos.
- 5) *La utilización de diagnósticos categoriales como criterios de inclusión pueden causar sesgos en la selección de la muestra.* Para que los pacientes sean considerados participantes de un ensayo controlado suelen tener que ser diagnosticados según los modelos categoriales de los trastornos mentales. Sin embargo, en muchas ocasiones, las muestras de los ensayos no son representativas del prototipo de paciente habitual (Moriana y Gálvez-Lara, 2020).
- 6) *La comorbilidad entre trastornos mentales no suele ser contemplada en los ensayos controlados.* Esto no afecta solo a los problemas de las categorías de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sino que también afecta a los trastornos de personalidad, lo cuales son muy prevalentes y concurrentes con los primeros. De hecho, se sabe que los trastornos de personalidad tienen una profunda influencia en el resultado del tratamiento de los TEs (Sullivan et al., 1994).

- 7) *Pueden existir sesgos asociados al terapeuta.* Estos pueden estar relacionados con su estilo particular de desarrollar la terapia, el mayor o menor éxito en establecer una alianza terapéutica de calidad o su disponibilidad (Fonagy y Clark, 2015).
- 8) *Existe dificultad para medir los factores comunes a las psicoterapias.* En relación con el punto anterior, los ensayos clínicos en psicología no suelen contemplar la evaluación sistemática de los factores comunes (Stewart et al., 2012). Estos pueden estar relacionados tanto con el terapeuta (empatía, capacidad de persuasión, carisma, etc.) como con el paciente (confianza, esperanza, etc.) y con el vínculo entre ellos (contacto, rapport, grado de acuerdo, etc.).
- 9) *Se suelen utilizar instrumentos de evaluación con bajos niveles de validez y fiabilidad.* La selección de instrumentos con buenas propiedades psicométricas y ajustados a la población y condiciones de investigación resulta difícil, lo que puede provocar sesgos metodológicos relacionados con la calidad de las evaluaciones (Cuijpers, 2019).
- 10) *La aplicación de evaluaciones ciegas es muy limitada.* Se estima que solo el 45% de los ensayos clínicos en psicología aplican este tipo de evaluaciones, mientras que en los estudios con fármacos se llega hasta el 98% (Huhn et al., 2014).
- 11) *Los tratamientos “personalizados” pueden ser controvertidos.* Si bien sería deseable que los tratamientos manualizados fueran flexibles en la práctica clínica cotidiana, hacer esto dentro de un ensayo controlado puede suponer la pérdida de la homogeneidad entre las intervenciones aplicadas a los distintos individuos (Moriani y Martínez, 2011).
- 12) *Los efectos adversos de algunas psicoterapias no se suelen aportar.* Si bien se sabe que ciertas psicoterapias, al igual que los fármacos, pueden tener efectos indeseados, los ensayos controlados solo suelen notificar los efectos beneficiosos de las mismas, perdiéndose así una información muy importante para los clínicos e investigadores (Moriani y Gálvez-Lara, 2020).
- 13) *Las publicaciones pueden carecer de suficiente calidad.* Muchos ensayos clínicos en psicología son publicados sin haber sido registrados en algún repositorio y las revistas no exigen que los datos sean públicos o que las

investigaciones hayan sido aprobadas por comités éticos (Moriani y Gálvez-Lara, 2020).

Siguiendo a Roth y Parry (1997), se asume que los ensayos controlados son, y deben ser, una parte necesaria y fundamental en la investigación sobre tratamientos psicológicos, aunque no suficientes para conseguir una aplicabilidad aceptable en situaciones clínicas más realistas (como AP o Atención Especializada o cualquier otro ámbito de trabajo clínico que no cumpla condiciones de laboratorio). Por ello, sugieren que también se deben desarrollar “ensayos clínicos de campo” en los que se evalúe ya no la eficacia de una terapia determinada, sino su efectividad y/o eficiencia. De hecho, afirman que una terapia puede tener muy buenos resultados en condiciones controladas, pero que, en contextos tales como los sistemas públicos de salud, no sean efectivas ni eficientes, por lo que acabarán produciendo más perjuicios que beneficios. En la Figura 5.1 se pueden observar las tres fases del modelo de investigación propuesto por estos autores y sus respectivas metodologías. Además, en la Tabla 5.1 se resumen algunas de las principales diferencias entre la investigación con ensayos controlados y la investigación con ensayos de campo.

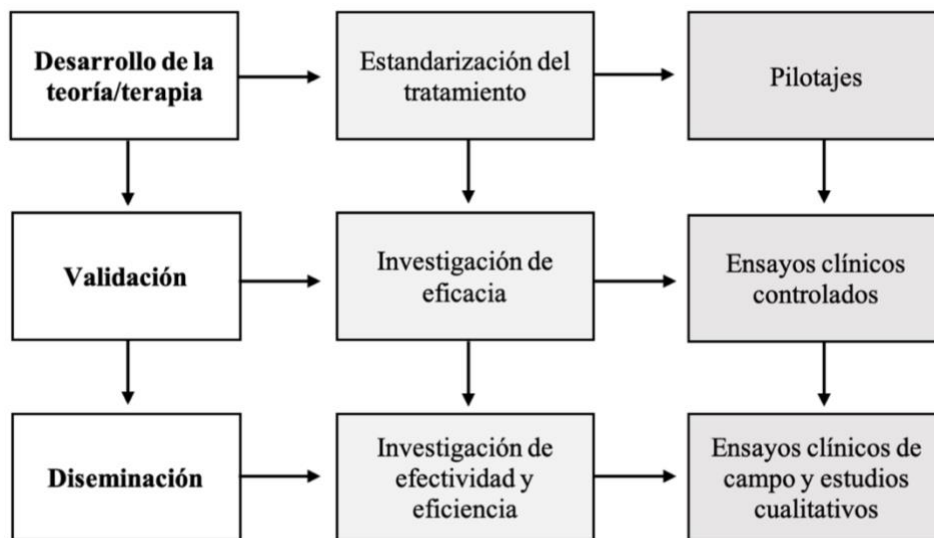


Figura 5.1. Fases de la investigación sobre psicoterapias y metodología más apropiada para cada una de ellas. Adaptado de Roth, A. D. & Parry, G. (1997). The implications of psychotherapy research for clinical practice and service development: Lessons and limitations. *Journal of Mental Health*, 6(4), 367–380. <https://doi.org/10.1080/09638239718699>

Tabla 5.1. Diferencias metodológicas entre los ensayos clínicos llevados a cabo en contextos de investigación controlada y en contextos de práctica clínica habitual

Variable	Ensayos clínicos controlados	Ensayos clínicos de campo
Especificidad del tratamiento	Alta	Baja
Especificidad del diagnóstico	Alta	Baja
Validez interna	Alta	Baja
Factores ambientales	Controlados	Examinados
Alianza terapéutica	Ignorada	Examinada
Factores inespecíficos o comunes	Controlados	Examinados
Factores del terapeuta	Controlados	Examinados
Preferencias del paciente	Ignoradas	Examinadas
Inclusión de placebos	A veces	Casi nunca
Generalización	Baja	Alta
Cantidad de recursos necesarios	Alta	Moderada/Baja
Representación de la práctica habitual	Baja	Alta
Contemplación de comorbilidades	Casi nunca	A veces

Adaptado de Hemmings, A. P. (2000). A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Family, Systems & Health, 18*, 279-313. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0091857>

5.3. La aplicación de las psicoterapias grupales vs. individuales

Dentro de los tratamientos psicológicos se han distinguido tradicionalmente las terapias individuales y grupales como dos alternativas posibles para el abordaje de los trastornos mentales. Ambos formatos terapéuticos han sido validados empíricamente, especialmente los basados en modelos cognitivo-conductuales (DeRubeis y Crits-Christoph, 1998), aunque se ha cuestionado su equivalencia clínica y no existe un consenso claro entre la comunidad científica al respecto. Por ejemplo, el estudio de Chen et al. (2003) muestra como el tratamiento grupal podría ser incluso mejor que el individual para pacientes con bulimia nerviosa, si bien también parece enlentecer la obtención de resultados y, a largo plazo, se equipararía con el tratamiento individual. De igual forma, parece que el tratamiento grupal, en comparación a los enfoques individuales de terapia, podría ayudar a lograr una pérdida de peso más veloz en pacientes con obesidad (Renjilian et al., 2001) y a mejorar más la impulsividad y el funcionamiento social en pacientes con bulimia (Chen et al., 2003).

Otros estudios equiparan la eficacia de ambos formatos terapéuticos para tratar la ansiedad infantil (Manassis et al., 2002), la dependencia de sustancias (Marques y Formigoni, 2001), la depresión (McDemut et al., 2001), los trastornos de ansiedad (Muris

et al., 2002), el dolor crónico (Spence, 1991) o los trastornos de conducta en niños (Webster-Stratton, 1984). Por último, existen estudios que se oponen a asumir una equivalencia clínica y defienden las ventajas de los tratamientos individuales frente a los grupales. Así, se ha comprobado como las terapias individuales han sido más efectivas para la fobia social (Stangier et al., 2003; Mörtberg et al., 2007), para el trastorno de estrés postraumático (Trowell et al., 2002), el trastorno de pánico (Néron et al., 1995) o la depresión (Scott y Stradling, 1990). No obstante, para tener una visión general debemos observar la revisión sistemática de Lange y Petermann (2014), donde se compara la efectividad de las terapias psicológicas individuales versus las terapias psicológicas grupales para un amplio conjunto de trastornos mentales. Sus resultados sugieren que, a pesar de que podría existir una ligera ventaja del formato individual, cuando se tienen en cuenta factores metodológicos, ambas son potencialmente eficaces por igual.

Centrándonos en los TEs, se encuentran evidencias que, como ocurre para otros trastornos, apoyan unas posiciones y otras. Partimos de la base de que, según el metaanálisis de 48 estudios de McDermut et al. (2001) y el metaanálisis de 57 estudios de Barkowski et al. (2020), la terapia grupal para la depresión y para los trastornos de ansiedad, respectivamente, es un tratamiento con un amplio apoyo empírico que ha demostrado su efectividad. Ahora bien, existen varias publicaciones y ensayos clínicos que apuntan hacia la superioridad de la intervención psicológica individual, ya que sugieren que, en comparación con el abordaje grupal, se pueden conseguir los mismos objetivos terapéuticos más rápido y que estos perduren más en el tiempo (Gili et al., 2014; Moreno et al., 2013; Néron, 1995). De hecho, desde el estudio de Turner et al. (2013), se apoya fuertemente la efectividad del tratamiento psicológico individual para la depresión, ya que se consiguieron los mismos resultados clínicos en seis sesiones grupales y en una sola sesión individual. Sin embargo, las conclusiones de otros estudios equiparan la eficacia de la terapia grupal e individual en el tratamiento de los TEs (Flannery-Schroeder y Kendall, 2000; van Rijn y Wild, 2015; Wergeland et al., 2014).

En esta línea, el metaanálisis de Cuijpers et al. (2008) concluye que, para la depresión, las terapias individuales arrojan mejores resultados clínicos a corto plazo (inmediatamente después del tratamiento), pero que a largo plazo la mejoría de los síntomas depresivos, en ambos formatos terapéuticos, no muestra diferencias significativas. Suscribiendo lo anterior, el metaanálisis de Huntley et al. (2012) sugiere que el tratamiento psicológico individual es superior inicialmente para el tratamiento de

la depresión, pero que a lo largo del tiempo se equipara a la eficacia de la terapia grupal. Asimismo, desde una perspectiva transdiagnóstica, el estudio de Fawcett et al. (2020) muestra como ambos formatos de terapia producen una reducción prácticamente idéntica de los síntomas mixtos de ansiedad y depresión. Por último, cuando hablamos estrictamente de eficacia comparada, no se encuentra literatura científica que apoye el uso de las terapias grupales sobre las individuales. Sin embargo, muchos estudios sugieren que, debido a la posibilidad de reducir las listas de espera y el consumo de recursos sanitarios, las terapias grupales podrían ser muy eficientes en términos de coste-beneficios (Flannery-Schroeder et al., 2005; Liber et al., 2008; Manassis et al., 2002; Renjilian et al., 2001). Es por ello, que se ha planteado la posibilidad de utilizarlas como primer abordaje de los TEs en contextos clínicos con alta presión asistencial (McDemut et al., 2001; Tucker y Oei, 2007).

Cabe destacar aquí algunas ventajas que se han registrado en la aplicación de las terapias grupales y que habría que tener en cuenta a la hora de su implementación. Algunos estudios han determinado que las terapias grupales ayudan a normalizar los síntomas y reducir el estigma de los trastornos mentales (Liber et al., 2008; Thimm y Antonsen, 2014; Manassis et al., 2002), así como a validar de una forma más efectiva las emociones de los pacientes (Smith et al., 2015). También se ha postulado que pueden funcionar como situación de exposición, especialmente para los trastornos de ansiedad relacionados con dificultades interpersonales. (Liber et al., 2008; Manassis et al., 2002; Flannery-Schroeder y Kendall, 2000). Además, favorecen que los pacientes encuentren apoyo y modelos de conducta positivos en otras personas de las que aprender nuevas creencias o ideas (Manassis et al., 2002; Thimm y Antonsen 2014). Por último, se ha demostrado que durante las terapias grupales se perciben mejor las distorsiones cognitivas de terceros, lo que ayuda a reconocer mejor las propias (Hope y Heimberg, 1993; Morrison, 2001).

Por otra parte, se han señalado algunas complicaciones del formato grupal. Este formato podría no ser apto para los casos más graves o en crisis (Toseland y Siporin, 1986), podría dificultar el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica sólida (Shechtman y Kiezel, 2016) y se ha relacionado con unas mayores tasas de abandono (Cuijpers et al., 2008; de Groot et al., 2007; Stangier et al., 2003). En este sentido, hay estudios que apuntan que hasta el 95% de los pacientes prefiere la terapia individual, por lo que existe una mayor tendencia a iniciar tratamiento cuando se ofrece

esta modalidad (Sharp et al., 2004; Sripada et al., 2016). Sin embargo, el estudio de Brown et al. (2011) concluye que más de la mitad de los pacientes que inicialmente preferían la terapia individual, mostraron una satisfacción mayor de la esperada al finalizar la terapia grupal. Otros posibles hándicaps de la terapia grupal pueden ser la evitación o incomodidad manifiesta por algunos individuos a interactuar con el grupo y a compartir información personal con terceros (Liber et al., 2008; Sripada et al., 2016; Thimm y Antonsen, 2014), la posibilidad de que ciertos pacientes monopolicen las interacciones del grupo (Morrison, 2001) y las dificultades logísticas propias de organizar grupos de varias personas a la vez (Stangier et al., 2003). Lo que está claro es que este tema, desde el punto de vista científico, todavía no está resuelto y necesita de nuevas evidencias que señalen la conveniencia de utilizar, en según qué casos, una aproximación terapéutica u otra y analizar en términos de costes-beneficios sus posibles aplicaciones.

5.4. Los modelos colaborativos y de atención escalonada

En los últimos años, nuevas modalidades de intervención para el tratamiento de los TEs están cobrando peso. Una de esas modalidades es la atención colaborativa. Según el informe de la APA (2016) titulado “*Diseminación de la atención integrada en entornos de Atención Primaria: el modelo de atención colaborativa*”, se ha ido demostrado que la integración de la salud mental y los servicios médicos generales mejora los resultados clínicos de los pacientes, ahorra costes, reduce el estigma relacionado con la salud mental, mejora el acceso a los servicios y aumenta la satisfacción de los pacientes. Este mismo informe detalla que los equipos del modelo colaborativo están compuestos, generalmente, por el médico de familia, que trabaja de forma conjunta con agentes entrenados en ofrecer apoyo e indicaciones básicas de salud mental, así como con psiquiatras y psicólogos clínicos. Las intervenciones desarrolladas bajo el enfoque de los modelos colaborativos rediseñan el sistema en el que se ofrece el tratamiento y se basan en la toma de decisiones conjuntas y en la comunicación entre profesionales y pacientes. En la Figura 5.2 se pueden observar las interacciones entre profesionales y pacientes del modelo colaborativo.

En relación con su efectividad, el metaanálisis de 79 estudios de Archer et al. (2012) muestra que el tratamiento colaborativo obtiene mejores resultados que el tratamiento habitual para los TEs a corto y largo plazo. Además, aporta evidencias de beneficios secundarios, incluida la mejora en el uso de medicamentos, la calidad de vida

y la satisfacción del paciente. De forma similar, se ha visto como la atención colaborativa aporta mejorías clínicas más altas y rápidas para la depresión en comparación al modelo estándar en AP (Hendrick et al., 2003; Richards et al. 2013). También existe evidencia del modelo colaborativo como una estrategia prometedora para mejorar la AP para los trastornos de ansiedad (Muntingh et al., 2016). Por su parte, el ensayo clínico de Rollman et al. (2018), que involucró a 704 participantes, afirma que la atención colaborativa para pacientes con TEs es mejor que el tratamiento habitual tanto en la eliminación de los síntomas como en el aumento de la calidad de vida.

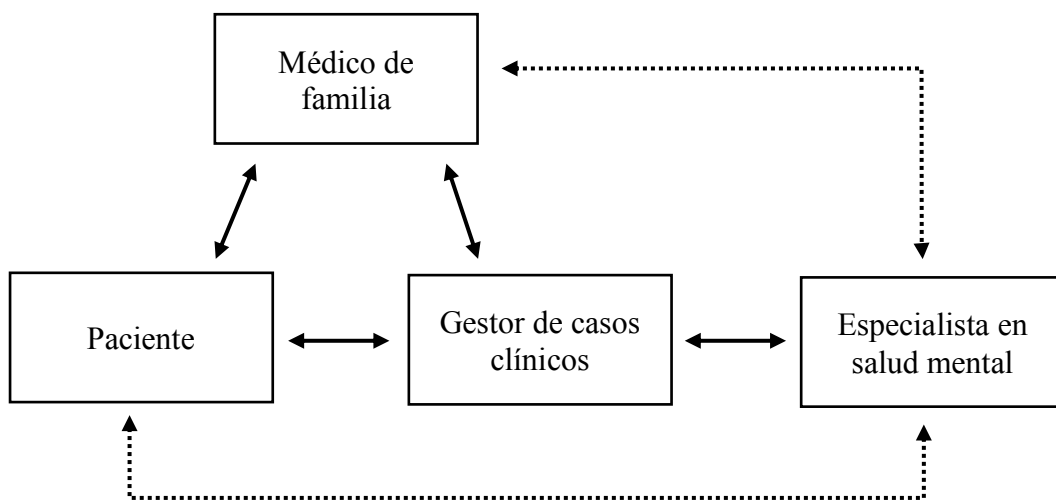


Figura 5.2. Esquema de modelo colaborativo para pacientes con problemas de salud mental en Atención Primaria. Adaptado de APA (2006). *Dissemination of integrated care within adult primary care settings: the collaborative care model.*

Nota: Las flechas con línea continua indican una mayor frecuencia en la interacción, mientras que las flechas con línea discontinua manifiestan un contacto más limitado.

Además, el modelo también ha sido probado con éxito en grupos poblacionales específicos, como en adolescentes con depresión. Se ha visto como cuando se les trata con modelos colaborativos tienen una respuesta al tratamiento del 68% frente al 39% del tratamiento habitual (Richardson et al., 2014). No obstante, se han observado algunas dificultades en su implementación, como son los problemas organizativos o financieros. De hecho, el estudio de Goodrich et al. (2013) concluye que su puesta en marcha pasa

por inversiones iniciales en el cambio de paradigma. No obstante, advierte que, a pesar de que dichas inversiones pueden ser rentables a largo plazo, son un freno para muchas organizaciones y gobiernos. Del mismo modo, se ha puesto de manifiesto que suele haber resistencia a la aceptación de este modelo por parte del personal sanitario y que existen muchas barreras de comunicación que habría que solventar (Eghaneyan et al., 2014). Por último, el reciente estudio cualitativo de Rugkåsa et al. (2020) sobre experiencias de pacientes y profesionales con el modelo colaborativo para la salud mental, muestra como tener especialistas en salud mental en los equipos de primera línea permite una evaluación temprana de los síntomas de los TE y una mejor propuesta de tratamiento. Sin embargo, vuelve a recalcar que el mayor obstáculo es la financiación de la asistencia sanitaria a nivel estructural y la reticencia de los médicos y otros profesionales a la colaboración.

Otra modalidad interesante es la atención escalonada, la cual consiste en aplicar intervenciones progresivas en su intensidad, empezando por las menos invasivas y terminando por las más agresivas o contundentes (Turpin et al., 2008). Esta modalidad se basa en el principio de que el tratamiento debe producir resultados positivos con la menor carga para el paciente y que dichos resultados deben revisarse sistemáticamente para decidir sobre la necesidad de pasar a otro nivel de tratamiento. Se han registrado dos formas de implementar el modelo de atención escalonada. En primer lugar, el enfoque “puro” asigna un tratamiento de baja intensidad a todos los pacientes y propone una intervención más intensa para los pacientes que no se benefician del tratamiento de baja intensidad. Por otro lado, en el enfoque estratificado, los pacientes se asignan inicialmente a diferentes niveles de intervención de acuerdo con una evaluación de los síntomas y riesgos presentados (Turpin et al., 2008). Como se puede observar en la Figura 5.3, introducir el modelo de atención escalonada en los sistemas de salud podría conllevar la diversificación de intervenciones y, así, poder atender a un número mayor de pacientes con los tratamientos más adecuados para cada uno de ellos.

La investigación sobre la efectividad del modelo escalonado para el tratamiento de los TE, dentro y fuera de los sistemas sanitarios, aún es contradictoria y es pronto para llegar a una conclusión clara. Por una parte, existen estudios que avalan su implementación, como puede ser el metaanálisis de Ho et al. (2016), cuyos resultados mostraron que el tratamiento con la atención escalonada tiene un rendimiento significativamente mejor que el tratamiento habitual en la reducción de los síntomas y la tasa de respuesta al tratamiento.

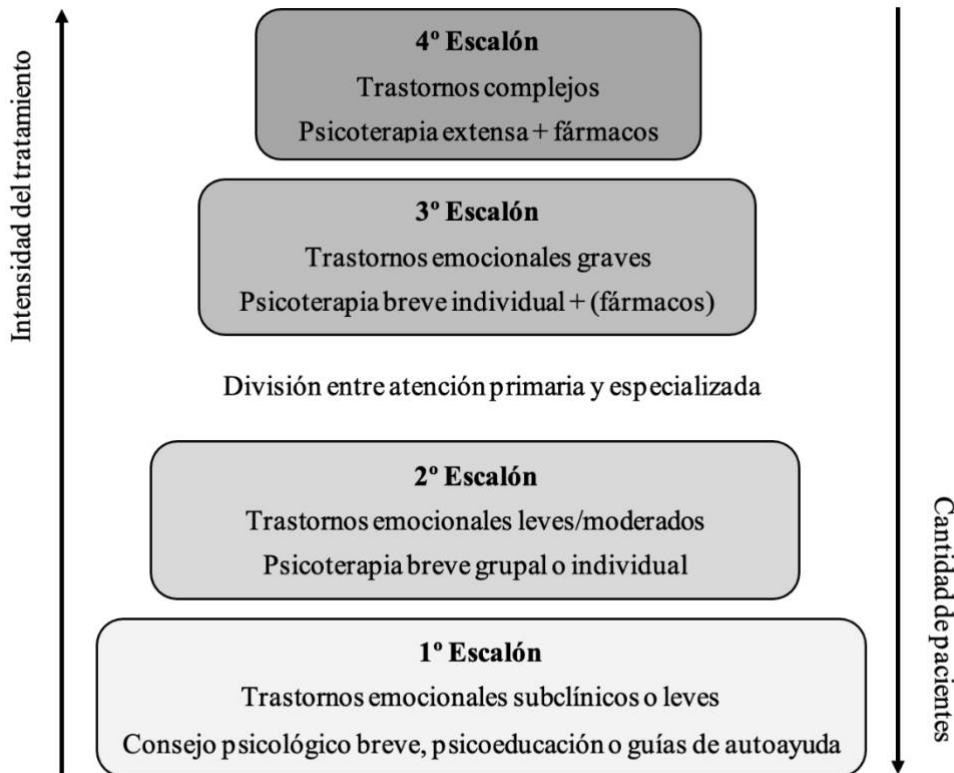


Figura 5.3. Posible modelo de atención escalonada para el tratamiento de los trastornos emocionales en los sistemas de salud. Adaptado de *National Health System (NHS) (2007). Commissioning a Brighter Future: Improving Access to Psychological Therapies. Positive Practice Guide.*

Por ello, el estudio concluye que el modelo tiene el potencial de reducir la carga sobre los recursos existentes en salud mental y aumentar el alcance y la disponibilidad del servicio. Por su parte, el metaanálisis de van Straten et al. (2015) también arroja resultados positivos para la aplicación de la atención escalonada en el tratamiento de la depresión, con tamaños del efecto moderados frente al tratamiento habitual ($d = 0.34$). No obstante, advierte que, actualmente, solo hay evidencia limitada que sugiera que este tipo de intervención deba ser el modelo dominante de organización del tratamiento. Asimismo, existen ensayos controlados que apoyan el uso del tratamiento escalonado por sus buenos resultados clínicos en la reducción de los síntomas de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Muntingh et al., 2014; Oosterbaan et al., 2013). Sin embargo, el estudio de Seekles et al. (2011) concluye que no se puede demostrar que la atención escalonada

para la depresión y la ansiedad aplicada en AP sea más efectiva que el tratamiento habitual. Por último, destaca el estudio exploratorio de Hermens et al. (2014), en el que se expone cómo el modelo de atención escalonada es fácil de recomendar, pero difícil de llevar a la práctica. El estudio revela que las principales barreras son: a) la tendencia de los médicos de familia a utilizar solamente su juicio clínico y no instrumentos para valorar la gravedad de los síntomas; b) la falta de estructuración unificada de los tratamientos; y c) la falta de colaboración entre los distintos profesionales.

5.5. Proyectos y experiencias nacionales e internacionales

En el año 2007, el gobierno del Reino Unido puso en marcha el programa llamado “Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas” (*Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT), dirigido a tratar los TEs con intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales a través de la inclusión de terapeutas en el sistema sanitario. El programa se enmarca en los principios del tratamiento escalonado y colaborativo entre distintos especialistas y supone el mayor esfuerzo desarrollado hasta la fecha para la diseminación de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica a la población general a través de los servicios de AP. Previamente a su inicio, se realizó un estudio piloto en dos centros de salud del país, donde se aplicaron tratamientos psicológicos de baja intensidad para trastornos de ansiedad y trastornos depresivos de gravedad leve y moderada. Los resultados mostraron unos resultados muy prometedores, pues se observaron unas tasas de recuperación del 76% para la depresión y 74% para la ansiedad (Richards y Suckling, 2009). En los tres primeros años de funcionamiento, este programa permitió entrenar a más de un millón de personas en el manejo de su ansiedad, depresión y síntomas emocionales, con resultados superiores al tratamiento habitual con psicofármacos (Richards y Borglin, 2011). Además, el tratamiento psicológico no solo resultó ser más eficaz que el habitual, sino que demostró su mayor eficiencia en la relación costes-beneficios, reduciendo más la discapacidad, las prestaciones sociales, los costes sanitarios y la hiperfrecuentación, así como evitaba la cronificación de los trastornos (Radhakrishnan et al., 2013).

Años más tarde, se calculó que se habían incorporado más de 10.500 nuevos psicoterapeutas en el sistema sanitario para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad y que el programa trataba a más de 560.000 pacientes por año. Además, también se expuso que alrededor del 50% de los pacientes tratados en los servicios de

IAPT se recuperan y dos tercios mostraban beneficios clínicos y sociales (Clark, 2018). La revisión más reciente del programa fue desarrollada en el metaanálisis de Wakefield et al. (2021), donde después de analizar 47 ensayos clínicos, se calcularon unos tamaños del efecto grandes para la depresión ($d = 0.87$) y para la ansiedad ($d = 0.88$) y un tamaño del efecto moderado para la mejoría del deterioro funcional de los pacientes ($d = 0.55$). Por todo ello, el estudio concluye que, después de más de 10 años del inicio del programa, se volvían a confirmar sus grandes beneficios públicos.

En Estados Unidos se ha implantado el Programa “Aprendizaje y Manejo Coordinado de la Ansiedad” (*Coordinated Anxiety Learning and Management, CALM*), el cual sigue la línea del Proyecto IAPT del Reino Unido. Este programa proporciona terapias psicológicas basadas en la evidencia en centros de AP para los 4 tipos de trastornos de ansiedad más comunes (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de estrés postraumático). Se observó que los pacientes tratados mostraron una gran mejoría en síntomas de ansiedad y depresión, discapacidad funcional y calidad de vida en los siguientes 18 meses después del tratamiento (Roy-Byrne et al., 2010). Por su parte, el estudio de Craske et al. (2011) sobre CALM muestra que los pacientes en el grupo de intervención, en comparación con los que siguieron el tratamiento tradicional, arrojaban síntomas de ansiedad más bajos a corto, medio y largo plazo. Además, se observó que las tasas de remisión de los trastornos en el grupo de intervención fueron del 63,7% frente al 44,7% del grupo con abordaje habitual. Desde una perspectiva transdiagnóstica, se encontró que este programa fue más eficaz que el tratamiento convencional, incluso con presencia de comorbilidad de otros trastornos depresivos o abuso de sustancias (Sullivan et al., 2007). No solo el programa fue efectivo, sino también eficiente, ya que los estudios cualitativos mostraron que era fácilmente aplicable, producía alta satisfacción y reducía los costes (Curran et al., 2012). Asimismo, otros proyectos en diversos países han replicado la experiencia de IAPT y CALM en sus territorios correspondientes, tales como Australia (Cromarty et al., 2016) o Noruega (Knapstad et al., 2018). Los resultados preliminares de los estudios en estos países empiezan a señalar, de nuevo, una mayor eficacia de este tipo de tratamiento frente al tratamiento habitual, lo cual ha levantado un elevado interés internacional por la implementación de programas de intervención psicológica breves y de enfoque transdiagnóstico dentro de los sistemas sanitarios (Chibanda, 2018).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

En España, en el año 2013, se comenzó a desarrollar un ensayo clínico a nivel nacional bajo el nombre de “Proyecto PsicAP”, en el que colaboran 10 comunidades autónomas y más de 30 centros de salud distintos. El programa lleva a cabo un tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual grupal para pacientes con TEs de gravedad leve o moderada y pretende determinar si dicho abordaje es más eficaz y eficiente que el tratamiento habitual (Cano-Vindel et al., 2016). Los resultados del ensayo (los cuales se han descrito con mayor detalle en el capítulo 3), que involucró a más de 1000 pacientes con TEs, han sido publicados recientemente con unos valores muy satisfactorios (Cano-Vindel et al., 2021).

De forma paralela, se ha llevado a cabo, desde el año 2017, el denominado Proyecto “PsiBrief”, dentro del cual se enmarca la presente tesis doctoral. Dicho proyecto tiene por finalidad investigar la efectividad y eficiencia de las terapias psicológica breves en sus distintas modalidades y formatos para aportar evidencia sobre la mejor estrategia de implementación dentro de los sistemas sanitarios. Entre otras investigaciones, se elaboró un ensayo clínico de campo multicéntrico con colaboración de AP y Atención Especializada en la provincia de Córdoba (el cual representa uno de los estudios que componen esta tesis). Este ECA fue registrado en ClinicalTrials.gov con el código NCT03286881 y en su protocolo inicial (Gálvez-Lara et al., 2019b) estaba compuesto por cuatro grupos experimentales (tratamiento psicológico breve basado en el Protocolo Unificado, tratamiento psicológico extenso o convencional, tratamiento psicológico extenso junto con psicofármacos y tratamiento psicológico mínimo basado en guías de autoayuda) y un grupo control (tratamiento habitual basado en psicofármacos). Si bien algunos de los grupos mencionados no pudieron ser finalmente llevados a cabo por diversas limitaciones del sistema sanitario, el objetivo principal del ensayo, es decir, analizar la efectividad de la terapia breve transdiagnóstica frente a otros tratamientos para los TEs, se mantuvo intacto. Se espera que, junto a otros trabajos, este ensayo ayude a encontrar métodos eficientes para la diseminación de los tratamientos con mayor aval científico para los TEs, de modo que sean accesibles tanto para una gran cantidad de pacientes como para los propios profesionales y recursos de los sistemas públicos de salud.

5.6. Conclusiones

La diseminación de nuevos tratamientos psicológicos en los sistemas de salud, como son las intervenciones transdiagnósticas y las terapias breves, requieren de algunos ajustes en los métodos de investigación. De manera particular, se hace necesario determinar la efectividad y eficiencia de las distintas intervenciones y no solo su mera eficacia en contextos controlados. Los ensayos clínicos tradicionales pueden conllevar algunos sesgos importantes cuando se desarrollan con el objetivo de estudiar la conducta humana dentro de la práctica clínica habitual. Por ejemplo, las tasas de abandono, la utilización de placebos, la comorbilidad diagnóstica, los factores comunes a las psicoterapias, el cegado de las intervenciones o la personalización de las mismas son aspectos difíciles de controlar. Sin embargo, los llamados “ensayos clínicos de campo” asumen algunos de estos problemas como parte de la cotidianidad de la práctica clínica y se enfocan en averiguar si los tratamientos pueden progresar, o no, en contextos reales de intervención.

Por otro lado, la forma de aplicación de las psicoterapias también debe modificarse si se pretende lograr un cambio dentro de los sistemas sanitarios. Una de las estrategias que más se está barajando es la de poder administrar las terapias psicológicas en formato grupal. Debido a que, como hemos visto, los TEs comparten muchas características entre sí y que existen modelos de intervención transdiagnósticos, el hecho de agrupar a pacientes con distintas patologías no debería resultar un problema. La comunidad científica no es clara acerca de si las terapias grupales son equiparables en eficacia a las individuales, ya que hay quienes apoyan esta hipótesis y quienes defienden la superioridad del abordaje individual. Si bien se han identificado algunas complicaciones de las terapias grupales, como la timidez de los pacientes y las mayores tasas de abandono, también se han señalado algunos de sus beneficios potenciales, como son la reducción de las listas de espera, la reducción de costes, la mayor percepción de apoyo social y la mayor reducción del estigma asociado a las enfermedades mentales.

Por otra parte, los modelos colaborativos y de atención escalonada intentan rediseñar parte del sistema sanitario para atender mejor a los TEs. Los modelos colaborativos se basan en la integración de la salud mental con los servicios de medicina general, de tal manera que la comunicación fluya entre los profesionales especializados en psicología clínica o psiquiatría y los médicos de familia para tomar decisiones más ajustadas a las necesidades del paciente. Varias investigaciones han aportado buenos

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

resultados terapéuticos tras la aplicación de modelos colaborativos, así como datos prometedores acerca de su rentabilidad a largo plazo. Sin embargo, existen una serie de resistencias estructurales y financieras que limitan su puesta en marcha, como son la poca confianza de los médicos en este sistema y la falta de inversión pública. Por su parte, el modelo escalonado se basa en ofrecer distintas intervenciones de intensidad gradual a medida que de la gravedad de los trastornos va aumentando. A pesar de ser, en teoría, una buena idea, la evidencia sobre su eficacia aún es controvertida, si bien tiene el potencial de reducir la presión asistencial y lograr ofrecer tratamientos precisos para cada caso.

Finalmente, tal y como se ha expuesto previamente en este capítulo, se han venido desarrollando diversos proyectos relacionados con la implementación de los nuevos enfoques clínicos. En el Reino Unido, el denominado Proyecto IAPT combina los enfoques de atención colaborativa y de atención escalonada partiendo de los servicios de AP y ofreciendo distintos tipos de tratamiento psicológico, más o menos intenso, para los TEs. Después de más de 10 años desde su inicio, los resultados clínicos son más que satisfactorios, percibiéndose también una disminución en costes directos e indirectos. De forma similar, en Estados Unidos, el Proyecto CALM también ha notificado efectos muy prometedores para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad. En España, el Proyecto PsicAP ha demostrado recientemente cómo la incorporación del tratamiento transdiagnóstico grupal para los TEs proporciona una mejoría clínica mucho mayor el tratamiento psicofarmacológico en AP. Por último, el Proyecto PsiBrief está encargado del diseño y evaluación de tratamientos psicológicos breves para los TEs y de qué forma estos se pueden implementar en el sistema sanitario. Los capítulos que vienen a continuación presentarán cuatro de los estudios correspondientes a este proyecto.

SEGUNDA PARTE
Metodología y estudios

CAPÍTULO 6

PRESENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS QUE COMPONEN LA TESIS DOCTORAL

Esta tesis doctoral ha surgido del planteamiento de una serie de objetivos para cuyo cumplimiento se han diseñado los diferentes estudios interrelacionados que la componen. En este capítulo se detallan tanto las hipótesis como la metodología utilizada en cada uno de ellos. En general, todos los estudios estuvieron destinados a analizar, de una manera u otra, la efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de carácter transdiagnóstico, si bien cada uno se centró en un aspecto diferente de estos.

El primer estudio pretende determinar la efectividad de las terapias breves en sus distintas modalidades (terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia psicodinámica, terapia cognitiva basada en el mindfulness, terapia de solución de problemas y counseling) aplicadas en AP para los TEs mediante una recopilación y análisis de la evidencia científica hasta la fecha. Por su parte, el segundo estudio tiene por objetivo presentar los resultados del ECA principal del proyecto PsiBrief en el que se comparó la efectividad de la terapia breve transdiagnóstica para los TEs con el tratamiento habitual basado en psicofármacos en AP y Atención Especializada. Debido a la necesidad de estudiar más a fondo los procesos cognitivos involucrados en la concepción y el tratamiento transdiagnóstico de los TE, se elaboró un tercer estudio donde se ofrece una descripción acerca de cómo dichos procesos predicen la aparición de los TEs en pacientes que acuden a AP con el objetivo de aportar datos para el desarrollo de terapias más eficientes. Por último, y dados los buenos resultados que se obtuvieron en el primer ECA (estudio 2), se diseñó el cuarto estudio, el cual es otro ensayo controlado que

pretende aportar evidencia ya no sólo de la efectividad de las terapias breves transdiagnósticas en AP, sino también sobre qué factores cognitivos y estrategias de regulación emocional funcionan como predictores de respuesta al tratamiento.

Además, debido a la importancia de abordar los cuadros clínicos subumbral y la necesidad de estudiar las terapias breves y de baja intensidad en otras poblaciones aparte de en adultos, se planteó la posibilidad de realizar un trabajo adicional que revisara la evidencia de las intervenciones de autoayuda para los casos de depresión subclínica en personas mayores. Esto motivó una estancia de tres meses en la Universidad de York (Reino Unido) en el grupo de investigación *Mental Health and Addiction* bajo la tutela del Dr. Dean McMiller, responsable del proyecto “*Self Help for those At Risk of Depression (SHARD)*”, experto internacional en el diseño, evaluación y diseminación de las terapias breves para los TEs. Sin embargo, este estudio no se incluye en la presente tesis debido a que sigue desarrollándose actualmente, ya que la estancia se efectuó poco antes de la fecha prevista de depósito (estancia que tuvo que ser pospuesta varios meses a causa del COVID-19). Se espera, sin embargo, que en un futuro próximo el estudio pueda ser concluido y publicado.

6.1. Objetivos e hipótesis de los estudios

Estudio 1. *Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis.*

Objetivo. Recopilar y analizar la información científica acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos breves comparada con los tratamientos farmacológicos para los trastornos emocionales en atención primaria tanto a corto como a largo plazo. Además, se pretenden analizar las posibles diferencias entre diferentes tipos de terapia psicológica y entre el tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia breve) y el no combinado (solo terapia breve). Por otra parte, también se aspira a comparar el efecto de las terapias breves para los distintos tipos de trastornos. Para ello, se llevará a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos y se seleccionarán aquellos ensayos clínicos que sean susceptibles de cumplir los criterios necesarios para ser incluidos en el estudio. Posteriormente se procederá a su análisis pormenorizado para dar respuesta a las cuestiones planteadas.

Hipótesis 1. Los tratamientos psicológicos breves son más efectivos que el tratamiento con psicofármacos para los trastornos emocionales en atención primaria inmediatamente después del tratamiento.

Hipótesis 2. Los tratamientos psicológicos breves son más efectivos que el tratamiento con psicofármacos para los trastornos emocionales en atención primaria a largo plazo cuando se tienen en cuenta los seguimientos clínicos de los pacientes.

Hipótesis 3. Los tratamientos psicológicos breves de corte cognitivo-conductual son más efectivos que otros tipos de tratamiento psicológico para los trastornos emocionales.

Hipótesis 4. El tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia breve) arroja mejores resultados clínicos que el tratamiento no combinado (solo terapia breve), pero los efectos diferenciales no son significativos.

Hipótesis 5. Los tratamientos psicológicos breves son efectivos por igual para todos los trastornos emocionales (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos mixtos).

Estudio 2. *Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial.*

Objetivo. Determinar la efectividad de la terapia breve transdiagnóstica de carácter cognitivo-conductual basada en una adaptación del Protocolo Unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales en comparación al tratamiento farmacológico en Atención Primaria y Atención Especializada. Además, se pretende comparar los formatos individual y grupal de terapia psicológica breve para comprobar si existe diferencia entre ellos.

Hipótesis 1. Tanto el tratamiento psicológico individual como el grupal son más efectivos que el tratamiento farmacológico para la reducción de los síntomas de los trastornos emocionales.

Hipótesis 2. Tanto el tratamiento psicológico individual como el grupal son más efectivos que el tratamiento farmacológico para la eliminación de los diagnósticos de los trastornos emocionales.

Hipótesis 3. El formato individual de terapia breve muestra mejores resultados clínicos que el formato grupal.

Estudio 3. *Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments.*

Objetivo. Dilucidar cómo los procesos cognitivos (preocupación, rumiación y metacognición) influyen en la presencia de los síntomas específicos y no específicos de los trastornos emocionales con el objetivo de orientar a los profesionales sanitarios e investigadores a desarrollar tratamientos psicológicos más efectivos y precisos.

Hipótesis 1. Cada trastorno emocional “puro” está relacionado especialmente con un proceso cognitivo determinado, el cual puede funcionar como predictor para su aparición y debe ser objeto principal de tratamiento en terapia.

Hipótesis 2. Los trastornos emocionales mixtos están relacionados con todos los procesos cognitivos, los cuales pueden funcionar como predictores para su aparición y todos deben ser contemplados desde un punto de vista transdiagnóstico en terapia.

Estudio 4. *Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome.*

Objetivo. Determinar la efectividad de la psicoterapia transdiagnóstica grupal breve basada en una adaptación del Protocolo Unificado en la reducción de los síntomas clínicos y diagnósticos de los trastornos emocionales y en la modificación de estrategias de regulación emocional y procesos cognitivos frente a intervenciones farmacológicas aplicadas en Atención Primaria. Además, se explorará el impacto de las estrategias de regulación emocional y los procesos cognitivos como predictores del efecto terapéutico de las intervenciones.

Hipótesis 1. El tratamiento psicológico breve transdiagnóstico en formato grupal es más efectivo que el tratamiento habitual en Atención Primaria basado en psicofármacos para la reducción de los síntomas de los trastornos emocionales.

Hipótesis 2. El tratamiento psicológico breve transdiagnóstico en formato grupal es más efectivo que el tratamiento habitual en Atención Primaria basado en psicofármacos para la eliminación de los diagnósticos de los trastornos emocionales.

Hipótesis 3. El tratamiento psicológico breve transdiagnóstico en formato grupal es más efectivo que el tratamiento habitual en Atención Primaria basado en psicofármacos en la modificación de los procesos cognitivos y las estrategias de regulación emocional.

Hipótesis 4. La modificación de los procesos cognitivos y las estrategias de regulación emocional funcionan como predictores de la respuesta al tratamiento.

6.2. Metodología empleada en el estudio 1

Una revisión sistemática es una síntesis descriptiva de los resultados de diversos estudios individuales mediante la búsqueda y selección exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes según unos criterios explícitos y reproducibles previamente definidos (Cook et al., 1997). En cambio, un metaanálisis es una revisión sistemática en la que, además, se obtiene un índice cuantitativo de la magnitud del efecto de cada estudio y se utilizan pruebas estadísticas para integrar dichos efectos (Sánchez-Meca, 2010). Debido a que ambos métodos tienen por finalidad la acumulación y recopilación de datos empíricos, son capaces de proporcionar a los profesionales e investigadores una visión global acerca de la evidencia científica sobre un tema en concreto (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

La metodología usada en el estudio 1 sigue las indicaciones de la declaración PRISMA -*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*- (Moher et al., 2009) para revisiones sistemáticas y metaanálisis, identificándose de manera exhaustiva la estrategia de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión de los estudios. Se consultaron las bases de datos más relevantes en el campo de la medicina y la psicología clínica para encontrar ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) que compararan la aplicación de terapias psicológicas breves (junto a medicación o sin ella) frente a tratamientos farmacológicos (basados fundamentalmente en ansiolíticos y antidepresivos) para el tratamiento de los trastornos emocionales en adultos dentro del contexto de Atención Primaria. Previo al inicio del estudio, el protocolo del metaanálisis fue registrado en la plataforma PROSPERO de la Universidad de York con el código CRD42019119910. El estudio empleó los criterios PICO (Moher et al., 2009) para la estructura de las preguntas clínicas. Este acrónimo está creado con las siglas de las

palabras: Patients (pacientes), Intervention (intervención), Comparator (comparador) y Outcomes (Resultados).

Después de definir todos los criterios de búsqueda y seleccionar los ensayos, se elaboró, por una parte, un análisis cualitativo (revisión sistemática) en el que se resumía toda la información encontrada. Las revisiones sistemáticas tienen como objetivo reducir los sesgos del investigador en la selección de los artículos, ya que exigen transparencia en los métodos de búsqueda para que puedan ser replicados (Chalmers et al., 2002). Por otra parte, se realizó un análisis cuantitativo a través de métodos estadísticos (metaanálisis) para obtener un efecto acumulativo de las intervenciones de todos los ECAs incluidos. Según Egger et al. (2001), el metaanálisis aporta una mejoría sustancial a la revisión sistemática, ya que se tienen en cuenta los aspectos más objetivos (datos numéricos susceptibles de análisis estadístico) de las investigaciones. De esta manera, se puede obtener un resultado final que aporte una conclusión sobre la eficacia de un tratamiento determinado. Se calculó el tamaño del efecto para cada ECA incluido en el estudio a través del estadístico d de Cohen y, posteriormente, se calculó el computo del tamaño del efecto tanto para el metaanálisis general como para los distintos metaanálisis de subgrupos (como el tipo de terapia psicológica o el tipo de trastorno emocional) mediante el software Comprehensive Meta-Analysis (version 3.3). Según Cohen (1998), los valores de d cercanos a 0.2 indican un efecto bajo, los valores cercanos a 0.5 indican un efecto moderado y aquellos cercanos a 0.8 o más indican un efecto alto. También se calcularon los intervalos de confianza del 95% para cada tamaño del efecto. La heterogeneidad del tamaño del efecto se analizó mediante el estadístico Q e I^2 , los cuales indican su significancia estadística y su porcentaje, respectivamente. Los valores de I^2 alrededor del 25%, 50% y 75% indican heterogeneidad baja, moderada y alta, respectivamente. También se efectuó una metaregresión con diversas variables para determinar qué aspectos podían estar implicados en las diferencias del tamaño del efecto entre los tratamientos psicológicos breves y el tratamiento farmacológico. Además, se representó mediante diagramas de bosque (forest plots) los resultados del metaanálisis, de modo que se pudiera obtener una imagen rápida de las principales conclusiones.

Por último, y para dotar de mayor rigor a la investigación se analizaron de manera detallada los posibles sesgos de los estudios, y si estos podían tener un efecto en los resultados encontrados. En primer lugar, se usó la herramienta de la Cochrane Collaboration denominada “Riesgo de Sesgo” (Higgins et al., 2011) que tiene en cuenta

cinco tipos de sesgo distintos, a saber: 1) riesgo de sesgo por errores en la secuencia de asignación aleatoria a los grupos de investigación; 2) riesgo de sesgo por la falta de ocultación con procesos de ciego a las condiciones experimentales; 3) riesgo de sesgo por no atender de forma correcta a los datos incompletos; 4) riesgo de sesgo por la notificación selectiva de la información; y 5) riesgo de sesgo por contaminación de los datos. En segundo lugar, se examinó la posible presencia de sesgos de publicación mediante un análisis de gráfico de embudo y la prueba de regresión lineal de Egger (Egger et al., 1997).

6.3. Metodología empleada en el estudio 2

Los ensayos controlados aleatorizados (ECAs) son considerados la forma más fiable de demostrar que una intervención es efectiva. Si bien las revisiones sistemáticas y metaanálisis son recomendables, si la calidad de los ECAs lo permite, estos suelen ser suficientes para que un tratamiento alcance los primeros niveles en los sistemas de clasificación de la evidencia (Akobeng, 2005).

El estudio 2 fue un ECA desarrollado en centros de AP y Atención Especializada de Córdoba (España), registrado en ClinicalTrials.gov con el identificador NCT03286881 y cuyo protocolo fue publicado con anterioridad (Gálvez-Lara et al., 2019b). El ensayo cumple con las recomendaciones para ensayos de intervención planteadas en la declaración SPIRIT -*Standard Protocol Item: Recommendations for Interventional Trials*- (Chan et al., 2013a; Chan et al., 2013b), así como con las normas consolidadas para la comunicación de los ensayos planteadas en la declaración CONSORT -*Consolidated Standards of Reporting Trials*- (Moher et al., 2010; Schulz et al., 2010). El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Ministerio de Salud del Gobierno Andaluz (España) con el código PSI-2014-56368-R (ver anexo 1). Los participantes recibieron por escrito toda la información necesaria sobre el estudio, la cual puede ser consultada en el anexo 2. Posteriormente, firmaron el consentimiento informado (ver anexo 6) para poder ser incluidos en el mismo. Por su parte, los datos fueron tratados de acuerdo al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea. La figura 6.1 incluye el esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones del estudio según las recomendaciones de la declaración SPIRIT.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

TIMEPOINT	PERIODO DE ESTUDIO						Evaluación Tras finalizar el tratamiento
	Inscripción	Asignación	Intervención				
	-t1	0	S1	S5	S8	3-8 meses	
INSCRIPCIÓN:							
Criterios de elección	X						
Consentimiento informado	X						
Asignación		X					
INTERVENCIONES:							
<i>Terapia breve individual</i>			◀────────────────────────────────▶				
<i>Terapia breve grupal</i>			◀────────────────────────────────▶				
<i>Tratamiento farmacológico</i>			◀────────────────────────────────▶				
EVALUACIONES:							
<i>SCID-5</i>	X						X
<i>GAD-7</i>	X						X
<i>STAI</i>	X						X
<i>PHQ-9</i>	X						X
<i>BDI-II</i>	X						X
<i>PHQ-15</i>	X						X
<i>PHQ-PD</i>	X						X
<i>BSI-18</i>	X						X

Figura 6.1 Esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones (Figura SPIRIT) del estudio 2. *BDI-II* = Beck Depression Inventory-Second Edition; *BSI-18* = Brief Symptom Inventory-18; *GAD-7* = Generalized Anxiety Disorder Scale; *PHQ-9* = Patient Health Questionnaire-9; *PHQ-15* = Patient Health Questionnaire-15; *PHQ-PD* = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; *SCID-5* = Structured Clinical Interview for DSM-5; *STAI* = State-Trait Anxiety Inventory.

El ensayo tuvo un diseño paralelo de tres grupos con cegamiento simple: 1) terapia psicológica breve transdiagnóstica en formato individual aplicada en Atención Especializada administrada por psicólogos; 2) terapia psicológica breve transdiagnóstica en formato grupal aplicada en Atención Primaria administrada por psicólogos; y 3) tratamiento habitual con psicofármacos en Atención Primaria administrado por médicos de familia. Como principales criterios de inclusión en el estudio se contemplaron: padecer uno o más trastornos emocionales y ser mayor de edad. Como principales criterios de exclusión se tuvieron: padecer algún otro trastorno mental o discapacidad intelectual, así como estar ya en algún tipo de tratamiento. El reclutamiento de los pacientes fue responsabilidad de los médicos de familia, si bien se efectuaron entrevistas con un investigador clínico independiente. La estructura general y el flujo de pacientes a lo largo del ensayo se puede observar en la Figura 6.2.

El cálculo del tamaño de la muestra se describe con detalle en el protocolo mencionado. Se asumió un tamaño del efecto del 0.60 (Cohen's d), que es equivalente a un índice f de 0.30. Utilizando el programa G*Power, con una potencia estadística de 0.80 y $\alpha = .05$, se determinó la necesidad de 28 sujetos por grupo. Dado que asumimos una tasa de abandono del 15%, finalmente se requirieron 33 participantes para cada uno de los grupos. Los pacientes fueron evaluados antes y después de los tratamientos mediante entrevistas clínicas según criterios DSM-5 (APA, 2013) y con una batería de cuestionarios sobre sintomatología propia de los trastornos emocionales. Todos los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio y en los posteriores se recogen en el anexo 3. Los datos fueron analizados tanto por el método de intención de tratar (*intention-to-treat*; ITT) como por protocolo (PP). El método ITT consiste en incluir en el análisis de los datos a todos los pacientes aleatorizados en el estudio, incluyendo a los que abandonaron el tratamiento y es considerado la manera más válida y fiable de reducir el sesgo de selección a la hora de estimar la magnitud del efecto (Newell, 1992). No obstante, se incluyó también el método PP, ya que se recomienda explorar la eficacia del tratamiento en aquellos pacientes que lo completaron en su totalidad (Higgins y Green, 2011).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

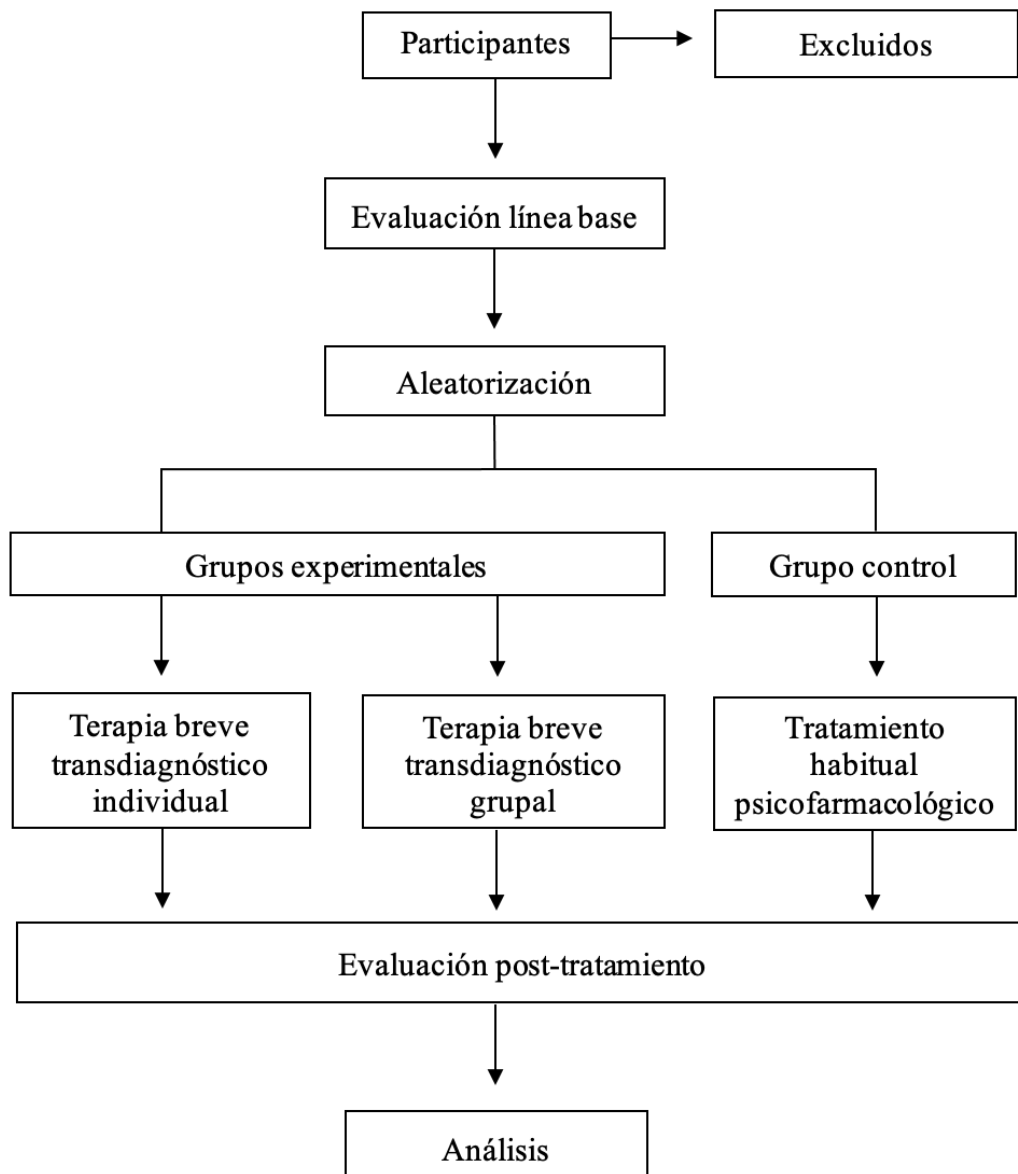


Figura 6.2. Diseño del diagrama de flujo del ensayo clínico aleatorizado correspondiente al estudio 2.

Para analizar los cambios debidos a las intervenciones a lo largo del tiempo y las diferencias entre los diferentes tratamientos se usaron modelos lineales mixtos en lugar de los clásicos ANOVAs, ya que estos modelos han demostrado ser más precisos (Gueorguieva y Krystal, 2004). Por último, debido a que el método ITT incluyó pacientes con datos perdidos o incompletos, se utilizó el método de estimación de máxima

verosimilitud para tratar dichos datos. El tamaño del efecto se calculó mediante la d de Cohen (con corrección de sesgo) (Hedges, 1981) como una medida de la diferencia entre los cambios (pre-post) de las medias estandarizadas de los grupos (Becker, 1988). Según Cohen (1988), valores d cercanos a 0.20, 0.50 y 0.80 indican un efecto bajo, moderado y alto respectivamente. Asimismo, se calculó el intervalo de confianza al 95% para cada tamaño del efecto. Por último, se realizaron pruebas chi-cuadrado para determinar los cambios longitudinales intra e inter grupo de los pacientes que cumplían criterios diagnósticos para cada trastorno, así como comparaciones específicas por grupos. Los tamaños del efecto se calcularon, en este caso, mediante el estadístico V de Cramér (Cramér, 1946) con el objetivo de dilucidar las diferencias entre los cambios del porcentaje de diagnósticos de los distintos grupos. Según Cohen (1998), valores V cercanos a 0.10, 0.30 y 0.50 indican efectos pequeños, medianos y grandes respectivamente. Estas técnicas de estimación del tamaño del efecto poseen un gran interés práctico en psicología, por lo que se han recomendado su inclusión tanto a los investigadores (Thompson, 1998) como a las revistas científicas (Hunter & Schmidt, 2004).

6.4. Metodología empleada en el estudio 3

En el estudio 3 se aplicó un análisis descriptivo de una muestra de 147 pacientes que provenían de centros de Atención Primaria de Córdoba (España) con al menos un trastorno emocional diagnosticado. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Ministerio de Salud del Gobierno Andaluz (España) (código: PSI-2014-56368-R). Los participantes recibieron por escrito toda la información necesaria sobre el estudio (ver anexo 4). Posteriormente, firmaron el consentimiento informado para poder ser incluido en el mismo (ver anexo 6). Por su parte, los datos fueron tratados de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea. Como principales criterios de exclusión se tuvieron: padecer algún otro trastorno mental o discapacidad intelectual, así como estar ya en algún tipo de tratamiento. El reclutamiento de los pacientes para el estudio fue responsabilidad de los médicos de familia, si bien se comprobaron los criterios de inclusión/exclusión mencionados a través de entrevistas con un investigador clínico independiente. Se utilizaron diversos cuestionarios específicos de síntomas de los distintos trastornos

emocionales y cuestionarios referentes a los tres procesos estudiados (preocupación, rumiación y metacognición).

En primer lugar, se verificó la presencia de valores atípicos mediante un diagrama de caja, los cuales fueron eliminados. Los supuestos de distribución normal se confirmaron con el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Para explorar la asociación de las variables sociodemográficas, los diferentes diagnósticos y los factores cognitivos con los síntomas de los trastornos emocionales se calcularon las pruebas *t* de Student, ANOVAs y coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple que incluyeron la preocupación, la rumia y la metacognición como variables explicativas tanto de los diferentes síntomas clínicos de cada trastorno específico como desde una perspectiva transdiagnóstica. Asimismo, se calcularon los coeficientes de regresión con un intervalo de confianza del 95% y se proporcionaron los coeficientes de regresión estandarizados. Por último, también se analizaron los coeficientes de determinación de cada modelo. Siguiendo a Cohen (1988), un R^2 alrededor de 0.02 indica un efecto pequeño, un valor de R^2 alrededor de 0.15 indica un efecto medio y un R^2 alrededor de 0.35 o mayor indica un efecto alto.

6.5. Metodología empleada en el estudio 4

El estudio 4 fue otro ECA desarrollado en centros de Atención Primaria de Córdoba y que fue registrado en ClinicalTrials.gov con el identificador NCT04489641. El ensayo siguió todas las recomendaciones y normas descritas en el estudio 2, así como las consideraciones éticas y de protección de datos. Los participantes recibieron por escrito toda la información necesaria sobre el estudio, la cual puede ser consultada en el anexo 5. Posteriormente, firmaron el consentimiento informado para poder ser incluidos en el mismo (ver anexo 6). La figura 6.3 incluye el esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones del estudio según las recomendaciones de la declaración SPIRIT.

TIMEPOINT	PERIODO DE ESTUDIO					
	Inscripción	Asignación	Intervención			Evaluación
	$-t_1$	0	$S1$	$S5$	$S8 / 2 \text{ meses}$	Tras finalizar el tratamiento
INSCRIPCIÓN:						
Criterios de elección	X					
Consentimiento informado	X					
Asignación		X				
INTERVENCIONES:						
<i>Terapia breve grupal</i>			←————→			
<i>Tratamiento farmacológico</i>			←————→			
EVALUACIONES PRIMARIAS:						
<i>SCID-5</i>	X					X
<i>GAD-7</i>	X					X
<i>PHQ-9</i>	X					X
<i>PHQ-15</i>	X					X
<i>PHQ-PD</i>	X					X
EVALUACIONES SECUNDARIAS:						
<i>ERQ-CR</i>	X					X
<i>ERQ-ES</i>	X					X
<i>PSWQ-A</i>	X					X
<i>RRS-B</i>	X					X
<i>MCQ-NB</i>	X					X

Figura 6.3. Esquema de asignación, intervenciones y evaluaciones (Figura SPIRIT) del estudio 4. *BDI-II* = Beck Depression Inventory-Second Edition; *BSI-18* = Brief Symptom Inventory-18; *ERQ-CR/ES* = Emotional Regulation Questionnaire-Cognitive Reappraisal/Expressive Suppression; *GAD-7* = Generalized Anxiety Disorder Scale; *MCQ-NB* = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; *PHQ-9* = Patient Health Questionnaire-9; *PHQ-15* = Patient Health Questionnaire-15; *PHQ-PD* = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; *PSWQ-A* = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; *RRS-B* = Ruminative Response Scale-Brooding; *SCID-5* = Structured Clinical Interview for DSM-5; *STAI* = State-Trait Anxiety Inventory.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

El ensayo tuvo un diseño paralelo de dos grupos con cegamiento simple: 1) terapia psicológica breve transdiagnóstica en formato grupal aplicada en Atención Primaria administrada por psicólogos y 2) tratamiento habitual con psicofármacos en Atención Primaria administrado por médicos de familia. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos que se estipularon para el estudio 2. Del mismo modo, el reclutamiento de los pacientes también estuvo a cargo de los médicos de familia con una verificación posterior por parte de un investigador clínico independiente. La estructura general y el flujo de pacientes a lo largo del ensayo se puede observar en la Figura 6.4.

Se utilizó el programa G*Power para calcular el tamaño de la muestra. En base a estudios previos con un diseño similar (Cape et al., 2010; Newby et al., 2015) y a los resultados obtenidos en el primer ECA de esta tesis, el cual se ha expuesto anteriormente, asumimos un tamaño del efecto de 0.6 (Cohen's *d*). Con una potencia estadística de 0,80 y $\alpha = 0,05$, determinamos la necesidad de 36 sujetos por grupo. Con el fin de controlar la falta de participantes a lo largo del ensayo, y teniendo en cuenta la experiencia previa del estudio 2, asumimos una tasa de abandono del 12%. Por lo tanto, requerimos, al menos, un tamaño de muestra total de 80 participantes (40 por grupo). Los pacientes fueron evaluados antes y después de los tratamientos mediante entrevistas clínicas según criterios DSM-5 (APA, 2013) y diversos autoinformes.

Este estudio estuvo motivado por los resultados y limitaciones del estudio 2 de esta tesis doctoral, en los que, por una parte, se equipara la eficacia de los tratamientos psicológicos breves transdiagnósticos individuales y grupales, pero había una falta de análisis de variables predictoras del éxito terapéutico. Por este motivo, se modificó la batería de cuestionarios y se incluyeron medidas de procesos cognitivos y de estrategias de regulación emocional, además de las medidas de los síntomas propios de los trastornos emocionales.

Los datos se analizaron siguiendo los enfoques por ITT (completándose los mismos a través del método de estimación de máxima verosimilitud) y por procolo. Inicialmente, se realizaron pruebas *t* de Student o chi-cuadrado para comparar las variables sociodemográficas, clínicas, de regulación emocional y procesos cognitivos de los diferentes grupos al inicio del estudio. Posteriormente, se realizaron pruebas *t* de Student para determinar cambios longitudinales intra e intergrupales en los síntomas clínicos, las estrategias de regulación emocional y los procesos cognitivos. Los tamaños del efecto se calcularon mediante la *d* de Cohen (sesgo corregido) (Hedges, 1981) como

una medida de las diferencias entre los cambios medios estandarizados (pre-post) de los respectivos grupos (Becker, 1988). También se calcularon los intervalos de confianza del 95% para cada tamaño del efecto. Además, se realizaron pruebas de chi-cuadrado intra e intergrupales para determinar las diferencias pre-post en el número de participantes que cumplieran los criterios del DSM-5 (APA, 2013) para los diferentes diagnósticos como medida de un cambio clínicamente significativo.

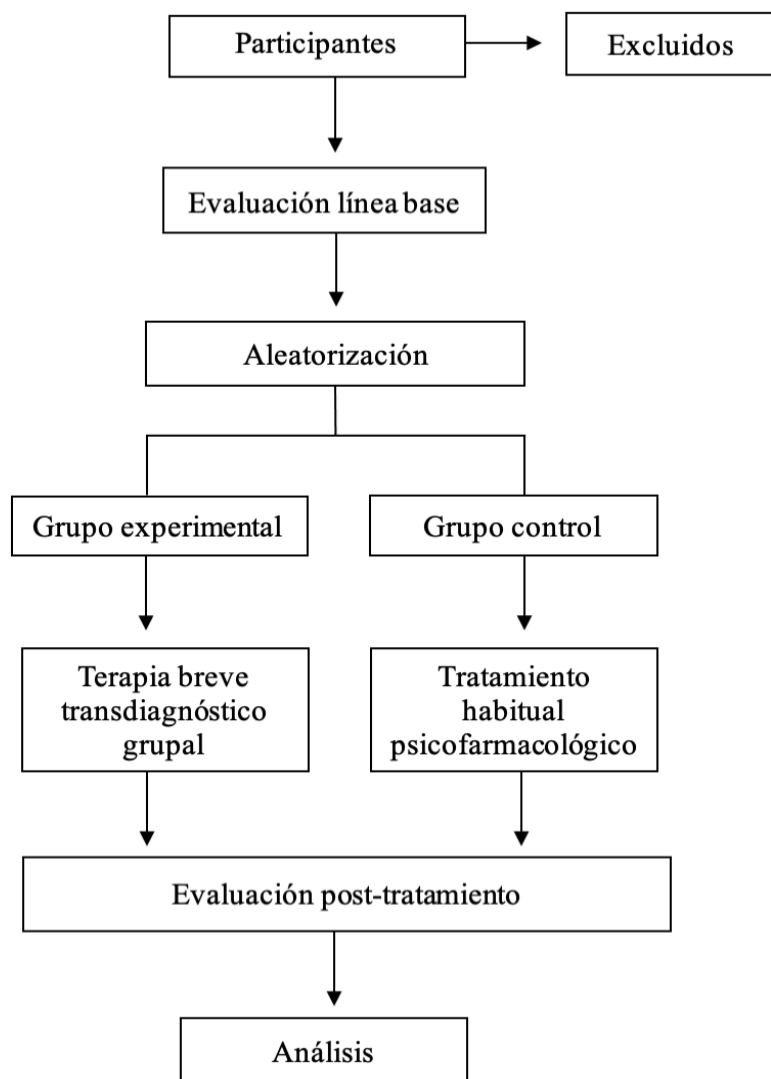


Figura 6.4. Diseño del diagrama de flujo del ensayo clínico aleatorizado correspondiente al estudio 4.

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión lineal para explorar cómo las diferencias pre-post en los procesos cognitivos y las estrategias de regulación emocional actuaban como variables predictivas de los cambios pre-post en los síntomas clínicos. Se calcularon los coeficientes de regresión con un intervalo de confianza del 95% y también se proporcionaron los coeficientes de regresión estandarizados. Finalmente, se analizaron los coeficientes de determinación para cada modelo.

6.6. Consideraciones sobre la presentación de los estudios

En los siguientes capítulos se expondrán los estudios que componen esta tesis doctoral. Al tratarse de una tesis por compendio de artículos, la estructura y epígrafes de los mismos, así como la forma de citar y referenciar, siguen las particularidades de la revista en la que cada uno ha sido publicado. Por este motivo, y con el objetivo de hacer homogéneo el presente documento, se ha unificado aquí el formato de las tablas y los apartados incluidos en los diferentes estudios.

CAPÍTULO 7

Estudio 1

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. En prensa.

Abstract

Brief psychological therapies might be a solution for the treatment of emotional disorders in primary care. We aim to determine the effectiveness of these therapies compared with medication. Studies were selected from the Medline, Embase and PsycInfo databases. Eligibility criteria included adults with emotional disorders treated with 2–10 psychotherapeutic sessions provided in primary care. We analyzed 33 trials involving 3868 patients following PRISMA. A moderate effect size favorable to brief therapies was found at post-treatment ($d = 0.37$, 95% CI: 0.21 to 0.52) but this was not maintained at follow-up. The main limitation was the heterogeneity among the studies. We conclude that brief therapies could be superior to pharmacological interventions for the treatment of emotional disorders. These findings support their implementation in primary care. Prospero ID: CRD42019119910.

Keywords: brief psychological therapies; emotional disorders; primary care; meta-analysis

7.1. Introduction

A wide range of diagnoses that present intense negative emotions associated with anxiety and depressive symptoms are usually called emotional disorders (EDs) (Bullis et al., 2019; NICE, 2011; WHO, 2017). These disorders are mostly treated in primary care (PC) with psychotropic drugs because there is usually no other intervention available in this setting (Moreno & Moriana, 2016; Roca et al., 2009). However, scientific studies and international clinical guides indicate psychological therapies as the treatment of choice for EDs (NICE, 2011; Wang et al., 2007; Watts et al., 2015). Consequently, most patients with EDs do not receive the best therapeutic option, which might put their health at risk (Bebbington et al., 2000; Smits et al., 2009). Despite the importance of implementing evidence-based interventions (Gálvez-Lara et al., 2018; Moriana et al., 2017), there are clear difficulties in applying the scientific data in practical contexts. For this reason, adapting conventional psychological therapies to an abbreviated format has been suggested as a possible solution for the treatment of EDs in public health systems (Shepardson et al., 2016).

Brief or time-limited psychological therapies have been conceptualized as a range of 2–10 sessions (Cape et al., 2010) in contrast to the 12–24 sessions usually required in traditional psychological therapies. Brief psychological therapies applied in PC have emerged as a good therapeutic option to respond to public health demands, as they have been shown to achieve favorable clinical results in reducing anxiety and depressive symptoms (Bernhardsdottir et al., 2013; Corpas et al., 2021; Churchill et al., 2000; Saravanan et al., 2017). In this vein, some countries have already begun to incorporate this type of treatment in PC, such as the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program in the United Kingdom, which has been widely shown to achieve beneficial outcomes (Clark, 2018; Wakefield et al., 2020). However, the long-term effectiveness of low-intensity psychotherapies has been questioned due to high relapse rates (Ali et al., 2017; Hemmings, 2000).

The previous meta-analysis of Cape et al. (2010) reported that brief psychological therapies for anxiety and depression administered in PC were superior to treatment as usual, which included pharmacological therapies, but also wait-lists, placebo, or case management interventions. Although these results are potentially relevant, the heterogeneity of the control groups might not truly reflect the most frequent treatment for EDs in PC. Moreover, the authors did not take into account the fact that several of the

trials included both pharmacological interventions and brief psychological therapies. Therefore, clearer and more updated information is needed (Seekles et al., 2013).

The general objective of this study is to analyze the clinical effectiveness of brief psychological therapies in adult patients with EDs applied in PC compared to pharmacological interventions. Specifically, it aims to: a) compare the effectiveness of all types of brief psychological interventions to pharmacological interventions in PC for all EDs; b) compare the effectiveness of all brief psychological interventions to pharmacological interventions in PC for the different types of EDs; c) analyze the effectiveness of the different types of brief therapies in PC across and between disorders; d) explore the long-term effectiveness of brief psychological treatments compared to medication; e) determine whether the combined use of psychotropic drugs plus brief psychological therapy makes any clinical difference; and f) ascertain the influence of various moderator variables on the effect size of brief psychological therapies in PC.

7.2. Methods

7.2.1. Protocol and registration

In line with Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations (Moher et al., 2009), the present systematic review and meta-analysis was registered in PROSPERO with the code CRD42019119910.

7.2.2. Search strategy

Studies were mainly identified from a search in the Medline, Embase, and PsycInfo databases from their inception to December 2019 using a sensitive search strategy involving combinations of ‘mental health’ (‘mental health’ or psychol* or anx* or depress* or dysthymi* or psychiatr* or emotion* or counsel*) and ‘primary care’ terms (‘primary care’ or ‘primary health care’ or ‘family physician*’ or ‘practice nurs*’ or ‘general pract*’ or GP*). Additional papers were identified from reference lists, by hand-searching key journals, and by contacting other PC mental health researchers. The search was limited to randomized controlled trials (RCTs) published in English. The entire process was carried out by two independent researchers and discussed afterwards.

7.2.3. Selection of studies

7.2.3.1. Inclusion criteria

Studies were included when they met the following inclusion criteria according to PICOS criteria (Moher et al., 2009): (P) adult patients with anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder, phobias, and posttraumatic stress disorder); depression disorders (major depression or dysthymia); and mixed or unspecified common mental health problems (where participants with a range of EDs or emotional distress were included); (I) brief psychological therapy provided by someone other than the patient's general practitioner (GP) in PC as an experimental group. 'Brief' was operationalized as more than two and a maximum of ten appointments. When the range of sessions was not available, we took the mean number of sessions instead, which also had to be more than two and less than ten; (C) any type of pharmacological treatment also provided in PC as a comparator; (O) reported symptoms of anxiety, depression, or both as an outcome; (S) studies (RCTs) providing the necessary data for the analyses.

7.2.3.2. Exclusion criteria

Studies of computerized psychological interventions, online therapy, facilitated self-help, psycho-educational groups, and psychological therapy carried out as part of collaborative care or case management were excluded. Studies were also eliminated when the control groups were wait-lists, another psychological intervention, and non-psycho-pharmacological treatment, or when medication was present but in combination with another intervention, such as psychoeducation or bibliotherapy (usually conceptualized as enhanced usual care). Trials conducted in specialized care or private clinics were not included. Additionally, trials that did not provide enough data for the analysis were excluded if the data could not be obtained from the authors upon request.

7.2.4. Data extraction

Data from the included studies were extracted into a structured summary table. Studies were classified according to type of psychological therapy and whether patients had depression disorders, anxiety disorders, or mixed anxiety and depression disorders. Information extracted also included: authors; date of publication; country where the study was performed; number of treatment sessions (mean and range); length of the sessions; type and format of intervention; length of follow-up (weeks from baseline); use of intention-to-treat analysis; primary symptom outcome measure; number of participants

randomized per condition (samples); mean age of participants; and percentage of female participants. All data were extracted by two independent reviewers blinded to each other. Disagreements between reviewers were resolved by discussion.

7.2.5. Risk of bias assessment

Risk of bias was assessed using the Cochrane Collaboration ‘Risk of Bias’ tool (Higgins & Green, 2011), which allows researchers to identify the adequacy of the condition allocation sequence generation, the concealment of that sequence, how incomplete outcome data is addressed, the presence of selective and report bias, and possible data contamination. The quality of each study was assessed independently by two reviewers, and disagreements were resolved by discussion.

7.2.6. Analytic procedure

7.2.6.1. Calculation of effect sizes

For each study, Cohen’s d (bias corrected) was calculated (Hedges, 1981) as a measure of the differences between the standardized mean changes (pre-post) of the experimental and control groups (Becker, 1988). First, we used the formula $d = c \cdot [(M_{pre} - M_{post}) / SD_{pre}]$ to obtain the standardized mean changes, where c is the bias correction factor, M_{pre} and M_{post} are the means of the pre-test and post-test scores, respectively, and SD_{pre} is the pre-test standard deviation score (Morris & DeShon, 2002). We used data from an intention-to-treat analysis rather than data from participants who completed the study if both were reported. For each study, d was calculated for the experimental and control group, providing the d index of the general size from the differences between them. According to Cohen (1988), d values close to 0.2 indicate low effect, values close to 0.5 indicate moderate effect, and those close to 0.8 or more indicate high effect. The 95% confidence intervals for every effect size were also calculated.

7.2.6.2. Meta-analytic procedure

The meta-analyses performed in this work were carried out using Comprehensive Meta-Analysis software (version 3.3). Due to the variety of interventions and diagnoses included and our sample characteristics, we expected a high heterogeneity among all the effect sizes of the studies. Therefore, a random effects model was used, which assumes that the effect size might vary from one study to another. Several meta-analyses were conducted by combining the variables “type of treatment”, “type of psychological therapy,” and “type of diagnosis”. Effect size heterogeneity was analyzed by means of Q

and I^2 statistics. The Q statistic indicates whether the heterogeneity is significant and I^2 shows the percentage of heterogeneity. I^2 values around 25%, 50%, and 75% indicate low, moderate, and high heterogeneity, respectively.

7.2.6.3. Subgroup analyses and meta-regression

Comparative analyses of the subgroups were performed using a mixed-effects model. The aim of these analyses was to determine differences in effect size depending on whether the psychological therapy was implemented alone or in combination with psychotropic drugs, the type of psychological therapy, and the specific diagnosis. Furthermore, meta-regression analyses were conducted using a mixed-effects model to determine if the previous moderator variables, the number of sessions conducted, the demographic region, the quality of the studies, the gender, and the age of the patients might act as predictors of effect size.

7.2.6.4. Publication bias

The presence of publication bias was examined using a funnel plot analysis and Egger's linear regression test (Egger et al., 1997).

7.3. Results

7.3.1. Study selection

The flowchart outlining the search process is shown in Figure 7.1. Thirty-three studies met our inclusion criteria. One study (Ward et al., 2000) provided two different outcomes depending on the type of treatment (counseling and cognitive behavioral therapy). We included these results with the labels "Arm 1" and "Arm 2," and took them into account as independent studies for the systematic review. Therefore, we obtained a total of 34 results to be analyzed.

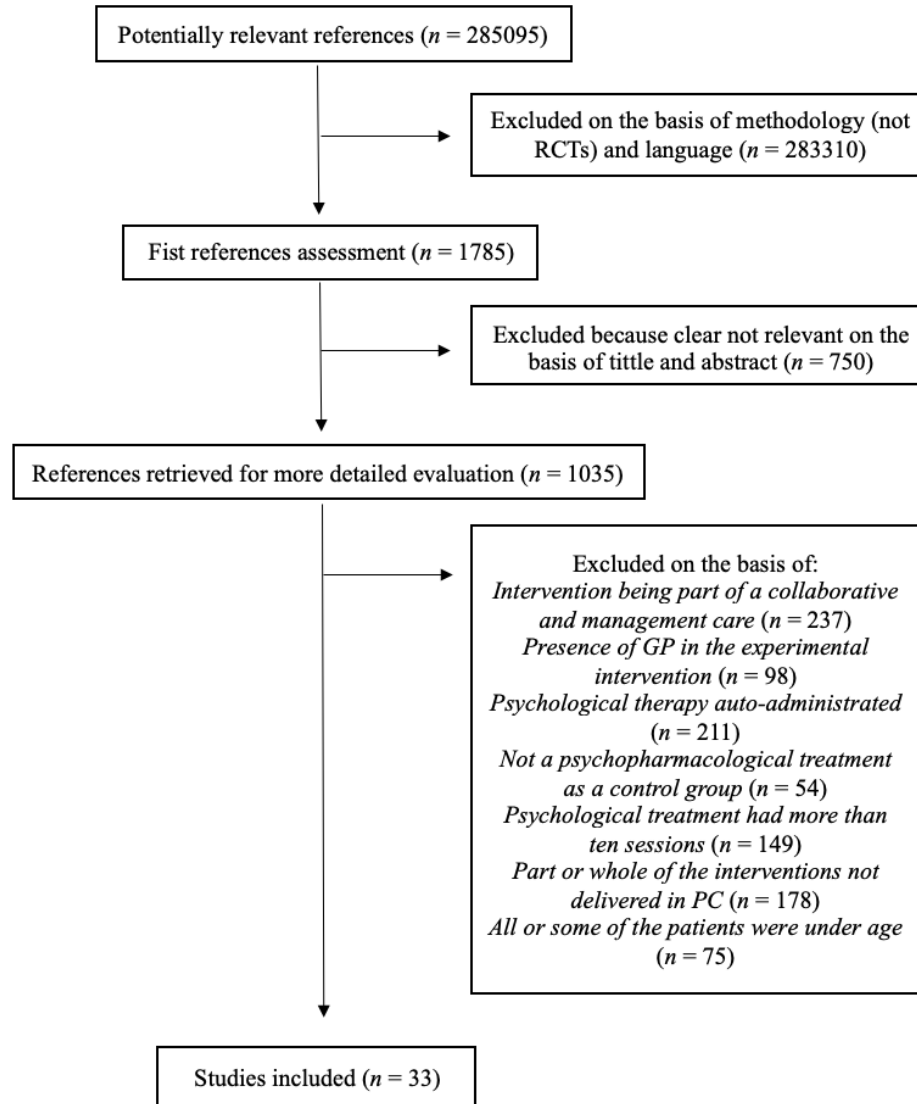


Figure 7.1. Results of literature searches and selection of included RCTs

7.3.2. Description of included studies

7.3.2.1. Country of origin

Details of the included studies are provided in Table 7.1. Regarding the country of origin of the studies, 15 (44.1%) were conducted in the United Kingdom, six (17.7%) in the United States, three (8.8%) in the Netherlands, two (6%) in Australia, two (6%) in China, one (2.9%) in Zimbabwe, one (2.9%) in Pakistan, one (2.9%) in Germany, one (2.9%) in Taiwan, one (2.9%) in India, and one (2.9%) in Sweden. Therefore, according

to our research criteria, a total of 11 countries have administered brief psychological therapies in PC.

7.3.2.2. Diagnoses

Regarding the diagnoses observed across the included studies, 18 of them (52.9%) were included in the category of depression, four (11.8%) in the category of anxiety, and 12 (35.3%) in the category of unspecified/mixed EDs.

7.3.2.3. Psychological treatments

The type of treatment was also reviewed with the following outcome: 12 studies (35.3%) referred to problem-solving therapy, 10 (29.4%) to cognitive behavioral therapy, eight (23.5%) to counseling, two (6%) to mindfulness-based cognitive therapy, one (2.9%) to interpersonal therapy, and one (2.9%) to psychodynamic therapy. Hence, a total of six different types of brief psychological therapies were carried out in PC settings. Ten (29.4%) studies were found to use combined treatment (psychological plus pharmacological therapy). Specifically, four (11.8%) studies implemented problem-solving treatment, three (8.7%) studies implemented cognitive behavioral therapy, two (6%) studies implemented counseling, and one (2.9%) study implemented psychodynamic therapy with some type of antidepressant or anxiolytic drugs. The remaining studies (70.6%) implemented the psychological treatment without any other complementary intervention.

The majority of the studies (29 studies; 85.3%) applied an individual format of intervention. The rest of the studies carried out the treatment in a group format. The mean number of sessions of all the studies was 5.5. The mean duration of the interventions was 9 weeks, representing a global estimation of one session per week. The mean length of the psychotherapy sessions was 43 minutes.

Table 7.1. Details of included studies

Trial			Psychological treatment					Measures		Samples				Risk of bias						
Reference	Country	Diag	Type	F	M	R	W	L	Outcome	FU	ITT	E	C	Age	% Fem	a	b	c	d	e
Barret et al. (2001)	USA	Dep	PST*	I	5	4-6	11	30'	HDRS	#	Y	80	80	44.1	63.9	+	+	+	?	+
Brodady & Andrews (1983)	AUS	Mix	PP*	I	7	6-8	8	30'	GHQ	48	N	18	18	41.5	#	?	-	?	?	?
Catalan et al. (1991)	UK	Mix	PST	I	4	≤4	7	30'	GHQ	24	N	21	23	33.5	68	?	+	-	+	?
Chibanda et al. (2014)	ZIM	Dep	PST	G	6	5-6	6	60'	EPDS	#	N	30	28	25.6	100	+	?	?	+	?
Dwight-Joh et al. (2011)	USA	Dep	CBT*	I	4.6	1-7	6	45'	PHQ	24	Y	50	51	39.8	78	?	+	+	?	?
Friedli et al. (1997)	UK	Mix	COU	I	7.7	4-10	12	50'	BDI	36	Y	70	66	39	81	+	?	?	?	+
Hegerl et al. (2010)	GER	Dep	CBT	G	4.6	3-7	9	90'	HDRS	#	Y	61	83	46.4	68.2	+	+	+	?	?
Hemmings (1997)	UK	Mix	COU*	G	5.7	#	8	15'	MHSI	#	N	136	52	37	74.5	?	?	-	?	?
Holden et al. (1989)	UK	Dep	COU	I	8	≤8	8	#	RDC	#	N	26	24	26.2	100	?	?	-	?	-
Husain et al. (2014)	PAK	Dep	CBT	G	6.3	4-9	10	75'	HDRS	24	Y	33	33	31.3	100	+	+	?	?	+
Kendrick et al. (2005)	UK	Mix	PST	I	4.1	2-6	8	38'	CIS	26	Y	90	78	35.4	70.5	+	+	+	+	+
Lamers et al. (2010)	NL	Dep	CBT*	I	4	2-9	12	60'	BDI	36	Y	183	178	70.7	46.5	+	+	+	+	+
Lang et al. (2006)	USA	Mix	PST*	I	3	≤4	11	45'	BSI	24	Y	32	30	46.6	53.2	+	?	?	?	-
Lindsay et al. (1987)	UK	Anx	CBT	I	5.5	3-8	4	#	GHQ	#	N	10	10	42	60	?	?	-	?	-
Liu et al. (2007)	TAI	Mix	PST*	I	2.3	≤6	16	#	CIS	#	Y	63	66	43.7	80.7	+	+	?	?	-
Lynch et al. (2004)	USA	Dep	PST	I	6	≤6	6	#	HDRS	#	N	9	13	38.5	78	?	?	-	-	+
Magnani et al. (2016)	AUS	Dep	COU	I	#	≤6	8	30'	HDRS	24	N	44	46	46.2	74.1	?	-	-	?	-
Mitchell et al. (2009)	USA	Dep	COU*	I	#	≤9	9	45'	HDRS	96	Y	48	53	57	39.6	+	?	?	?	?
Mynors-Wallis et al. (1995)	UK	Dep	PST	I	6	≤6	12	30'	HDRS	#	N	29	27	37.1	76.2	?	+	-	?	?
Mynors-Wallis et al. (1997)	UK	Mix	PST	I	4.5	4-5	8	#	CIS	26	N	34	29	38	77.1	?	+	-	-	-
Oxman et al. (2008)	UK	Dep	PST	I	5	4-6	4	30'	MADRS	35	Y	72	69	55.2	57	+	+	+	-	-
Patel et al. (2003)	IN	Mix	COU	I	2.4	1-4	8	#	CIS	48	Y	150	150	48	83	+	-	+	?	+
Power et al. (1989)	UK	Anx	CBT	I	4	#	6	50'	HDRS	11	N	10	10	32	85	-	+	?	?	?
Power et al. (1990)	UK	Anx	CBT	I	5	≤7	9	40'	CGI	#	N	21	22	40.7	67.4	?	+	-	-	+
Schreuders et al. (2007)	NL	Mix	PST*	I	5	4-6	12	30'	HADS	#	N	61	69	52.8	70.8	+	?	-	?	?
Scott & Freeman (1992)	UK	Dep	CBT	I	9.8	#	16	50'	HDRS	#	Y	30	30	30.2	78.3	?	+	-	?	?
Scott et al. (1997)	UK	Dep	CBT*	I	6	≤6	7	31'	HDRS	58	N	24	24	41	66.7	?	?	-	?	-
Van Schaik et al. (2006)	NL	Dep	IPT	I	8	≤10	8	#	MADRS	24	Y	69	74	68	69.5	+	-	+	+	?
Ward et al. (2000) <i>Arm 1</i>	UK	Mix	CBT	I	5	2-9	12	50'	BDI	48	Y	63	67	37	75	+	-	+	-	?
<i>Arm 2</i>	UK	Mix	COU	I	6.4	2-9	12	50'	BDI	48	Y	67	67	37	75	+	-	+	-	?
Wickberg & Hwang (1996)	SW	Dep	COU	I	6	≤6	8	#	MADRS	#	N	20	21	28.4	100	-	+	-	?	?
Williams et al. (2000)	USA	Dep	PST	I	5	4-6	11	30'	HDRS	#	Y	138	137	71	40	+	+	?	?	?
Wong et al. (2016)	CHI	Anx	MBCT	G	6.4	≤8	8	45'	BAI	#	Y	61	56	50	79.1	+	?	+	-	?
Wong et al. (2018)	CHI	Dep	MBCT	I	6.1	≤8	8	45'	BDI	48	Y	115	116	54	93.1	+	+	+	?	?

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 7.1. Details of included studies (continuation)

Notes: Trial – AUS = Australia; CHI = China; GER = Germany; IN = India; NL = Netherlands; PAK = Pakistan; SW = Sweden; TAI = Taiwan; USA = United States of America; UK = United Kingdom; ZIM = Zimbabwe **Psychological treatment** – CBT = Cognitive-behavioural Therapy; COU = Counselling; F = Format; G = Group; I = Individual; IPT = Interpersonal therapy; L = Length; M = Mean; MBCT = Mindfulness-based cognitive therapy; PP = Psychodynamic Psychotherapy; PST = Problem Solving Therapy; R = Range; W = Weeks **Measures** – BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; CGI = Clinical Global Impression; CIS = Clinical Interview Schedule; EPDS = Edinburgh Postnatal Sepression Scale; GHQ = General Health Questionnaire; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MHSI = Mental Health Symptom Index; PHQ = Patient Health Questionnaire; RDC = Research Diagnostic Criteria; FU = Follow-up (weeks) **Samples** – C = Control; E = Experimental; ITT = Intention to Treat; N = No; Y = Yes **Quality assessment** – a = allocation sequence adequately generated; b = allocation adequately concealed; c = incompletely data adequately addressed; d = no evidence of selective reporting; e = adequate protection against contamination; + = low risk (included information protecting against bias); – = high risk (did not protect against source of bias); ? = unclear risk of bias

* Psychological treatment plus pharmacological treatment

Not available

7.3.2.4. *Measures*

Primary outcome measures were highly heterogeneous. Eleven studies (32.7%) used the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), five studies (14.9%) used the Beck Depression Inventory (BDI), four studies (11.8%) used the Clinical Interview Schedule (CIS), three studies (8.7%) used the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADS), and three studies (8.7%) used the General Health Questionnaire (GHQ). The following measures were used in one study (2.9%): Patient Health Questionnaire (PHQ), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS), Mental Health Symptom Index (MHSI), Research Diagnostic Criteria (RDC), Clinical Global Impression (CGI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Brief Symptom Inventory (BSI).

Only 19 studies (55.9%) conducted a follow-up measure, which had a mean length of 36 weeks. As regards the precision of the data, 19 studies (55.9%) performed an intention-to-treat analysis, thus indicating the overall good quality of the included studies.

7.3.2.5. *Samples*

The studies included a total of 3868 participants, which were distributed by treatment as follows: $n = 1968$ (50.9%) in the experimental brief psychological treatment and $n = 1900$ (49.1%) in the pharmacological control treatment. The sample size of the included studies varied considerably from 20 patients (Power et al., 1989) to 361 patients (Lamers et al., 2010). The mean age of the patients was 43 years ($SD = 10.9$). A total of 73.6% of the patients were females.

7.3.2.6. *Risk of bias assessment*

The methodological quality of the studies varied significantly. There was very little evidence of selection bias, with only two studies (6%) (Power et al., 1989; Wickberg & Hwang, 1996) reporting the inadequacy of the allocation sequence (sufficient information was not provided to evaluate how groups were randomized or a randomization procedure was not used to ensure comparability between groups). Specifically, we found that the majority of studies (19 studies; 55.9%) had good allocation sequences, while around one-third (13 studies; 38.1%) had unclear allocation sequences. Similarly, only six studies (17.3%) (Brodaty & Andrews, 1993; Magnani et al., 2016; Patel et al., 2003; Van Scheik, 2006; Ward et al., 2006 – Arm 1/Arm 2) reported a high risk of allocation concealment, half (17 studies; 50%) reported the certainty of the

blinding, and 11 (32.7%) provided unclear data about blinding issues. The risk of attrition bias was somewhat higher. Thirteen studies (38.1%) (Catalan et al., 1991; Hemmings, 1997; Holden et al., 1987; Lindsay et al., 1987; Lynch et al., 2004; Magnani et al., 2016; Mynors-Wallis et al., 1995, 1997; Power et al., 1990; Schreuders et al., 2007; Scott & Freeman, 1992; Scott et al., 1997; Wickberg et al., 1996) did not address the incomplete data, 12 studies (35.3%) addressed the issue, and nine studies (26.6%) reported ambiguous information. It was difficult to determine the presence or absence of the selective reporting bias since 22 studies (64.5%) were uncertain about it. Five studies (14.9%) indicated a low risk of bias and seven studies (20.6%) (Lynch et al., 2004; Mynors-Wallis et al., 1992; Oxman et al., 2008; Power et al., 1990; Ward et al., 2000 - Arm 1/Arm 2; Wong et al., 2016) indicated a high risk. Finally, there was moderate protection against contamination, considering that eight studies (23.5%) (Holden et al., 1989; Lang et al., 2006; Lindsay et al., 1987; Liu et al., 2007; Magnani et al., 2016; Mynors-Wallis et al., 1997; Oxman et al., 2008; Scott et al., 1997) presented a high risk of bias, 18 studies (53%) were unclear, and only eight studies (23.5%) showed sufficient outcome care.

7.3.3. General meta-analyses

General meta-analyses were performed to test the effect of brief psychological therapies compared to pharmacological intervention at the end of treatment and at follow-up (see Figures 7.2 and 7.3). The results showed a significant moderate effect favorable to brief psychological therapies at post-treatment ($k = 34$, $d = 0.37$, 95% CI: 0.21 to 0.52) and a non-significant moderate effect at follow-up ($k = 19$, $d = 0.29$, 95% CI: -0.08 to 0.66). In both cases, the heterogeneity was high ($I^2 = 71.22$ for post-treatment; $I^2 = 89.56$ for follow-up).

Other subgroup analyses were carried out to determine the effect size according to whether the psychological therapy was applied alone or in combination with psychotropic drugs, the type of psychological therapy, and the specific diagnosis (see Tables 7.2 and 7.3).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 7.2. Meta-analyses at post-treatment

Trials included				Effect			Heterogeneity		
Therapy	Plus drugs	Diagnosis	<i>k</i>	<i>d</i>	95% CI	<i>p</i>	<i>Q-value</i>	<i>p</i>	<i>I</i> ²
All	All	All	34	0.37	0.21 to 0.52	.00	114.68	.00	71.22
All	No	All	24	0.30	0.15 to 0.44	.00	44.74	.00	48.59
All	Yes	All	10	0.49	0.12 to 0.86	.01	57.76	.00	84.42
All	All	Depression	18	0.41	0.17 to 0.65	.00	75.77	.00	77.56
All	No	Depression	13	0.28	0.10 to 0.45	.00	18.73	.09	35.93
All	Yes	Depression	5	0.75	0.14 to 1.36	.02	30.10	.00	86.70
All	No	Anxiety	4	0.78	0.34 to 1.22	.00	3.80	.28	21.16
All	All	Mixed	12	0.22	0.04 to 0.40	.02	20.51	.04	46.36
All	No	Mixed	7	0.20	-0.07 to 0.45	.14	13.75	.03	56.37
All	Yes	Mixed	5	0.25	-0.02 to 0.51	.06	6.64	.15	39.79
CBT	All	All	10	0.63	0.21 to 1.05	.00	30.90	.00	70.87
CBT	No	All	7	0.51	0.04 to 1.00	.03	14.37	.03	58.26
CBT	All	Depression	6	0.41	-0.22 to 1.05	.20	29.01	.00	82.76
COU	All	All	8	0.37	0.02 to 0.71	.04	27.72	.00	74.75
COU	No	All	6	0.27	-0.09 to 0.63	.14	14.42	.02	65.34
COU	All	Depression	4	0.66	-0.04 to 1.37	.07	12.11	.01	75.24
COU	All	Mixed	4	0.15	-0.13 to 0.43	.30	6.57	.09	54.37
PST	All	All	12	0.14	0.01 to 0.27	.04	11.20	.42	1.76
PST	No	All	8	0.11	-0.06 to 0.28	.20	6.28	.51	0.00
PST	Yes	All	4	0.19	-0.07 to 0.45	.14	4.67	.20	35.85
PST	All	Depression	6	0.16	-0.02 to 0.34	.08	4.71	.45	0.00
PST	No	Depression	5	0.21	-0.03 to 0.46	.09	4.54	.33	11.88
PST	All	Mixed	6	0.12	-0.10 to 0.35	.25	6.38	.27	21.72

Notes: Table reports only analyses for which 4 or more studies were available – CBT, Cognitive-behavioural therapy; COU, Counselling; PST, Problem-solving therapy.

Table 7.3. Meta-analyses at follow-up

Trials included				Effect			Heterogeneity		
Therapy	Plus drugs	Diagnosis	<i>k</i>	<i>d</i>	95% CI	<i>p</i>	<i>Q-value</i>	<i>p</i>	<i>I</i> ²
All	All	All	19	0.29	-0.08 to 0.66	.13	172.41	.00	89.56
All	No	All	13	0.08	-0.12 to 0.28	.42	24.75	.02	51.51
All	Yes	All	6	0.92	-0.11 to 1.95	.08	65.64	.00	92.38
All	All	Depression	9	0.47	-0.20 to 1.15	.17	121.81	.00	93.43
All	No	Depression	5	0.14	-0.20 to 0.48	.41	9.60	.04	58.34
All	Yes	Depression	4	1.39	0.03 to 2.75	.04	23.33	.00	87.14
All	All	Mixed	9	0.03	-0.14 to 0.18	.76	5.96	.65	0.00
All	No	Mixed	7	-0.01	-0.19 to 0.17	.91	4.95	.55	0.00
CBT	All	All	6	1.20	0.03 to 2.36	.04	42.17	.00	88.14
CBT	All	Depression	4	1.29	-0.35 to 2.98	.12	22.18	.00	86.47
COU	All	All	5	-0.02	-0.26 to 0.21	.84	4.33	.36	7.80
COU	No	All	4	-0.06	-0.33 to 0.21	.65	3.81	.28	21.42
PST	All	All	5	-0.01	-0.25 to 0.23	.93	2.70	.61	0.00
PST	No	All	4	-0.08	-0.36 to 0.20	.59	1.87	.60	0.00
PST	All	Mixed	4	-0.02	-0.27 to .023	.88	2.65	.44	0.00

Notes: Table reports only analyses for which 4 or more studies were available – CBT, Cognitive-behavioral therapy; COU, Counselling; PST, Problem-solving therapy.

7.3.4. Comparison between groups

7.3.4.1. Type of treatment

The comparative group analysis did not show significant differences between the effect achieved from the psychological treatment ($k = 24$, $d = 0.30$, 95% CI: 0.15 to 0.44) compared to the effect achieved from the combined treatment ($k = 10$, $d = 0.49$, 95% CI: 0.12 to 0.86) at the end of the intervention ($Q = .90$, $df = 1$, $p = .34$). Similarly, the results did not point to significant differences at follow-up ($Q = 2.45$, $df = 1$, $p = .12$) between the psychological treatment ($k = 13$, $d = 0.08$, 95% CI: -0.12 to 0.28) and the combined treatment ($k = 6$, $d = 0.92$, 95% CI: -0.11 to 1.95).

7.3.4.2. Type of psychological therapy

The analysis to determine the effect size depending on the type of psychological therapy revealed significant differences between cognitive behavioral therapy ($k = 10$, $d = 0.63$, 95% CI: 0.21–1.05) and problem-solving therapy ($k = 12$, $d = 0.14$, 95% CI: 0.01–0.27) at post-treatment ($Q = 4.74$, $df = 1$, $p = .03$) when they were applied in combination with pharmacological intervention. All other comparisons between psychological therapies alone or in combination with drugs did not show significant differences either at the end of treatment or at follow-up (see Table 7.4).

Table 7.4. Specific comparisons between therapies

	Combined treatment				Psychological treatment			
	Post-treatment		Follow-up		Post-treatment		Follow-up	
	<i>Q-value</i>	<i>p</i>	<i>Q-value</i>	<i>p</i>	<i>Q-value</i>	<i>p</i>	<i>Q-value</i>	<i>p</i>
CBT vs COU	0.88	.34	4.02	.05	0.63	.42	0.54	.46
CBT vs PST	4.74	.03	3.92	.05	2.48	.12	0.58	.45
COU vs PST	1.39	.24	0.01	.93	0.61	.44	0.00	.94

Notes: CBT, Cognitive-behavioral therapy; COU, Counselling; PST, Problem-solving therapy.

7.3.4.3. Type of diagnosis

Comparisons by type of diagnosis indicated significant differences ($Q = 5.37$, $df = 1$, $p = .02$) between the effect obtained from brief psychological therapies at post-treatment for anxiety ($k = 4$, $d = 0.78$, 95% CI: 0.34 to 1.22) and mixed depression and anxiety ($k = 12$, $d = 0.22$, 95% CI: 0.04 to 0.40). The rest of the comparisons showed no significant differences (see Table 7.5). Because only one study (Power et al., 1989)

provided follow-up data for the diagnosis of anxiety, comparisons made at follow-up were limited to the diagnosis of depression ($k = 9$, $d = 0.47$, 95% CI: -0.20 to 1.15) and mixed depression and anxiety ($k = 9$, $d = 0.03$, 95% CI: -0.14 to 0.19), with no significant differences between both effects ($Q = 1.62$, $df = 1$, $p = .20$).

Table 7.5. Specific comparisons according to the type of diagnosis

	<i>Q-value</i>	<i>p</i>
Anxiety vs Depression	2.09	.15
Anxiety vs Mixed anxiety and depression	5.37	.02
Depression vs Mixed anxiety and depression	1.59	.21

7.3.5. Meta-regression

The results of the meta-regression analyses are shown in Table 7.6. As can be seen, the type of treatment (alone or in combination with drugs) did not act as an effect size predictor at post-treatment, but it clearly did at follow-up. Additionally, the type of psychological therapy functioned as an effect size predictor at post-treatment when comparing cognitive behavioral therapy to problem-solving therapy, but not when compared to counseling. At follow-up, this variable acted as an effect size predictor when comparing cognitive behavioral therapy to problem-solving therapy and counseling. Moreover, the diagnosis acted as an effect size predictor when comparing anxiety to mixed anxiety and depression at post-treatment. This result did not appear at follow-up. The rest of the variables (treatment format, mean number of therapy sessions, quality of the studies, mean age of participants, gender, demographic region, and length of the sessions) did not act as effect size predictors either at post-treatment or at follow-up.

Table 7.6. Standardized regression coefficients of the moderator variables regarding the effect size of brief psychological therapies at post-treatment and follow-up

Variable	Time	β	SE	<i>p</i> -value
Treatment	Post-treatment	Ref		
Psychological				
Combined		.17	.16	.30
Treatment	Follow-up	Ref		
Psychological				
Combined		.78	.33	.02
Therapy	Post-treatment	Ref		
CBT				
COU		-.28	.22	.19
PST		-.45	.21	.03
Therapy	Follow-up	Ref		
CBT				
COU		-1.15	.42	.01
PST		-1.03	.42	.01
Diagnosis	Post-treatment	Ref		
Anxiety				
Depression		-.43	.30	.15
Mixed		-.62	.31	.04
Diagnosis	Follow-up	Ref		
Depression				
Mixed		-.39	.35	.26
Format	Post-treatment	Ref		
Individual				
Group		-.22	.22	.31
Format	Follow-up	Ref		
Individual				
Group		-.69	.91	.44
Mean sessions	Post-treatment	.04	.05	.42
Mean sessions	Follow-up	-.06	.12	.60
Mean age	Post-treatment	.00	.00	.73
Mean age	Follow-up	.02	.01	.05
Sessions length	Post-treatment	.00	.00	.41
Sessions length	Follow-up	-.07	.12	.60
Gender	Post-treatment	-.01	.00	.18
Gender	Follow-up	-.01	.01	.17
Country	Post-treatment	Ref		
Europe				
USA		-.00	.22	.98
Rest of the world		-.27	.20	.17
Country	Follow-up	Ref		
Europe				
USA		.47	.83	.56
Rest of the world		-.35	.58	.54
Quality of the studies	Post-treatment	-.01	.05	.79
Quality of the studies	Follow-up	.10	.14	.49

Notes: CBT = Cognitive-behavioral Therapy; COU = Counselling; PST = Problem-Solving Therapy; Ref = Reference group; SE = Standard Error; USA = United States of America

7.3.6. Publication bias

The funnel plot analysis (see Figure 7.4) and Egger's linear regression test (Egger et al., 1997) did not indicate the presence of publication bias in the studies included in this work [$t(32) = .04; p = .96$].

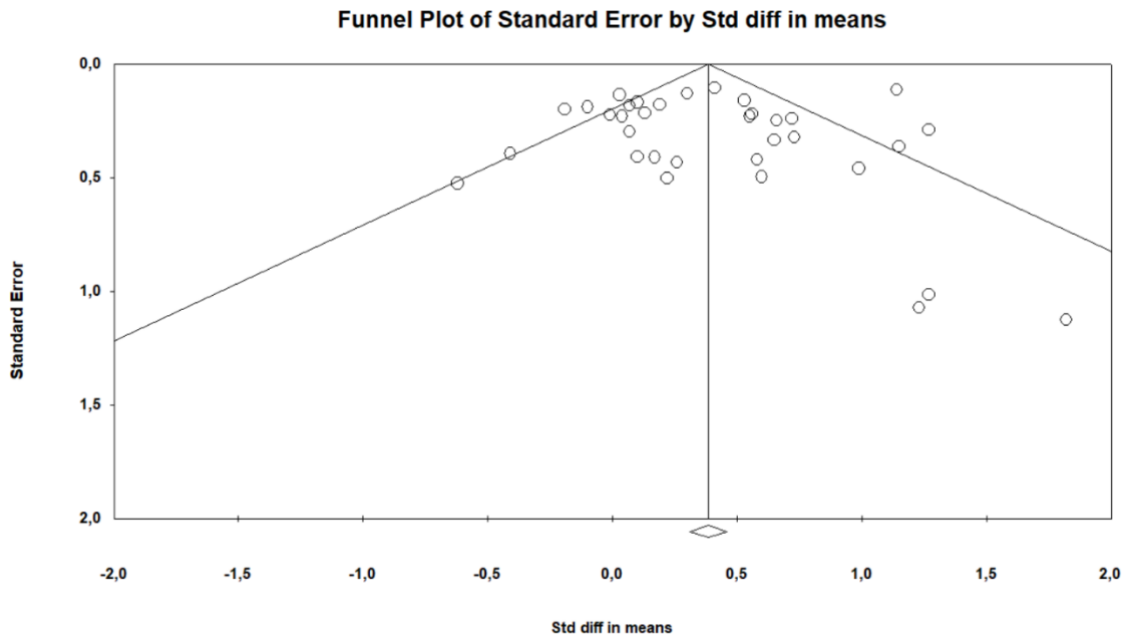


Figure 7.4. Funnel plot of brief therapies effect size data at post-treatment

7.4. Discussion

7.4.1. Main findings

The main aim of this study was to estimate the overall effects of brief psychological therapies applied in PC for the treatment of EDs compared to the more common pharmacological interventions in these settings. When all the studies were considered, we found a moderate effect that is favorable to time-limited psychological therapies. Although the number of sessions did not seem to be an important moderator factor, we might be able to support the idea that most gains are made within the first ten appointments. In fact, according to the majority of results (30/34), the mean number of sessions is between four and eight, with the mode being six sessions. In other words, and in accordance with Nieuwsma et al. (2012), just around six sessions of psychological therapy for EDs could be enough to produce a clinical change.

The outcome of the present analysis showed that brief psychological therapies are as effective as pharmacological interventions in the long-term. There is controversy in the scientific community about the long-term effectiveness of brief psychotherapies (Ali et al., 2017; Hemmings, 2000; Smit et al., 2007). However, some studies applied low-intensity therapies or supportive interventions. Thus, our result might be explained by looking at our restrictive selection criteria: we only took into account studies that carried out psychological therapies provided by a specialized mental health professional and no other health professional such as GPs. Moreover, we only included studies that implemented structured psychological treatments and no other potentially less powerful ones, such as self-help therapies or psychoeducational interventions. In other words, the risk of relapse seems to be small even if the psychological treatment is limited in time, as long as the intensity of the intervention is not reduced, and it is delivered by a mental health professional.

In accordance with the meta-analysis of Cape et al. (2010), we find that brief psychological therapies are effective in PC, but there is a slight discrepancy regarding the effect sizes obtained. However, it is remarkable that even when only brief psychological therapies are compared to pharmacological intervention, which is an active and proven effective treatment, and not with others like placebo or wait-lists, we obtained a higher effect size for depression and the previous effect sizes for anxiety and mixed anxiety and depression were maintained. Therefore, our results might be more precise and promising since they are circumscribed to the reality of the PC setting.

Some studies have argued that including medication in the treatment of EDs should be considered (Bortolotti et al., 2008; Cuijpers et al., 2014; Gonçalves & Byrne, 2011). However, we did not find any differences in the effect size of brief psychological therapies by themselves or in combination with drugs at the end of the intervention. Nevertheless, we found that the combined treatment might be effective in the long-term, but this result could be explained by the loss of a great number of the studies that did not provide follow-up data (19/34). In accordance with Collings et al. (2015), these findings are especially relevant for professional practice in PC, because psychological interventions are recommended as the first therapeutic option for EDs in this setting. The use of drugs to treat EDs would not be necessary in all cases, and would only be recommended when combined with psychological therapies and not the other way around.

Although our results are limited to emotionally distressed outpatients, brief psychotherapies have also been tested on inpatients with optimal clinical results (Driessen et al., 2010; Hopko et al., 2003). In fact, some studies suggest that the long-term effectiveness of brief psychotherapies does not depend so much on the initial severity, but on the level of functioning, the number of comorbid disorders, and the residual symptoms (Bower et al., 2013; Gallagher-Thompson et al., 1990; Luborsky et al., 1996). However, in accordance with our results, the scientific evidence indicates that combined treatment should be applied when treating chronic or resistant depressive disorders (Cuijpers et al., 2014; Dekker et al., 2013; Dunlop et al., 2019).

There is some debate as to whether the type of psychological therapy matters when it comes to clinical effectiveness. In line with studies which indicated that cognitive behavioral therapy is the most powerful psychological treatment for EDs (NICE, 2011; Tolin, 2020; Wang et al., 2007), we found that this type of therapy might be more effective than problem-solving therapy in PC, but achieve similar clinical outcomes to counseling immediately after the end of the treatment. However, these differences seem to disappear afterwards, with the three of them being equally effective. In this regard, other studies have defended the clinical equivalence of a wide variety of evidence-based psychotherapies (Churchill et al., 2001; Cuijpers et al., 2008; Nieuwsma et al., 2012; Wampold et al., 1997). To explain this, it has been argued that the role of common factors and therapeutic alliance is the main predictor of change among psychological treatments (Horvath et al., 2011; Vernmark et al., 2019; Wampold, 2015). For this reason, some studies have reported that the success of brief psychological therapies resides in the use of time as a tool to enhance therapeutic alliance (Fosha, 2004; Lyons & Low, 2009). Limiting the number of sessions would help both the patient and the therapist to focus on the treatment and to clarify goals, considering each session as an intervention with a particular outcome in order to achieve clinical improvement as soon as possible (Fosha, 2004).

Furthermore, we found that the effect of brief psychological therapies might vary depending on the diagnosis. Specifically, brief therapies seem to be especially effective for anxiety disorders compared to mixed disorders, but not when compared to depression. However, we were unable to determine if these differences remain when seeking long-term effectiveness because the number of studies was insufficient to conduct the appropriate analyses. Nevertheless, it is clear that most EDs are related to depression or

mixed symptoms and not to pure anxiety disorders. For that reason, it makes sense to consider a transdiagnostic perspective, which defends a dimensional conceptualization of EDs and aims to address their underlying characteristics (Barlow et al., 2004, 2017; McManus et al., 2011). The transdiagnostic approach would appear to be particularly appropriate for EDs, as several studies have shown that depression and anxiety share important psychopathological aspects that can be treated effectively without a specific-disorder intervention (Barlow et al., 2017; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019; Newby et al., 2015). Within this transdiagnostic framework, brief psychological therapies could be a possible solution for the high comorbidity among EDs in the PC setting. In fact, brief transdiagnostic therapies have been designed, protocolized, and successfully applied (Gálvez-Lara et al., 2019; Corpas et al., 2021). Additionally, the recent systematic review of Cassiello-Robbins et al. (2020) endorses their effectiveness for a wide range of patients with different characteristics and comorbid disorders worldwide.

The meta-regression analyses suggest that the type of treatment influences the effect size at follow-up, which might be related with the idea that the combined treatment could be the most effective option in the long-term. Moreover, the type of psychological therapy also acted as an effect size predictor, being more likely to archive better outcomes when applying cognitive-behavioral therapy. Lastly, the analyses confirm our results regarding the effect size differences between the type of diagnosis. No other characteristics of the participants, the intervention, or the quality of the studies seem to influence the effectiveness of this type of therapies.

7.4.2. Limitations and future research

The first limitation is related to our selection criteria, which was restricted to published studies and to English-language publications. As concerns the diagnoses, caution should be taken with regard to the result about anxiety disorders since we only obtained four studies for this condition. As expected, the high variability among the type of outcome measures, follow-up intervals, country, or number of randomized participants increased the heterogeneity. Although this was approached statistically using a random effects model, which assumes the differences between the effect sizes of the studies, this might decrease the strength of our findings. In general, the more specific the analyses are, the more homogeneity is obtained and hence the more accurate our results become (see Table 7.2 and 7.3). We analyzed age, gender, and demographic region as effect size

moderator variables. However, we did not analyze other possible variables, such as culture or socioeconomic level. In spite of the fact that therapeutic alliance has been proposed as an explanation for the success of brief psychological interventions (Fosha, 2004; Lyons & Low, 2009), it was not possible to analyze this relation because the studies did not provide therapeutic alliance measures.

Following the indications of Hofmann et al. (2012), the results of meta-analyses such as ours should not be generalized to other populations that are not considered in the inclusion criteria. Consequently, brief psychological interventions in PC might not be suitable for children or patients with other mental disorders or with disabilities. In that sense, the severity of anxiety or mood disorders has not been taken into account. Despite the evidence that brief psychotherapies could be successfully applied for severe cases (Bower et al., 2013), it would be plausible to assume that the therapeutic effect of these therapies compared to pharmacological interventions was not as high as it could have been when excluding chronic patients and comorbid conditions.

It has been argued that when studies presenting questionable quality are excluded, the effect sizes tend to be smaller (A-Tjak et al., 2015). We found that none of the included studies present a high risk of all the biases considered in the meta-analysis, while two studies present a clearly low risk of all of them (Kendrick et al., 2005; Lamers et al., 2010). Even though we analyzed and rejected the possible link between the quality of the included studies and the effect sizes obtained, more well-designed studies would be required.

In light of the above, future research efforts could be focused on widening the search for studies in other languages, enlarging the sample of studies on pure anxiety disorders, narrowing the severity of the disorders, and studying other moderator variables related to population characteristics. Finally, more RCTs comparing brief psychological therapies to pharmacological interventions are needed to verify our findings.

7.5. Conclusion

There is some evidence that brief psychological therapies applied in PC may be at least equivalent to, or in some cases even superior to, brief uses of pharmacological interventions for the treatment of EDs. Furthermore, it is possible that brief cognitive behavioral therapy involves better clinical outcomes in the short term compared to

problem-solving therapy, but not when compared to counseling. However, the particular type of therapy does not seem to be important afterwards, which might be related to the idea that therapeutic alliance and time limitations are key factors to enhance and hasten the effectiveness of the psychological treatment. Regarding the diagnoses, it is difficult to deduce whether brief psychological therapies are more effective for anxiety or depressive disorders. Nevertheless, due to the high comorbidity usually present in real contexts, the transdiagnostic perspective could be considered here as an important therapeutic approach. Furthermore, it appears that the combination of both time-limited psychological treatment and medication may be the best therapeutic option in the long term. However, it should be noted that it is probably the combination of both treatments which leads to that outcome, and not the more powerful effect of prescribed drugs. Since it is known that nearly half of all PC consultations are related to anxiety and depressive symptoms (Kroenke et al., 2007) and given the innovative nature, practical applications, and accessibility of brief psychological therapies, these treatments could be a good option for patients. Therefore, expanding the use of these therapies in PC settings would likely contribute to the correct treatment of a higher number of patients in a relatively short amount of time.

The implications of these conclusions are substantive in that they may reinforce the scientific evidence supporting the implementation of brief psychological treatments in PC, which has been argued to be a public health need that demands a policy change to enable the best possible treatments for EDs (Gatchel & Oordt, 2003; McDaniel & DeGruy, 2014). Nevertheless, important aspects, such as data on the ideal characteristics of the patients or suitable ways of accomplishing brief psychological therapies in PC, are as yet poorly studied. In this sense, Bower et al. (2011) argued that this issue requires more research and dedication with the hope of developing effective treatments for EDs in public health systems.

7.6. References

References with an asterisk (*) were included in the systematic review.

- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behavioral Research Therapy*, *94*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-Analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1): 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, *74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- * Barrett, J. E., Williams, J. W., Jr., Oxman, T. E., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., Hegel, M. T., Cornell, J. E., & Sengupta, A. S. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *The Journal of Family Practice*, *50*(5), 405-412
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, *30*, 1359-1367. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002950>
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *41*(2), 257–278. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1988.tb00901.x>

- Bernhardsdottir, J., Vilhjalmsón, R., & Champion, J. D. (2013). Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic university students. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(7), 497–504. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.773473>
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.04.001>
- Bower, P., Knowles, S., Coventry, P. A., & Rowland, N. (2011). Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001025.pub3>
- Bower, P., Sutton, A., Richards, D. A., Gilbody, S., Christensen, H., Huibers, M., van Straten, A., Barkham, M. & Liu, E. T. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal, 346*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f540>
- * Brodaty, H., & Andrews, G. (1993). Brief psychotherapy in family practice: a controlled prospective intervention trial. *British Journal of Psychiatry, 143*(1), 11-19. <https://doi.org/10.1192/bjp.143.1.11>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology (New York), 26*(2), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine, 8*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Cassiello-Robins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations: facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review, 78*, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- * Catalan, J., Gath, D. H., Anastasiades, P., Bond, S. A. K., Day, A., & Hall, L. (1991). Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary

- care. *Psychological Medicine*, 21(4), 1013–1018.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700030002>
- * Chibanda, D., Shetty, A. K., Tshimanga, M., Woelk, G., Stranix-Chibanda, L., & Rusakaniko, S. (2014). Group problem-solving therapy for postnatal depression among HIV-positive and HIV-negative mothers in Zimbabwe. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 13(4), 335–341.
<https://doi.org/10.1177/2325957413495564>
- 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*, 5(35). <https://doi.org/10.3310/hta5350>
- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Collings, S., Mathieson, F., Dowell, A., Stanley, J., Hatcher, S., Goodyear-Smith, F., Lane, B., & 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.
<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0778-y>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 56–67.
<https://doi.org/10.1002/wps.20089>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
<https://doi.org/10.1037/a0013075>
- Dekker, J., Van, H. L., Hendriksen, M., Koelen, J., Schoevers, R. A., Kool, S., van Aalst, G., & Peen, J. (2013). What is the best sequential treatment strategy in the treatment of depression? Adding pharmacotherapy to psychotherapy or vice versa? *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(2), 89–98.
<https://doi.org/10.1159/000341177>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A. de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Dunlop, B. W., LoParo, D., Kinkead, B., Mletzko-Crowe, T., Cole, S. P., Nemeroff, C. B., Mayberg, H. S., & Craighead, W. E. (2019). Benefits of sequentially adding cognitive-behavioral therapy or antidepressant medication for adults with nonremitting depression. *The American Journal of Psychiatry*, 176(4), 275-286.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091075>
- * Dwight-Johnson, M., Aisenberg, E., Golinelli, D., Hong, S., O'Brien, M., & Ludman, E. (2011). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for Latino patients living in rural areas: a randomized pilot study. *Psychiatric services*, 62(8), 936-942. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0936
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Fosha, D. (2004). Brief integrative therapy comes of age: a commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 66–92. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.66>
- * Friedli, K., King, M. B., Lloyd, M., & Horder, J. (1997). Randomized controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *The Lancet*, 350(9092), 1662–1665. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)05298-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)05298-7)
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A., & Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: a review of the evidence of leading international organizations.

- Clinical Child and Family Review*, 21(3), 366-387.
<https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Venceslá, J. F., & Moriana, J. A. (2019). Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: Study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02674>
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 371-374.
- Gatchel, R. J., & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10592-000>
- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.010>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107. <https://doi.org/10.2307/1164588>
- * Hegerl, U., Hautzinger, M., Mergl, R., Kohlen, R., Schütze, M., Scheunemann, W., Allgaier, A., Coyne, J., & Henkel, V. (2010). Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: A randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13(01), 31. <https://doi.org/10.1017/S1461145709000224>
- * Hemmings, A. (1997). Counselling in primary care: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 32(3), 219–230. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(97\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(97)00035-9)
- Hemmings, A. (2000). A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Families, Systems, & Health*, 18(3), 279–313. <https://doi.org/10.1037/h0091857>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *A Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- * Holden, J. M., Sagovsky R., & Cox J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298:223. <https://doi.org/10.1136/bmj.298.6668.223>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469. <https://doi.org/10.1177/0145445503255489>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- * Husain, N., Chaudhry, N., Fatima, B., Husain, M., Amin, R., Chaudhry, I. B., Rahman, R., Tomenson, B., Jafri, F., Naeem, F., & Creed, F. (2014). Antidepressant and group psychosocial treatment for depression: a rater blind exploratory RCT from a low-income country. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(6), 693–705. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000441>
- * Kendrick, A., Simons, L., Mynors-Wallis, L., Gray, A., Lathlean, J., Pickering, R., Harris, S., Rivero-Arias., O., Gerard, K., & Thompson, C. (2005). A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPNGP study. *Health Technology Assessment*, 9(37): 1-104. <https://doi.org/10.3310/hta9370>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- * Lamers, F., Jonkers, C. C. M., Bosma, H., Kempen, G. I. J. M., Meijer, J. A. M. J., Penninx, B. W., Knottnerus, J. A., & van Eijk, J. T. M. (2010). A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(4), 217–226. <https://doi.org/10.1159/000313690>

- * Lang, A. J., Norman, G. J., & Casmar, P. V. (2006). A randomized trial of a brief mental health intervention for primary care patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1173–1179. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1173>
- * Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M., & Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology, 26*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00718.x>
- * Liu, S. I., Huang, H. C., Yeh, Z. T., Hwang, L. C., Tjung, J. J., Huang, C. R., Hsu, C. C., Ho, C. J., Sun, I. W., Fang, C. K., & Shiau, S. J. (2007). Controlled trial of problem-solving therapy and consultation-liaison for common mental disorders in general medical settings in Taiwan. *General Hospital Psychiatry, 29*(5), 402–408. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.06.006>
- Luborsky, L., Diguier, L., Cacciola, J., Barber, J. P., Moras, K., Schmidt, K., & Derubeis, R. J. (1996). Factors in Outcomes of Short-Term Dynamic Psychotherapy for Chronic vs. Nonchronic Major Depression. *The Journal of psychotherapy practice and research, 5*(2), 152–159.
- * Lynch, D., Tamburrino, M., Nagel, R., & Smith, M. K. (2004). Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. *Psychological Reports, 94*(3), 785–792. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.785-792>
- Lyons, R., & Low, P. (2009). Brief psychological therapy in primary care: The psychologist's challenge. *The New Zealand Psychological Society, 38*, 24-31
- * Magnani, M., Sasdelli, A., Bellino, S., Bellomo, A., Carpinello, B., Politi, P., Menchetti, M., & Berardi, D. (2016). Treating depression: what patients want; findings from a randomized controlled trial in primary care. *Psychosomatics, 57*(6), 616–623. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.05.004>
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. V. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist, 69*(4), 325–331. <https://doi.org/10.1037/a0036222>
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2011). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 491–505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>
- * Mitchell, P. H., Veith, R. C., Becker, K. J., Buzaitis, A., Cain, K. C., Fruin, M., Tirschwell, D., & Teri, L. (2009). Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care

- with antidepressant: living well with stroke: Randomized controlled trial. *Stroke*, *40*(9), 3073–3078. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.549808>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moreno, E. M., & Moriana, J. A. (2016). 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*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0135-y>
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, *54*, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Morris, S. B., & DeShon, R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, *7*(1), 105–125. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.105>
- * Mynors-Wallis, L. M., Davies, I., Gray, A., Barbour, F., & Gath, D. (1997). A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry*, *170*(2), 113-119. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.2.113>
- * Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Lloyd-Thomas, A. R., & Tomlinson, D. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ*, *310*(6977), 441–445. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6977.441>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011) *Common mental health problems: Identification and pathways to care Clinical guideline*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-

- analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129–151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- * Oxman, T. E., Hegel, M. T., Hull, J. G., & Dietrich, A. J. (2008). Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 933–943. <https://doi.org/10.1037/a0012617>
- * Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G., & Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: A randomised, controlled trial. *The Lancet*, 361, 33–39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12119-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12119-8)
- * Power, K. G., Jerrom, D. W. A., Simpson, R. J., Mitchell, M. J., & Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0141347300015597>
- * Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Wallace, L. A. (1990). Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 40(336), 289–294.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>.
- Saravanan, C., Alias, A., & Mohamad, M. (2017). The effects of brief individual cognitive behavioural therapy for depression and homesickness among international students in Malaysia. *Journal of Affective Disorders*, 220, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.037>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- * Schreuders, B., van Marwijk, H., Smit, J., Rijmen, F., Stalman, W., & van Oppen, P. (2007). Primary care patients with mental health problems: Outcome of a

- randomised clinical trial. *British Journal of General Practice*, 57(544), 886–891.
<https://doi.org/10.3399/096016407782317829>
- * Scott, A. I., & Freeman, C. P. (1992). Edinburgh primary care depression study: Treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ*, 304(6831), 883–887. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6831.883>
- * Scott, C., Tacchi, M., Jones, R., & Scott, J. (1997). Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 171(2), 131–134. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.131>
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H., & van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000670>
- Shepardson, R. L., Funderburk, J. S., & Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, & Health*, 34(2), 114–127 <https://doi.org/10.1037/fsh0000175>
- Smit, A., Tiemens, B. G., & Ormel, J. (2007). Improving long-term outcome of depression in primary care: A review of RCTs with psychological and supportive interventions. *The European Journal of Psychiatry*, 21(1), 37–48. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632007000100005>
- Smits, F. T., Brouwer, H. J., ter Riet, G., & van Weert, H. C. (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(1), 36. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- * van Schaik, A., van Marwijk, H., Adèr, H., van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B., van der Kooij, K., van Hout, H. & Beekman, A. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 777–786. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000199341.25431.4b>

- Vernmark, K., Hesser, H., Topooco, N., Berger, T., Riper, H., Luuk, L., Backlund, L., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). Working alliance as a predictor of change in depression during blended cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(4), 285–299. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1533577>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A. & Delgadillo, J. (2020). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “all Must Have Prizes.” *Psychological Bulletin, 122*, 203–215. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.122.3.203>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lee, S., Levinsion, D., Ono, Y., Petukhova, M., ... 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. *The Lancet, 370*, 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- * Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N., & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ, 321*, 383–1388. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7273.1383>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, 175*, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- * Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders, 29*, 209–216. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00034-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00034-1)

- * Williams, Jr, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., Cornell, J., & Sengupta, A. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *JAMA*, *284*(12), 1519-1526. <https://doi.org/10.1001/jama.284.12.1519>
 - * Wong, S. Y. S., Sun, Y. Y., Chan, A. T. Y., Leung, M. K. W., Chao, D. V. K., Li, C. C. K., Chan, K. K. H., Tang, W. K., Mazzucchelli, T., Au, A. M. L., & Yip, B. H. K. (2018). Treating subthreshold depression in primary care: A randomized controlled trial of behavioral activation with mindfulness. *Annals of Family Medicine*, *16*(2), 111-119. <https://doi.org/10.1370/afm.2206>
 - * Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Mak, W. W. S., Mercer, S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., Liu, C. Y., Tang, W. K., Lo, H. H., Wu, J. C., Lee, T. M. Gao, T., Griffiths, S. M., Chan, P. H., & Ma, H. S. W. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy vs. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 68–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.

CAPÍTULO 8

Estudio 2

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 21(1), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>

Abstract

Background/Objective: Brief transdiagnostic psychotherapies are a possible treatment for emotional disorders. We aimed to determine their efficacy on mild/moderate emotional disorders compared with treatment as usual (TAU) based on pharmacological interventions. Method: This study was a single-blinded randomized controlled trial with parallel design of three groups. Patients ($N = 102$) were assigned to brief individual psychotherapy ($n = 34$), brief group psychotherapy ($n = 34$) or TAU ($n = 34$). Participants were assessed before and after the interventions with the following measures: PHQ-15, PHQ-9, PHQ-PD, GAD-7, STAI, BDI-II, BSI-18 and SCID. We conducted per protocol and intention-to-treat analyses. Results: Brief psychotherapies were more effective than TAU for the reduction of emotional disorders symptoms and diagnoses with moderate/high effect sizes. TAU was only effective in reducing depressive symptoms. Conclusions: Brief transdiagnostic psychotherapies might be the treatment of choice for mild/moderate emotional disorders and they seem suitable to be implemented within health care systems.

Keywords: emotional disorders; transdiagnostic treatment; brief psychotherapies; randomized controlled trial; experiment.

8.1. Introduction

Emotional disorders (EDs) include diagnoses of depression, anxiety and somatoform disorders (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, 2011). They are the most prevalent mental disorders worldwide (World Health Organization WHO, 2017) and public health systems have pointed a concerning increase of them in the last decades (Chisholm et al., 2016). Scientific research indicates psychological therapies as the treatment of choice for EDs (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, 2011; Hollon et al., 2006; Joesch et al., 2011; Watts et al., 2015). Although medication is recommended for severe cases, its use in patients with mild/moderate symptoms is usually unnecessary (Dunlop et al., 2019). In fact, it has been proven that psychotherapies promote higher rates of recovery for that patient profile (Wells et al., 2000). Individual and group psychological treatments have been two typical approaches to treat EDs, although there is not a clear consensus about whether there is a difference regarding their efficacy. In this sense, some studies claim the superiority of the individual approach (Gili et al., 2014; Hauksson et al., 2017; Moreno et al., 2013) while others conclude their equal efficacy (Cuijpers et al., 2008; Fawcett et al., 2019; Huntley et al., 2012; Neufeld et al., 2020; van Rijn & Wild, 2016). However, most of the patients are treated in primary care (PC) exclusively with medication, which might be a risk for their health (Bebbington et al., 2000). Moreover, even when patients are referred to specialized care, the adherence to psychological manualized treatments tends to be poor and incomplete (Gyani et al., 2015; Labrador et al., 2011).

For that reasons, “brief psychotherapies” emerged as a possible treatment for EDs, especially for those with mild/moderate symptoms (Shepardson et al., 2016). Following the meta-analysis of Cape et al. (2010), these therapies should have more than two and less than ten sessions and they have proven to be effective in reducing EDs symptoms (Bernhardsdottir et al., 2013; Koutra et al., 2010; Saravanan et al., 2017). Some works have shown that brief therapies obtain similar results to conventional therapies (Miller, 2000; Nieuwsma et al., 2012). Furthermore, brief psychotherapies appear to enhance the treatment adherence because of the use of time as a tool to develop therapeutic alliance (Bedics et al., 2005; Fosha, 2004). Due to the high comorbidity among EDs (González-Robles et al., 2018), transdiagnostic approaches have been developed to treat them simultaneously (Barlow et al., 2017; Sakiris & Berle, 2019). In fact, it has been pointed that most affective disorders share several underlying characteristics (McManus et al.,

2011; Pascual-Vera et al., 2019). In this sense, one of the most important transdiagnostic treatment manuals is the Unified Protocol for the EDs (Barlow et al., 2014). It has been applied successfully in both individual (Barlow et al., 2017) and group formats (Bullis et al., 2015; Osma et al., 2018). Several studies have shown its effectiveness for the reduction of anxiety and depressive symptoms for patients with comorbid disorders (McManus et al., 2011; Norton, 2008; Sakiris & Berle, 2019). Furthermore, the recent review of Cassiello-Robbins et al. (2020), suggests that the Unified Protocol can be applied in an abbreviated adaptation.

Due to the importance of implementing evidence-based interventions (Gálvez-Lara et al., 2018, 2019a; Moriana et al., 2017), more research about brief transdiagnostic therapies is needed. In this regard, the aim of this study is to determine the differential effects on EDs of brief individual and brief group psychotherapies compared with psychopharmacology interventions. It was hypothesized that patients receiving both types of brief psychotherapies would obtain greater clinical outcomes than patients being treated with psychotropic drugs. On the one hand, they would reduce more their EDs symptoms and, on the other hand, they would also remove more their diagnostic status for the different disorders. Furthermore, it was expected that patients receiving brief individual psychotherapy would obtain better clinical results (regarding both the severity of the symptoms and the loss of the diagnoses) than those receiving brief group psychotherapy.

8.2. Method

8.2.1. Participants

This was a randomized controlled trial conducted in PC and specialized care centers of Cordoba (Spain). Patients were recruited between November 2018 and November 2019 via their general practitioner when they consulted for the first time in PC with mild/moderate EDs symptoms. Inclusion criteria included patients aged 18-65 with at least one of the following EDs: depression disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder and somatoform disorder. Predetermined cutoff points of different self-reported measures must be met: Generalized Anxiety Disorder Scale GAD-7 ≥ 5 ; Patient Health Questionnaire-9 PHQ-9 ≥ 10 ; Patient Health Questionnaire-15 PHQ-15 ≥ 5 ; Patient Health Questionnaire-Panic Disorder PHQ-PD ≥ 8 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano et al., 2017; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana et al., 2017). Afterwards,

a clinical assessment was developed using DSM-5 (American Psychiatric Association APA, 2013) criteria according to SCID interview for anxiety, somatization and depression disorders in order to diagnose one or more EDs. Exclusion criteria included the presence severe mental disorders, severe depression (PHQ-9 \geq 20), severe anxiety (GAD-7 \geq 15), recent suicide attempts, substance use disorders and intellectual disability. Participants that were already taking drugs that interfere with the Central Nervous System were also excluded. Patients were assigned randomly to one of the three following interventions according to a computer-generated allocation sequence (ratio 1:1:1):

1. *Brief individual psychotherapy*. Experimental group where patients received time-limited psychotherapy in an individual format. Treatment consisted in one session per week during eight weeks delivered by clinical psychologists in the Psychotherapy Unit of the Reina Sofia University Hospital of Cordoba (Spain). This intervention was designed according to an adaptation of the Unified Protocol for the transdiagnostic approach of EDs (Barlow et al., 2014; Ellard et al., 2010) and the NICE guideline "Common mental health disorders" (NICE, 2011).
 - S1. Motivation for change. Decisional balance techniques are used to defining therapeutic goals and increase commitment to treatment.
 - S2. Emotional psychoeducation. Adaptive function of emotions and the concept of "emotion driven behaviors" are introduced.
 - S3. Training in emotional awareness. Emotional awareness centered in the present without judging is taught and practiced.
 - S4. Cognitive restructuring. Different techniques are used to detect and modify irrational ways of thinking.
 - S5. Correct avoidant behaviors. The role of avoidant behaviors for the development and maintenance of EDs are explained in order to change them.
 - S6. Increase tolerance to physical sensations. Several exercises that cause physical sensations are performed and discussed.
 - S7. Emotional exposure. Emotional habituation is developed by encouraging patients to face symptom's triggers.
 - S8. Relapse prevention. Learned skills are reviewed and instructions to face future situations are offered.

2. *Brief group psychotherapy*. Experimental group where patients received the same intervention described above, but in a group format with approximately 10 participants. It was delivered by clinical psychologists in PC centers of Cordoba (Spain).
3. *Treatment as Usual (TAU)*. Active comparator group where patients received pharmacological treatment (mainly anxiolytics and antidepressants) delivered by their general practitioner in the PC centers involved in the study. The consultations consisted in 5-7 minutes during a minimum of 3 and a maximum of 8 months (according to the general practitioner criteria) in which EDs symptoms were evaluated and drugs were prescribed.

From the 129 participants recruited, 102 (79.10%) met inclusion criteria. Following the study design, they were randomized to brief individual psychotherapy ($n = 34$), brief group psychotherapy ($n = 34$) and TAU ($n = 34$). Twelve (11.8%) patients abandoned their correspondent intervention. No demographic or clinical variables were related to this experimental mortality. Reasons participants gave for leaving the treatments were related to unexpected events in their lives such as city changes and family structural modifications. Flow diagram can be observed in Figure 8.1. The most common patient profile was a married woman in her late thirties ($M = 38.50$, $SD = 12.20$), unemployed, earning less than €24.000 annually and presenting multiple EDs. No clinical or sociodemographic differences between the groups were observed (see Table 8.1).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

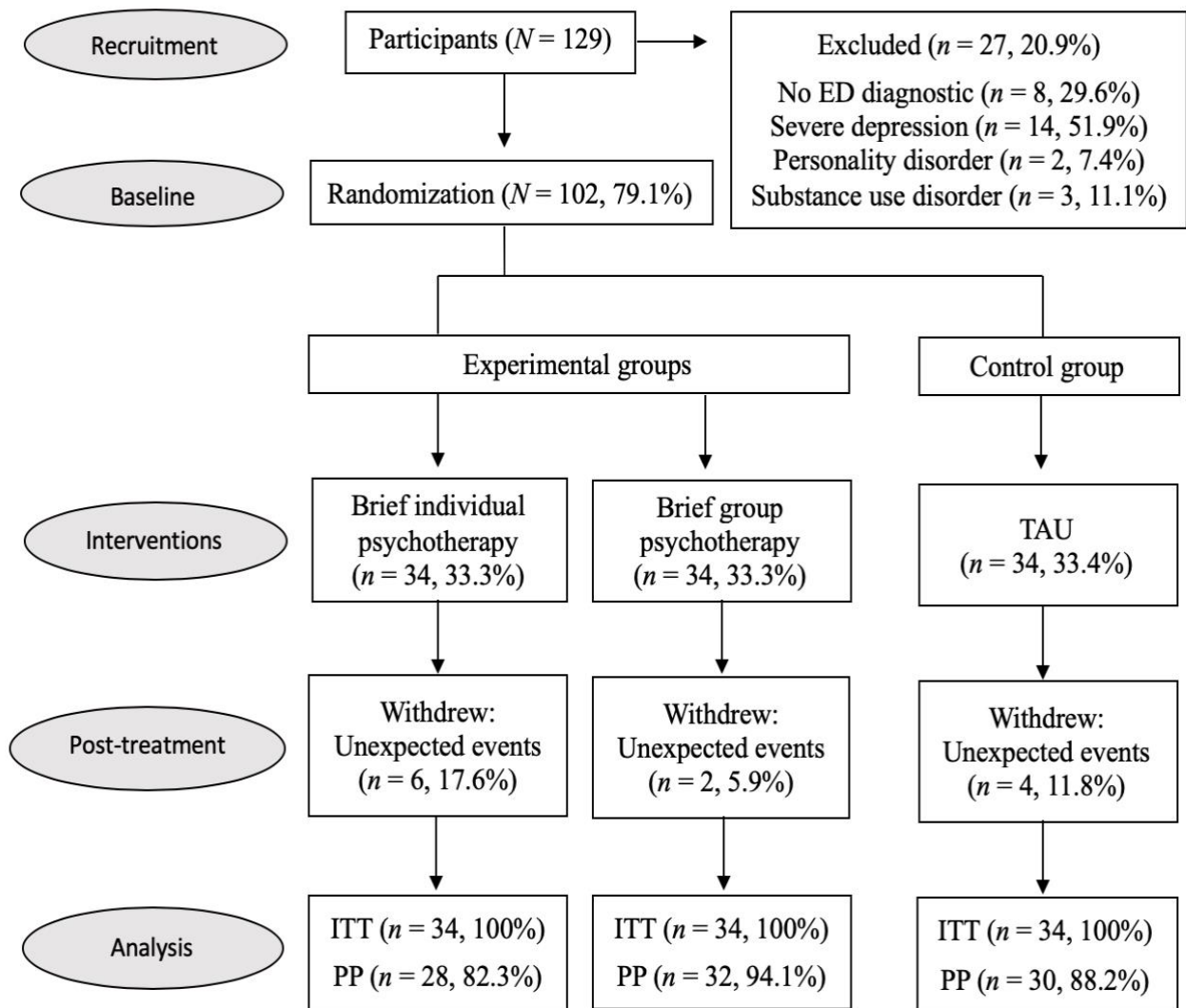


Figure 8.1. Flow CONSORT diagram.

Notes: ED = Emotional Disorder; ITT = Intention-to-Treat; PP = Per Protocol; TAU = Treatment as Usual.

Table 8.1. Sociodemographic and clinical characteristics of the different groups at baseline

Variable	Brief individual psychotherapy (n = 34)	Brief group psychotherapy (n = 34)	TAU (n = 34)	χ^2/F	p
Sociodemographic characteristics					
Age in years, <i>M (SD)</i>	38.47 (13.76)	38.85 (11.01)	38.18 (11.96)	0.02	.974
Gender: n (%) women	31 (91.20)	30 (88.20)	29 (85.30)	0.56	.753
Civil status, n (%)				4.51	.341
Never married	9 (26.50)	7 (20.60)	14 (41.20)		
Married/cohabiting	20 (58.80)	20 (58.80)	17 (50)		
Separated/widowed	5 (14.70)	7 (20.60)	3 (8.80)		
Educational level, n (%)				0.77	.941
Elementary/primary education	5 (14.70)	6 (17.60)	6 (17.60)		
Secondary education	19 (55.90)	21 (61.80)	20 (58.80)		
Superior/university education	10 (29.40)	7 (20.60)	8 (23.50)		
Employment status, n (%)				1.65	.798
Employed	10 (29.40)	14 (41.20)	12 (35.30)		
Unemployed	15 (44.10)	14 (41.20)	16 (47.10)		
Sick leave	9 (26.50)	6 (17.60)	6 (17.60)		
Annual income, n (%)				2.04	.916
< 12000€	6 (17.60)	6 (17.60)	5 (14.70)		
12000 ≤ 24000€	15 (44.10)	14 (41.20)	13 (38.20)		
24000 ≤ 36000€	9 (26.50)	11 (32.40)	14 (41.20)		
> 36000€	4 (11.80)	3 (8.80)	2 (5.90)		
Clinical characteristics					
Symptom scales, <i>M (SD)</i>					
PHQ-15	12.79 (5.360)	13.32 (5.28)	14.71 (6.07)	1.06	.349
PHQ-9	12.41 (4.04)	11.88 (4)	13.38 (3.46)	1.33	.268
PHQ-PD	7.76 (4.27)	7.91 (4.44)	8.38 (4.10)	0.19	.824
GAD-7	10.41 (5.11)	12.18 (4.32)	11.06 (3.95)	1.34	.264
STAI-S	36.35 (11.38)	32.21 (8.82)	34.12 (8.91)	1.53	.221
STAI-T	36.21 (9.79)	33.00 (6.36)	36.12 (7.77)	1.73	.182
BDI-II	23.62 (11.12)	22.21 (9.93)	25.79 (10.01)	1.03	.360
BSI-18	31.85 (14.84)	35.82 (10.99)	34.44 (8.57)	1.00	.372
Diagnoses, n (%)					
Somatoform disorder	30 (88.20)	32 (94.10)	28 (82.40)	2.26	.322
Depression disorder	26 (76.50)	27 (75.40)	26 (76.50)	0.11	.945
Panic disorder	19 (55.90)	19 (55.90)	20 (58.80)	0.08	.961
Generalized anxiety disorder	21 (61.80)	24 (70.60)	21 (61.80)	0.77	.680

Notes: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; GAD = Generalized Anxiety Disorder Scale; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; STAI-S/T = State-Trait Anxiety Inventory-State/Trait; TAU = Treatment as Usual

8.2.2. Instruments

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006). It measures anxiety symptoms between 0-21 points. Higher scores indicate higher severity. It has 7 items and patients rate the frequency of their anxiety symptoms in a 4-point Likert scale during the past 15 days. The scale has good internal consistency ($\alpha = .93$) (García-Campayo et al., 2010).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983). It is a measure of state and trait anxiety. It has 40 items (20 for trait and 20 for state) with a 4-point Likert scale. We used and reported the two anxiety subscales (state and trait) independently. Scores vary between 0-60 points and higher scores indicate higher anxiety. It has good internal consistency ($\alpha = .86$) (Spielberger et al., 1983).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). It is a screening tool for mayor depressive disorder. It has 9 items and patients rate their depressive symptoms using a 4-point Likert scale during the last 15 days. Scores vary between 0-27 and higher scores indicate higher severity. It has good internal consistency ($\alpha = .86$ to $.89$) (Kroenke et al., 2001).

Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996). It measures the severity of depressive symptoms. It has 21 items with a 3-point Likert scale. Scores vary from 0-63 points and higher scores indicate worse mood. It has excellent internal consistency ($\alpha = .94$) (Arnau et al., 2001).

Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15; Kroenke et al., 2002). It asseses somatoform disorder. Patients are asked to rate the frequency of their somatic symptoms through 15 items with a 3-points Likert scale. Scores vary from 0-30 points and higher scores indicate higher severity. It has good internal consistency ($\alpha = .78$) (Montalban et al., 2010).

Patient Health Questionnaire-Panic Disorder (PHQ-PD; Spitzer et al., 1999). It is an assesement instrument for panic disorder. It has 15 items and patients respond affirmatively or negatively to the different symptoms. Scores vary from 0-15 points and higher scores indicate higher severity.

Brief Symptom Inventory (BSI-18; Derogatis, 2000). It asseses the severity EDs symptoms (anxiety, somatizations and depression). It has 18 items with a 4-point Likert scale. Scores vary between 0-72 points and higher scores indicate higher distress. It has excellent internal consistency ($\alpha = .93$) (Franke et al., 2017).

Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID; First et al., 2015). It is a widely used clinical interview to diagnose mental disorders according to DSM-5 criteria. We focused on the studied disorders: generalized anxiety disorder, panic disorder, somatoform disorder and mayor depressive disorder.

8.2.3. Procedure

This randomized controlled trial was registered in ClinicalTrials.gov with identifier NCT03286881 and its protocol was previously published (Gálvez-Lara et al., 2019b). Four experimental groups were originally planned, but due to the functioning of the public health system clinicians were not able to treat patients as indicated in two of them (combined treatment and minimum psychological intervention). Another of the experimental groups was changed from conventional psychotherapy to brief group psychotherapy to be able to evaluate one psychological intervention in PC.

Post-treatment assessments were developed between January 2019 and January 2020. They were in charge of a single independent clinical researcher. Follow-up assessments were planned to be performed between June 2019 and June 2020, but they were interrupted in March 2020 because of the COVID-19 pandemic. At that time the number of patients with follow-up data was less than the 30% for each group and, therefore, it was considered insufficient to be reported.

In order to guarantee the adherence to the psychological treatments, patients had to attend, at least, to seven of the eight sessions to be finally included in the study. The adherence to the medication was monitored by the general practitioners. For their part, the clinicians involved in the psychological treatments were previously trained in the abbreviated version of the Unified Protocol and they were systematically supervised to ensure they deliver the same intervention.

The sample size calculation process was described elsewhere (Gálvez-Lara et al., 2019b). In short, we assumed an effect size of 0.60 (Cohen's d), which is equivalent to an f index of 0.30. Using G*Power program, with a statistical power of 0.80 and $\alpha = .05$, we determined the need of 28 subjects per group. Since we assumed an abandonment rate of 15%, 33 participants in each group were finally required.

The study was authorized by the Ethics and Clinical Research Committee of the Ministry of Health of the Andalusian Government (Spain) (code: PSI-2014-56368-R). Participants provided written informed consent before their inclusion in the study. Data was treated according to the General Data Protection Regulation (GDPR) of the European Union. Participants received all relevant information about the study, including the possibility of ending their engagement at any time. The interventions did not suppose any danger for the patients except the one related with psychotropic drugs that could have effect sides. A single-blinded process was applied where only the researcher involved in

the post-treatment assessments was blinded to the intervention condition. For their part, clinicians and patients knew their treatment allocation.

8.3.4. Statistical analyses

Data was analyzed following both intention-to-treat (all patients randomized are included in the analyses) and per protocol (only patients with post-treatment assessment are included in the analyses) approaches. Missing data in the intention-to-treat sample was completed using the maximum likelihood estimation method. Firstly, ANOVA or chi-squared analyses were performed to compare the sociodemographic and baseline clinical variables of the different groups. Secondly, linear mixed models were performed to determine intra and inter-group longitudinal changes in EDs symptoms. We used linear mixed models instead of ANOVAs because of their accuracy in handling missing data and incorporate random effects (Gueorguieva & Krystal, 2004). Specific comparisons by pairs of groups were also performed with the same statistical test. The effect sizes were calculated by Cohen's d (bias corrected) (Hedges, 1981) as a measure of the differences between standardized mean changes (pre-post) of the respective groups (Becker, 1988). According to Cohen (1988), d values close to 0.20, 0.50 and 0.80 indicate low, moderate and high effect, respectively. The 95% confidence intervals for every effect size were also calculated. Lastly, chi-squared tests were performed to determine intra and inter-group longitudinal changes in patients meeting criteria for each disorder, as well as the specific group comparisons. The effect sizes were calculated by Cramér's V statistical (Cramér, 1946) in order to elucidate the differences between the diagnoses percentage changes of the respective groups. According to Cohen (1988), V values close to 0.10, 0.30 and 0.50 indicate small, medium and large effect, respectively.

8.3. Results

8.3.1. Effect on EDs symptoms

Brief individual psychotherapy showed a significant reduction for all EDs symptoms in both per protocol and intention-to-treat analyses. Brief group psychotherapy also showed a significant reduction for all EDs symptoms in both per protocol and intention-to-treat analyses. TAU only showed a significant reduction for depressive symptoms in both per protocol and intention-to-treat analyses. We found significant differences in the reduction of all EDs symptoms when comparing the three groups in

both per protocol and intention-to-treat analyses. Further information can be found on Table 8.2.

When comparing brief individual psychotherapy and TAU we obtained significant differences for all EDs symptoms with high/moderate effect sizes favorable to brief individual psychotherapy in both per protocol and intention-to-treat analyses. When comparing brief group psychotherapy with TAU we obtained significant differences for all EDs symptoms except for depressive ones in per protocol analyses and for all EDs symptoms in intention-to-treat analyses. The effect sizes were moderate favorable to brief group psychotherapy. When comparing brief individual with brief group psychotherapies no significant differences were obtained for any EDs symptoms neither in per protocol nor in intention-to-treat analyses. The effect sizes for this comparison were low (see Table 8.3).

8.3.2. Effect on EDs diagnoses

Brief individual psychotherapy showed a significant reduction for all the EDs diagnoses in both per protocol and intention-to-treat analyses. Brief group psychotherapy also showed a significant reduction for all EDs diagnoses in per protocol analyses and for all the diagnoses except for somatoform disorder in intention-to-treat analyses. TAU showed no significant increase/reduction for any ED diagnosis neither in per protocol nor in intention-to-treat analyses. When comparing the three groups, we found significant differences in the reduction of all EDs diagnoses except for mayor depression in per protocol analyses and for all EDs diagnoses in intention-to-treat analyses. Further information can be found on see Table 8.4.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 8.2. Means and standard deviations of the different groups and measures of EDs symptoms at baseline and post-treatment and linear mixed model intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples.

Analysis/ Measure	Brief individual psychotherapy ^a				Brief group psychotherapy ^b				TAU ^c				Interaction	
	<i>Pre M (SD)</i>	<i>Post M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Pre M (SD)</i>	<i>Post M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Pre M (SD)</i>	<i>Post M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
PP (N = 90)														
PHQ-15	13.75 (5.10)	8.61 (4.61)	77.07	.000	13.50 (5.38)	9.84 (4.31)	51.55	.000	15.10 (6.28)	14.00 (4.82)	1.68	.205	9.29	.000
PHQ-9	12.43 (4.18)	7.75 (3.63)	42.63	.000	11.81 (3.91)	7.59 (4.49)	46.77	.000	13.70 (3.39)	11.57 (4.09)	5.79	.023	3.27	.043
PHQ-PD	7.68 (4.41)	4.00 (4.20)	14.36	.001	8.22 (4.37)	4.75 (3.22)	26.64	.000	8.07 (4.20)	7.87 (4.68)	0.07	.790	6.02	.004
GAD-7	10.32 (5.56)	6.21 (4.48)	28.93	.000	11.91 (4.29)	9.03 (4.07)	14.65	.001	10.77 (3.84)	10.70 (4.07)	0.00	.934	7.06	.001
STAI-S	36.25 (12.32)	27.00 (10.40)	30.72	.000	32.16 (9.01)	16.28 (7.99)	23.30	.000	33.47 (8.70)	26.28 (7.99)	1.41	.243	8.56	.000
STAI-T	36.43 (10.37)	30.93 (11.98)	8.42	.007	33.50 (6.13)	30.91 (4.95)	6.31	.017	36.10 (7.55)	36.63 (6.45)	0.25	.620	4.83	.010
BDI-II	21.39 (10.69)	12.50 (7.76)	39.94	.000	21.75 (9.56)	15.06 (4.72)	20.19	.000	26.10 (10.47)	22.93 (8.25)	6.14	.015	4.24	.017
BSI-18	31.21 (15.99)	21.50 (12.31)	50.32	.000	35.78 (13.18)	28.16 (11.37)	43.49	.000	34.27 (10.76)	32.80 (12.82)	0.54	.465	7.64	.001
ITT (N = 102)														
PHQ-15	12.79 (5.36)	8.68 (4.18)	35.92	.000	13.32 (5.28)	9.85 (4.18)	48.18	.000	14.71 (6.07)	14.00 (4.52)	0.80	.378	7.32	.001
PHQ-9	12.41 (4.04)	7.79 (3.28)	52.46	.000	11.88 (4.00)	7.56 (4.36)	48.38	.000	13.38 (3.46)	11.62 (3.84)	4.63	.039	5.04	.008
PHQ-PD	7.76 (4.27)	4.00 (3.79)	20.17	.000	7.91 (4.44)	4.76 (3.12)	21.69	.000	8.38 (4.10)	7.88 (4.39)	0.53	.468	5.56	.005
GAD-7	10.41 (5.11)	6.18 (4.05)	42.99	.000	12.18 (4.32)	9.03 (3.94)	18.39	.000	11.06 (3.95)	10.74 (3.82)	0.18	.669	8.05	.001
STAI-S	36.35 (11.38)	27.00 (9.41)	43.09	.000	32.21 (8.82)	26.26 (7.78)	26.02	.000	34.12 (8.91)	32.12 (6.04)	2.94	.096	8.56	.000
STAI-T	36.21 (9.79)	30.94 (10.84)	10.46	.003	33.00 (6.36)	30.32 (6.04)	5.61	.024	36.12 (7.77)	36.68 (6.04)	0.26	.610	5.00	.009
BDI-II	23.62 (11.12)	12.59 (7.02)	56.23	.000	22.21 (9.93)	15.06 (4.58)	22.10	.000	25.79 (10.01)	22.94 (7.73)	6.41	.016	8.73	.000
BSI-18	31.85 (14.84)	21.59 (11.15)	66.91	.000	35.82 (13.99)	28.15 (12.05)	45.86	.000	34.44 (11.57)	32.82 (12.21)	0.81	.374	9.72	.000

Notes: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; GAD = Generalized Anxiety Disorder Scale; ITT = Intention-to-Treat; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorders; PP = Per Protocol; STAI-S/T = State-Trait Anxiety Inventory-State/Trait; TAU = Treatment as Usual ^a *n* = 28 for PP / 34 for ITT; ^b *n* = 32 for PP / 34 for ITT; ^c *n* = 30 for PP / 34 for ITT.

Table 8.3. Multiple comparisons analyses between groups of the pre-post differences in the measures of EDs symptoms and effect sizes for both per protocol and intention-to-treat samples

Analysis/Measure	Brief individual psychotherapy vs. TAU				Brief group psychotherapy vs. TAU				Brief individual vs. Brief group psychotherapy			
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	95% CI	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	95% CI	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	95% CI
PP (N = 90)												
PHQ-15	14.96	.000	0.81	0.32 – 1.30	6.86	.011	0.49	0.07 – 0.92	3.70	.059	0.32	-0.83 – 0.20
PHQ-9	4.90	.031	0.48	-0.05 – 1.01	3.80	.056	0.44	-0.06 – 0.94	0.23	.627	0.04	-0.60 – 0.53
PHQ-PD	8.22	.006	0.77	0.30 – 1.23	10.68	.002	0.73	0.29 – 1.17	0.03	.857	0.04	-0.54 – 0.46
GAD-7	13.36	.001	0.70	0.25 – 1.25	6.60	.013	0.64	0.21 – 1.06	1.31	.256	0.06	-0.54 – 0.41
STAI-S	15.90	.000	0.58	0.13 – 1.03	7.48	.008	0.49	0.06 – 0.91	2.76	.102	0.09	-0.57 – 0.38
STAI-T	7.98	.007	0.58	0.16 – 1.01	4.45	.039	0.48	0.08 – 0.89	1.94	.169	0.10	-0.54 – 0.30
BDI-II	9.52	.003	0.51	0.05 – 0.98	3.29	.074	0.39	-0.05 – 0.82	1.14	.290	0.13	-0.62 – 0.36
BSI-18	11.41	.001	0.46	0.02 – 0.89	7.42	.008	0.43	-0.01 – 0.85	1.37	.245	0.03	-0.48 – 0.43
ITT (N = 102)												
PHQ-15	10.63	.002	0.64	0.22 – 1.05	8.75	.004	0.53	0.12 – 0.93	0.58	.449	0.11	-0.55 – 0.34
PHQ-9	7.54	.008	0.62	0.14 – 1.10	6.18	.015	0.51	0.09 – 1.03	0.10	.742	0.06	-0.60 – 0.47
PHQ-PD	9.13	.004	0.74	0.31 – 1.17	7.61	.007	0.57	0.16 – 0.99	0.32	.568	0.17	-0.63 – 0.30
GAD-7	15.61	.000	0.73	0.31 – 1.15	7.23	.009	0.63	0.21 – 1.05	1.23	.270	0.10	-0.56 – 0.36
STAI-S	15.95	.000	0.58	0.16 – 1.01	5.72	.020	0.44	0.03 – 0.85	3.43	.068	0.14	-0.60 – 0.31
STAI-T	8.85	.004	0.60	0.20 – 0.99	4.26	.043	0.48	0.10 – 0.87	1.70	.196	0.11	-0.52 – 0.29
BDI-II	19.47	.000	0.69	0.24 – 1.14	5.15	.027	0.43	0.01 – 0.84	3.36	.071	0.27	-0.74 – 0.21
BSI-18	9.72	.000	0.54	0.13 – 0.95	8.15	.006	0.40	0.00 – 0.70	2.34	.131	0.14	-0.57 – 0.29

Notes: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; GAD = Generalized Anxiety Disorder Scale; ITT = Intention-to-Treat; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PP = Per Protocol; STAI-S/T = State-Trait Anxiety Inventory-State/Trait; TAU = Treatment as Usual.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 8.4. Frequency and percentage of patients meeting DSM-5 criteria for each disorder at baseline and post-treatment and chi-squared intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples

Analysis/Diagnosis	Brief individual psychotherapy ^a				Brief group psychotherapy ^b				TAU ^c				Interaction	
	Pre <i>n</i> (%)	Post <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>	Pre <i>n</i> (%)	Post <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>	Pre <i>n</i> (%)	Post <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
PP (<i>N</i> = 90)														
Somatoform disorder	26 (92.90)	17 (60.70)	3.32	.004	30 (93.80)	24 (75)	6.40	.031	24 (80)	28 (93.30)	1.20	.219	17.20	.002
Depression disorder	21 (75)	10 (35.70)	1.86	.003	26 (81.30)	13 (40.60)	1.75	.001	24 (80)	21 (70)	0.40	.549	5.54	.236
Panic disorder	16 (57.10)	5 (17.90)	4.56	.001	19 (59.40)	10 (31.30)	9.95	.004	16 (53.30)	18 (60)	6.69	.727	15.38	.004
Generalized anxiety	17 (60.70)	6 (21.40)	1.63	.003	22 (68.80)	12 (37.50)	4.69	.006	18 (60)	23 (76.70)	1.11	.227	16.01	.003
ITT (<i>N</i> = 102)														
Somatoform disorder	30 (88.20)	23 (67.60)	3.76	.039	32 (94.10)	27 (79.40)	8.19	.063	28 (82.40)	32 (94.10)	1.53	.219	12.60	.013
Depression disorder	26 (76.50)	10 (29.40)	1.44	.000	27 (79.40)	13 (38.20)	2.14	.001	26 (76.50)	25 (73.50)	0.12	.999	11.24	.024
Panic disorder	19 (55.90)	5 (14.70)	4.62	.000	19 (55.90)	10 (29.40)	11.18	.004	20 (58.80)	22 (64.70)	8.75	.727	17.87	.001
Generalized anxiety	21 (61.80)	6 (17.60)	1.43	.000	24 (70.60)	12 (35.30)	3.96	.002	21 (61.80)	27 (79.40)	1.33	.146	20.96	.000

Notes: ITT = Intention-to-Treat; PP = Per Protocol; TAU = Treatment as Usual. ^a *n* = 28 for PP / 34 for ITT; ^b *n* = 32 for PP / 34 for ITT; ^c *n* = 30 for PP / 34 for ITT.

When comparing brief individual psychotherapy and TAU we obtained significant differences for every ED diagnosis, except for depression disorder in per protocol analyses and for every EDs diagnosis in intention-to-treat analyses. Large effect sizes favorable to brief individual psychotherapy were obtained. When comparing brief group psychotherapy with TAU we obtained significant differences for every ED diagnosis, except for depression disorder in per protocol analyses and for every ED diagnosis in intention-to-treat analyses. Moderate effect sizes favorable to brief group psychotherapy were obtained. When comparing brief individual and brief group psychotherapies no significant differences were found for any ED diagnosis neither in per protocol nor in intention-to-treat analyses (see Table 8.5).

8.4. Discussion

According to our results, both individual and group psychotherapies were effective for the reduction of EDs symptoms. This outcome would be in the line of other studies that have pointed satisfactory clinical results of transdiagnostic and brief psychological treatments for anxiety and depression disorders (Cape et al., 2010; Sakiris & Berle, 2019; Saravanan et al., 2017). We found that the pharmacological intervention was only effective in reducing depressive symptoms, which is also consistent with previous research (Cuijpers et al., 2020). It has been noted that most patients are unsatisfied with an exclusively medication approach for their EDs (Prins et al., 2009). That might be the reason why they are prone to consult repeatedly in PC, which causes deterioration of health systems (Gili et al., 2011). Similarly, both brief psychotherapies were effective in removing the diagnoses of somatoform disorder, depression disorder, panic disorder and generalized anxiety disorder. Despite brief group psychotherapy was not statistically significant for the reduction of somatoform disorder in intention-to-treat analysis, a recent clinical guide suggests this treatment as the first therapeutic step (Agarwal et al., 2020). This outcome supports the utility of the transdiagnostic approach to treat different EDs at the same time (Barlow et al., 2014; Brown & Barlow, 2009; Rosellini et al., 2015). The pharmacological intervention was not effective in removing any of the diagnoses. It appears that when patients are treated with medication alone their diagnoses tend to persist. Therefore, it is likely that they respond more to a psychological issue than to a strictly medical affection (Gili et al., 2011).

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 8.5. Multiple comparisons analyses between groups of the pre-post differences in meeting DSM-5 criteria for the different diagnoses and effect sizes for both per protocol and intention-to-treat samples.

Analysis/Diagnosis	Brief individual psychotherapy vs. TAU			Brief group psychotherapy vs. TAU			Brief individual psychotherapy vs. Brief group psychotherapy		
	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
PP (<i>N</i> = 90)									
Somatoform disorder	11.92	.003	0.45	8.59	.014	0.37	1.42	.232	0.15
Depression disorder	3.52	.172	0.25	4.18	.123	0.26	0.12	.994	0.14
Panic disorder	10.15	.006	0.42	7.96	.019	0.39	0.83	.360	0.12
Generalized anxiety disorder	11.25	.004	0.44	9.98	.007	0.40	0.49	.781	0.09
ITT (<i>N</i> = 102)									
Somatoform disorder	8.28	.016	0.35	7.68	.021	0.34	1.98	.370	0.17
Depression disorder	8.41	.015	0.35	6.71	.035	0.31	0.24	.886	0.06
Panic disorder	12.90	.002	0.44	8.02	.018	0.34	1.64	.200	0.16
Generalized anxiety disorder	15.93	.000	0.48	12.74	.002	0.43	0.55	.758	0.09

Notes: ITT = Intention-to-Treat; PP = Per Protocol; TAU = Treatment as Usual

Both brief individual and group psychotherapies were more effective than TAU for the reduction of EDs symptoms. Although no statistically significant differences were found between the effects of brief group psychotherapy and TAU for depressive symptoms in per protocol analysis, it might be explained by the sample size. In fact, this comparison showed a moderate effect size and statistically significant differences were indeed found afterwards in intention-to-treat analysis. This outcome would be consistent with several studies that have pointed the superiority of psychological therapies over pharmacological ones for the treatment of EDs (Hollon et al., 2006; Joesch et al., 2012; Watts et al., 2015). However, a recent meta-analysis of Cuijpers et al. (2020) points that there are no differences in the efficacy of psychotherapies and pharmacological interventions for depression. This statement would be opposite to our results if it was not because the majority of the randomized controlled trials of that study included patients with severe depression. On the contrary, we only accepted patients with mild/moderate depressive symptoms. Regarding the removal of the diagnostic status, both brief psychotherapies were more effective than TAU in reducing all the EDs diagnoses. Although no statistically differences were found between the effects of any of the two brief psychotherapies and TAU for the diagnosis of depression in per protocol analyses, those effects were indeed statistically significant in intention-to-treat analysis with moderate effect sizes. In view of the results, we confirmed our first hypothesis since patients randomized to the experimental groups showed better clinical results than those randomized to TAU.

No differences were found between individual and group psychotherapies approaches for any of the EDs symptoms or diagnoses, which was unexpected but consistent with previous research (Fawcett et al., 2019; van Rijn & Wild, 2016). This result might be explained by our restrictive inclusion criteria (such as no other comorbid mental disorders). It would be plausible that the individual approach showed some superiority in more complicated circumstances (Hauksson et al., 2017). Although the individual approach showed higher effect sizes in the reduction of EDs symptoms and diagnoses, we rejected our second hypothesis since patients receiving brief individual psychotherapy did not obtain better beneficial outcomes than those receiving brief group psychotherapy. In this sense, some complications of group psychological therapies have been pointed like the reluctance to share personal information with other patients (Shechtman & Kiezel, 2016). However, group therapies have greater cost-benefits ratios

since they are able to reach more patients in less time, which would reduce wait-lists and would help health systems fluency (Koutra et al., 2010; Morrison, 2001).

The first limitation of this study was related to the impossibility of implementing follow-up assessments. Despite there is recent evidence that suggests that the improvement remains after receiving brief psychotherapies (Brent et al., 2020), their long-term efficacy have been questioned (Ali et al., 2017). For that reason, our findings might be restricted to the effects right after the interventions. Secondly, our results would be difficult to generalize to other populations like children, the elderly or patients with other mental disorders or disabilities. The present work is also limited to mild/moderate EDs. Therefore, we should be cautious about our results in more severe cases, where more intense psychological treatments and medication should be considered (Cuijpers et al., 2020; National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, 2011). Lastly, we only applied a single-blinded method and, therefore, patients and clinicians knew the allocation of the randomization process, what might produce outcome biases.

8.5. Conclusions

This study shows that brief psychological interventions are more effective than pharmacological ones for mid/moderate EDs. Since most of the initial consultations in PC are related to non-severe symptoms of anxiety and depression (Ansseau et al., 2004), their use would be recommended as the first therapeutic approach. Moreover, it proves how transdiagnostic interventions could be useful to treat a whole variety of disorders at a time. Finally, this work reinforces the effectiveness of the stepped care approach for the treatment of EDs within public health systems (Martín et al., 2017). In this sense, brief psychological therapies would be the optimal choice when symptoms are mild/moderate and more intense psychotherapies (with or without adding medication) would be applied when facing severe cases. Furthermore, clinicians may opt for brief group psychotherapies applied in PC when patients are willing to accept this approach and may choose brief individual psychotherapies applied in specialized care when more risks or difficulties are presented. In light of above, it is concluded that brief transdiagnostic psychological therapies seem to be suitable to be implemented in practical contexts. It is our hope that this work contributes to the development and dissemination of brief psychological therapies within health systems in order to offer patients the best treatment possible.

8.6. References

- Agarwal, V., Nischal, A., Praharaj, S. K., Menon, V., & Kar, S. K. (2020). Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*, 263. https://dx.doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_775_19
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, *94*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- American Psychiatric Association APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 49–55. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00219-7)
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, *20*, 112. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.20.2.112>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *74*, 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2014). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use

- of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359–1367. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002950>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation.
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 41, 257–278.
- Bedics, J. D., Henry, W. P., & Atkins, D. C. (2005). The therapeutic process as a predictor of change in patients' important relationships during time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 279–284. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.279>.
- Bernhardsdottir, J., Vilhjalmsson, R., & Champion, J. D. (2013). Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic university students. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 497–504. <http://doi.org/10.3109/01612840.2013.773473>.
- Brent, D. A., Porta, G., Rozenman, M. S., González, A., Schwartz, K. T. G., Lynch, F. L., Dickerson, J. F., Iyengar, S., & Weersing, V. R. (2020). Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: A follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 856–867. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.009>
- Brown, T. A., & 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. <http://doi.org/10.1037/a0016608>.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39, 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Cassiello-Robins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations:

- Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, Article 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415–424. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cramér, H. (1946). *Methods of mathematical statistics*. Princeton University Press.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., H. Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*, 22, 38-51.
- Derogatis, L. R. (2000). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.
- Dunlop, B. W., LoParo, D., Kinkead, B., Mletzko-Crowe, T., Cole, S. P., Nemeroff, C. B., Mayberg, H. S., & Craighead, W. E. (2019). Benefits of sequentially adding cognitive-behavioral therapy or antidepressant medication for adults with nonremitting depression. *The American Journal of Psychiatry*, 176, 275-286. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091075>
- Ellard K. K., Fairholme C. P., Boisseau C. L., Farchione T. J., & Barlow D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive Behavioral Practice*, 17, 88–101. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., & Cornish, P. (2019). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American College Health*, 68, 430-437. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*. American Psychiatric Association.

- Fosha, D. (2004). Brief integrative therapy comes of age: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 66–92. <http://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.66>.
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology, 17*, Article 14. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A., & Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*, 366–387. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., & Moriana, J. A. (2019a). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud, 30*, 115–122. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Venceslá, J. F., & Moriana, J. A. (2019b). Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: Study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 2674. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02674>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, Article 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gili, M., Luciano, J., Serrano, M. J., Jiménez, R., Bauza, N., & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 744-749. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822fcd4d>
- Gili, M., Magallon, R., Lopez-Navarro, E., Roca, M., Moreno, S., Bauza, N., & Garcia-Campayo, J. (2014). Health related quality of life changes in somatising patients after individual versus group cognitive behavioural therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.018>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel, C., García-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for

- emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 13(11), Article e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Gueorguieva R., & Krystal J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in paper published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of Geneneral Psychiatry*, 61, 310–317. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.310>
- Gyani A., Shafran R., Rose S., Lee M. (2015). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 43, 436–448. <http://doi.org/10.1017/S1352465813001069>
- Hauksson, P., Ingibergsdóttir, S., Gunnarsdóttir, T., & Jónsdóttir, I. H. (2017). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for treatment-resistant depression with psychiatric comorbidity: Comparison of individual versus group CBT in an interdisciplinary rehabilitation setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71, 465-472. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1331263>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6, 107–128.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 184–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049>
- Joesch, J. M., Sherbourne, C. D., Sullivan, G., Stein, M. B., Craske, M. G., & Roy-Byrne, P. (2012). Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychological Medicine*, 42, 1937–1948. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002893>
- Koutra, A., Katsiadrami, A., & Diakogiannis, G. (2010). The effect of group psychological counselling in Greek university students' anxiety, depression, and self-esteem. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12, 101–111. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.482733>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*, 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Labrador, F. J., Fernández, P., & Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Annals of Psychology, 27*, 319–326.
- Martín, J. C., Garriga, A., Egea, C., Diaz, G., Campillo, M. J., & Espinosa, R. M. (2017). Stepped psychological intervention with common mental disorders in Primary Care. *Annals of Psychology, 34*, 30-40. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2011). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 491–505. <http://doi.org/10.1348/014466509X476567>.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering Fire: Small Interventions, Large Effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*, 6-18.
- Montalban, S. R., Vives, A. C., & Garcia-Garcia, M. (2010). Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*, 345–57.
- Moreno, S., Gili, M., Magallón, R., Bauzá, N., Roca, M., del Hoyo, Y. L., & Garcia-Campayo, J. (2013). Effectiveness of Group Versus Individual Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Abridged Somatization Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine, 75*, 600–608. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829a8904>
- Moriana, J. A., Galvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review, 54*, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 311–332. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M. A., & Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in

- Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*, 17, Article 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care clinical guideline*. The Royal College of Psychiatrists.
- Neufeld, C. B., Palma, P. C., Caetano, K. A. S., Brust-Renck, P. G., Curtiss, J., & Hofmann, S. G. (2020). A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 20, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 129–151. <http://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39, 242–250. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., & Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: Study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, Article 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clarck, D. A., Doron, G., Fernández-Alvarez, H., Chisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Jiménez-Ros, A., Moulding, R., Ruiz, M. A., Shams, G., & Sica, C. (2019). The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 85-96. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.005>

- Prins, M. A., Verhaak, P. F., van der Meer, K., Penninx, B. W., & Jozien, M. B. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders, 119*, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.019>
- Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review, 2*, 110–128. <https://doi.org/10.5127/pr.036014>
- Saravanan, C., Alias, A., & Mohamad, M. (2017). The effects of brief individual cognitive behavioural therapy for depression and homesickness among international students in Malaysia. *Journal of Affective Disorders, 220*, 108–116. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.037>.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review, 72*, Article 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Shechtman, Z., & Kiezel, A. (2016). Why do people prefer individual therapy over group therapy? *International Journal of Group Psychotherapy, 66*, 571–591
- Shepardson, R. L., Funderburk, J. S., & Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, & Health, 34*, 114–127. <https://doi.org/10.1037/fsh0000175>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA, 282*, 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- van Rijn, B., & Wild, C. (2016). Comparison of Transactional Analysis Group and Individual Psychotherapy in the Treatment of Depression and Anxiety: Routine

- Outcomes Evaluation in Community Clinics. *Transactional Analysis Journal*, 46, 63–74. <https://doi.org/10.1177/0362153715615115>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., Miranda, J., Carney, M. F., & Rubenstein, L. V. (2000). Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 283, 212-220. <http://doi.org/10.1001/jama.283.2.212>.
- World Health Organization WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.

CAPÍTULO 9

Estudio 3

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments. *Journal of Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922651>

Abstract

Emotional disorders are the most prevalent worldwide. Despite psychotherapies are their treatment of choice, there are difficulties to apply them property in mental health services. Since literature shows that cognitive processes are associated with anxiety and depressive symptoms, more information is needed in order to improve psychological treatments. We aim to determine the relation between cognitive factors with specific and non-specific emotional disorder symptoms in order to promote the development of accurate psychological treatments. We analyzed the relation between rumination, worry, and metacognition with generalized anxiety, panic, and depression disorder symptoms from a clinical sample of 116 individuals through correlation and linear regression analyses. Although each specific disorder had a closer link with a particular cognitive process, all general emotional disorder symptoms were associated with the three cognitive factors studied. We conclude that for “pure” disorders, targeting a concrete cognitive process might be an optimal therapeutic option. However, due to the high comorbidity among emotional disorders, we support the dissemination of the transdiagnostic treatment approach in which all cognitive factors are taken into account.

Keywords: emotional disorders; anxiety; depression; cognitive processes; psychological treatments; transdiagnostic

9.1. Introduction

Emotional disorders (EDs) such as generalized anxiety, panic disorder, and depression are the most prevalent mental disorders worldwide (WHO, 2017). They have been increasing since the last decade (Chisholm et al., 2016), and with the recent COVID-19 pandemic their prevalence is even higher (Huang & Zhao, 2020). Thereby, mental health care is a highly demanded service that faces the challenging task of offering efficient treatments to an exponential number of individuals (Fisher & Dickinson, 2014; Kudyba, 2018; McHugh & Barlow, 2010). Scientific research recommends psychological therapies as the treatment of choice for EDs (NICE, 2011; Watts et al., 2015). In spite of the importance of applying evidence-based interventions (Gálvez-Lara et al., 2018, 2019; Moriana et al., 2017), it is complicated to do so in real therapeutic contexts (Bird et al., 2014; Kovess-Masféty et al., 2007; Moreno & Moriana, 2016). This might be explained by the complexity to deliver manualized extensive psychotherapies (Rashidian et al., 2008; Sheldon et al., 2004) and the difficulty to provide specific-disorder interventions when the comorbidity among EDs is the rule rather than the exception (González-Robles et al., 2018; Kessler et al., 2005; Wu & Fang, 2014).

In light of the above, the interest in studying a transdiagnostic conceptualization and treatment of EDs have been growing (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2017; Newby et al., 2015; Sakiris & Berle, 2019). This transdiagnostic approach aims to address the EDs underlying characteristics (Barlow et al., 2004; Hofmann & Barlow, 2014; McManus et al., 2011). In this sense, research has pointed a causal relationship between cognitive processing biases and the vulnerability to both anxiety and depressive symptoms (Alloy & Rissind, 2006; Mathews & MacLeod, 2005). In fact, it has been claimed that high pre-treatment levels of dysfunctional cognitive processes predict an inferior treatment response (Ciesla & Roberts, 2002; Jones et al., 2008). Literature shows that some maladaptive mental strategies are common to a whole variety of psychiatric disorders. For instance, pathological worry has been pointed as a key cognitive factor in the development and maintenance of anxiety disorders like generalized anxiety or social anxiety and mood disorders like mayor depression (Chelminski & Zimmerman, 2003; McEvoy et al., 2013; Starcevic et al., 2007). Besides, high levels of worry are associated with neurotic personality traits and poorer management of emotions (McLaughlin et al., 2007; Muris et al., 2005). Similarly, rumination has been linked to different mental disorders like depression, generalized anxiety and post-traumatic stress disorder

(McEvoy et al., 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Hu et al., 2014). Moreover, studies emphasize on the risk of anxiety and depressive symptoms when high levels of this mental process are present (Ehring & Watkins, 2008; Spinhoven et al., 2018; Yapan et al., 2020). However, it appears that rumination is not only related to internalizing disorders, but also to externalizing ones like aggressive behavior (McLaughlin et al., 2014). Lastly, the meta-analytic review of Sun et al. (2017) shows how dysfunctional metacognitive beliefs are a common process across psychopathology. In this sense, metacognition has been identified as a cognitive factor in personality, psychotic and eating disorders (Seow & Gillan, 2020; Gumley, 2011; Vann et al., 2014). It has also detected in the large spectrum of EDs, including generalized anxiety, obsessive-compulsive disorder, depression and panic disorder (Leahy et al., 2019; McEvoy et al., 2013; Wells, 2008).

It has been argued that modifying these cognitive processes through a transdiagnostic psychological treatment could help to reduce the severity of the different EDs symptoms at the same time (Akbari & Khanipour, 2018; Aldao et al., 2010; Salguero et al., 2019). Nevertheless, it is needed more information about the mental processing behind EDs and how to implement efficient psychological therapies in practical contexts (Dalgleish et al., 2020). For that reason, the aims of this work are to elucidate how cognitive processes (worry, rumination, and metacognition) influence in the presence of specific and non-specific EDs symptoms, with the objective to guide clinicians and researchers to develop more accurate psychological treatments.

9.2. Methods

9.2.1. Participants

The sample was composed of participants aged 18-65 with generalized anxiety disorder, panic disorder and/or mayor depression disorder. They were initially evaluated anonymously by a clinical independent researcher using DSM-5 (APA, 2013) criteria according to SCDI-I interview in order to fulfill the inclusion criteria of presenting at least one of the mentioned EDs. Afterwards, participants were assessed with different self-reported measures. Participants with personality disorders, addiction disorders or intellectual disability were excluded. Besides, individuals who were receiving any type of treatment (psychological or pharmacological) for their EDs symptoms were also excluded.

9.2.2. Measures

Clinical variables

Depression. *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)* (Beck et al., 1996). It measures the severity of the different symptoms of depression. Scores can be located between 0 and 63 points. This inventory has excellent internal consistency ($\alpha = 0.94$) (Arnau et al., 2001).

Generalized anxiety. *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)* (Spitzer et al., 2006). It measures anxiety symptoms and their frequency is rated. Scores could vary between 0-21 points. The scale has good internal consistency ($\alpha = .89$ to $.93$) (García-Campayo et al., 2010; Zhong et al., 2015). It has been validated to be used in Spanish primary care with a high sensitivity (Muñoz-Navarro et al., 2017).

Panic. *Patient Health Questionnaire-Panic Disorder (PHQ-PD)* (Spitzer et al., 1999). It assesses the somatic and cognitive symptoms related to panic disorder which are responded affirmatively or negatively. Scores can be located from 0 to 15 points. It has been validated to be used in Spanish primary care with a high sensitivity (Muñoz-Navarro et al., 2016).

Mixed EDs symptoms. *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)* (Derogatis, 2000). It evaluates the severity EDs symptoms (including anxiety, somatizations and depressive ones) and scores vary from 0 to 72. The instrument has good internal consistency ($\alpha = .93$) (Franke et al., 2017). Since the BSI-18 is not a specific-disorder scale, we used it to evaluate EDs symptoms from a transdiagnostic approach.

Cognitive processes variables

The following instruments have been recently validated to be used in primary care settings for individuals with EDs (Muñoz-Navarro et al., 2020).

Worry. *Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated (PSWQ-A)* (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009). It assesses the tendency to experience worry. It has eight items that are responded according to a 5-point Likert-type scale. Higher scores indicate higher levels of tendency to worry. It has excellent internal consistency ($\alpha = .90$) (Muñoz-Navarro et al., 2020).

Rumination. *Ruminative Response Scale-Brooding (RRS-B)* (Hervás, 2008; Nolen-Hoeksema, 1991). The RRS is the most used measure of rumination. The short version that evaluates “brooding rumination”, which is defined as passive and judgmental thoughts about one's mood (Treyner et al., 2003), consists of 5 items that are responded

on a 4-point Likert-type scale. Higher scores mean higher tendency to ruminate. It presents good internal consistency ($\alpha = .79$) (Muñoz-Navarro et al., 2020).

Metacognition. *Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs (MCQ-NB)* (Ramos-Cejudo et al., 2013; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). This instrument has been used to assess metacognitive beliefs about uncontrollability and danger. It consists of 5 items that are responded on a 4-point Likert-type scale. Higher scores indicate higher tendency to interpret the own thoughts as dangerous. The instrument has a good internal consistency ($\alpha = .82$) (Muñoz-Navarro et al., 2020).

9.2.3. Procedure

Participants were recruited from January 2020 to March 2020 when they consulted for the first time in primary care centers of Cordoba (Spain) with EDs symptoms. From the 147 participants that were invited, 125 (85.03%) were willing to participate in the study, and 116 (78.92%) were considered clinically affected after the first assessment. The study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki and the Spanish Data Protection Law. All the included participant provided written informed consent. The study was authorized by the Ethics and Clinical Research Committee of the Ministry of Health of the Andalusian Government (Spain) (code: PSI2014-56368-R).

9.2.4. Statistical analyses

Firstly, the presence of outliers was checked by a box plot and some subjects were eliminated. Subsequently, descriptive statistics were performed using the SPSS v.25 (IBM) program. Normal distribution assumptions were confirmed with Kolmogorov-Smirnov. In order to explore the association of the sociodemographic variables, the different diagnoses, and the cognitive factors with the EDs symptoms, Student's *t*, ANOVAs and Pearson's correlation coefficient tests were calculated. Multiple linear regression analyses were performed including worry, rumination, and metacognition as explanatory variables of the different clinical symptoms of each specific and non-specific disorder. Regression coefficients with 95% interval confidence were calculated and standardized regression coefficients were also provided. Lastly, determination coefficients for each model were also analyzed. Following Cohen (1988), an R^2 around 0.02 indicates a small effect, an R^2 value around 0.15 indicates a medium effect, and an R^2 around 0.35 or larger indicates a high effect.

9.3. Results

From the 116 participants were finally recruited, the typical profile was a married woman with secondary studies. The majority of the participants (75.8%) presented more than one ED. Therefore, the comorbidity among the EDs was high in the sample. Details of the sample can be found on Table 9.1.

Any of the sociodemographic variables showed a significant correlation with any of the different EDs symptoms. Regarding the diagnoses, positive significant correlations were found between them and some EDs symptoms. Major depressive disorder correlated with BDI-II, panic disorder with PHQ-PD, and generalized anxiety disorder with GAD-7 and PHQ-PD. From a transdiagnostic approach, we found that all the disorders correlated with BSI-18. When exploring the link between the cognitive factors and EDs symptoms, outcomes showed that all mental processing variables had a positive significant correlation with the severity of every specific symptom's disorder measure. For depression symptoms, rumination showed a large effect and worry and metacognition showed a medium effect. For panic disorder symptoms, metacognition pointed a large effect, while rumination and worry pointed a medium effect. Lastly, for generalized anxiety symptoms, worry presented a large effect, whereas rumination and metacognition presented a medium effect. For its part, we found that all cognitive factors (rumination, worry and metacognition) had a significant positive bidirectional impact on global non-specific EDs symptoms with a moderate effect (see Table 9.2).

Finally, regression analyses showed that each cognitive factor acted as a single explanatory variable for each specific disorder symptoms. In this sense, rumination was the only variable contributing to an explanatory model of depressive symptoms, worry was the only one contributing to the development of generalized anxiety disorder symptoms, and metacognition was the only one contributing to the development of panic disorder symptoms. However, when the transdiagnostic symptom approach was taken into account, all three cognitive factors acted as significant contributors of the explanatory model. Every regression model performed showed a large determination coefficient (see Table 9.3).

Table 9.1. Characteristic of the sample ($N = 116$)

Sociodemographic factors	
Age, M (SD)	39.40 (11.67)
Gender: n (%)	
Male	25 (21.6)
Female	91 (78.4)
Civil status: n (%)	
Single	31 (26.7)
Married/Cohabiting	65 (56)
Divorced/Separated	17 (14.7)
Widowed	3 (2.6)
Educational level: n (%)	
Basic	33 (28.4)
Medium	60 (51.7)
Superior	23 (19.8)
Employment status: n (%)	
Employed	48 (41.4)
Unemployed	50 (43.1)
Sick leave	18 (15.5)
Annual income: n (%)	
< 12000€	21 (18.1)
12000 ≤ 24000€	53 (45.7)
24000 ≤ 36000€	33 (28.4)
> 36000€	9 (7.8)
Clinical variables	
Diagnoses: n (%)	
MDD	93 (80.17)
GAD	89 (76.72)
PD	74 (63.79)
Comorbidity: n (%)	
1/3 Disorders	28 (24.14)
2/3 Disorders	36 (31.03)
MDD + GAD	18 (50)
MDD + PD	10 (27.78)
GAD + PD	8 (22.22)
3/3 Disorders	52 (44.83)
Symptomatology: M (SD)	
BDI-II	27.84 (10.38)
PHQ-PD	8.33 (3.85)
GAD-7	10.83 (4.58)
BSI-18	34.73 (11.10)
Cognitive processes	
RRS-B, M (SD)	12.00 (3.64)
PSWQ-A, M (SD)	21.56 (8.35)
MCQ-NB, M (SD)	14.21 (4.73)

Notes: BDI-II = Beck Depression Inventory-Second Edition; BSI-18 = Brief Symptom Inventory; GAD = Generalized Anxiety Disorder; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; MDD = Mayor Depressive Disorder; PD = Panic Disorder; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PWQS-A = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Ruminative Response Scale-Brooding

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 9.2. Associations between the different variables and the clinical symptoms

Variables	BDI-II		PHQ-PD		GAD-7		BSI-18	
	Statistical	<i>p</i>	Statistical	<i>p</i>	Statistical	<i>p</i>	Statistical	<i>p</i>
Sociodemographic factors								
Age	$\rho = -.08$	.413	$\rho = -.14$	.130	$\rho = -.17$	.068	$\rho = -.11$	.221
Gender	$t = -1.00$	.318	$t = 1.55$	.125	$t = 0.77$	.441	$t = 0.41$	.681
Civil status	$F = 1.87$	.139	$F = 1.17$	.326	$F = 1.62$	.188	$F = 1.24$	.299
Educational level	$F = 0.63$	.534	$F = 0.65$	.524	$F = 2.18$	.118	$F = 1.15$	.319
Employment status	$F = 0.41$	.662	$F = 0.39$	.680	$F = 1.34$	.266	$F = 0.55$	.580
Annual income	$F = 1.25$	.295	$F = 0.43$	.732	$F = 0.08$	.971	$F = 0.72$	.543
Diagnoses								
MDD	$F = 67.96$	.000	$F = 1.13$	.290	$F = 0.00$	.999	$F = 8.53$	.004
GAD	$F = 0.27$	.605	$F = 3.16$	.078	$F = 83.83$	.000	$F = 7.29$	.008
PD	$F = 0.74$	.393	$F = 202.3$	.000	$F = 7.17$	.009	$F = 7.79$	.006
Cognitive processes								
RRS-B	$r = .73$	.000	$r = .26$	.005	$r = .29$	.002	$r = .50$	.000
PWQS-A	$r = .30$	.001	$r = .31$	.001	$r = .77$	.000	$r = .45$	.000
MCQ-NB	$r = .27$	.000	$r = .72$	.000	$r = .33$	.000	$r = .41$	.000

Notes: BDI-II = Beck Depression Inventory-Second Edition; BSI-18 = Brief Symptom Inventory; GAD = Generalized Anxiety Disorder; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; MDD = Mayor Depressive Disorder; PD = Panic Disorder; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PWQS-A = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Ruminative Response Scale-Brooding

Table 9.3. Regression analyses examining the contribution of cognitive processes in the clinical symptoms

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95% CI for <i>B</i>	β	<i>F</i> / <i>t</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
BDI-II					42.81	.53	.000
RRS-B	1.99	0.20	1.60 – 2.39	.70	10.00		.000
PSWQ-A	0.07	0.09	-0.11 – 0.25	.06	0.77		.444
MCQ-NB	0.07	0.16	-0.24 – 0.39	.03	0.46		.385
PHQ-PD					39.76	.52	.000
RRS-B	0.03	0.08	-0.12 – 0.18	.03	0.46		.650
PSWQ-A	0.01	0.03	-0.06 – 0.18	.02	0.29		.773
MCQ-NB	0.57	0.06	0.45 – 0.69	.70	9.55		.000
GAD-7					54.45	.59	.000
RRS-B	0.04	0.08	-0.12 – 0.20	.03	0.50		.615
PSWQ-A	0.41	0.04	0.34 – 0.48	.75	11.11		.000
MCQ-NB	0.02	0.07	-0.11 – 0.15	.02	0.32		.751
BSI-18					21.77	.37	.000
RRS-B	1.06	0.25	0.57 – 1.55	.35	4.26		.000
PSWQ-A	0.33	0.11	0.12 – 0.55	.25	2.95		.004
MCQ-NB	0.49	0.49	0.10 – 0.88	.21	2.49		.014

Notes: BDI-II = Beck Depression Inventory-Second Edition; BSI-18 = Brief Symptom Inventory; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PWQS-A = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Ruminative Response Scale-Brooding

9.4. Discussion

This study provides two main findings. On the one hand, it is remarkable how, each cognitive factor presented a clear relationship with the symptoms of an specific disorder. In fact, it seems that “pure” EDs can be explained by a single cognitive process. To be concrete, excessive worry was specially related to generalize anxiety disorder symptoms, rumination with depression symptoms, and biased metacognitive thoughts with panic disorder ones. This is consistent with other works that have also detected a more powerful link between worry for generalized anxiety disorder (Borkovec & Inz, 1990; Makovac et al., 2016; Thayer et al., 1996), ruminative thoughts for depression (Gibb et al., 2012; Piraman et al., 2016) and negative metacognitive beliefs about uncontrollability and danger for panic disorder (Cucchi et al., 2012; Oguz et al., 2019). On the other hand, in accordance with previous literature (Barlow et al., 2004, 2017), our results suggest that EDs share several maldaptative cognitive factors, since worry, rumination and metacognition were directly related with the symptoms of all disorders and with their overall severity. This may be related to the extensive comorbidity among

them. Indeed, all three cognitive processes contributed to explain EDs symptoms from a transdiagnostic approach.

Taking this into consideration, it would be plausible to propose to focus on a particular cognitive mechanism for the treatment of each ED. For that reasons, clinicians may opt for paying more attention to worry when facing generalized anxiety disorder, to rumination when treating depression, and to metacognition when treating panic disorder. In this sense, some studies have claimed the existing differences in the cognitive model of the different EDs, specially when comparing anxiety and depression (Clark & Steer, 1996; Hallion & Ruscio, 2011). This is why focusing on the modification of a concrete cognitive processes for the treatment of each ED could have a potential clinical value and could promote targeted therapy. Although other potential alternatives, such as metacognitive therapy for generalized anxiety and mayor depression have been postulated (Hagen et al., 2017; Papageorgiou & Wells, 2015; Wells, 2005), this clinical guideline would be useful to shorten the length of psychotherapies for the treatment of EDs. Indeed, the abbreviation of traditional psychological treatments seems to be a clinical efficient possibility to treat a whole variety of anxiety and depressive disorders (Cape et al., 2010; Corpas et al., 2021; Saravanan et al., 2017; Shepardson et al., 2016) Moreover, it has been demonstrated the interaction between the different mental processes on affect states and cognitive control and activity (Beckwé et al., 2014; McLaughlin et al., 2007). Therefore, it might be expected that if the principal cognitive mechanisms behind one disorder is altered, other cognitive factors would also change. Consequently, other EDs symptoms would be indirectly treated as well. In fact, it has been proven that modifying worry thinking (Chen et al., 2013), rumination (McEvoy et al., 2013) or metacognition (Callesen et al., 2019; Normann et al., 2014) by themselves reduce both anxiety and depressive symptoms. Ultimately, treating the core cognitive process of an specific disorders may be an efficient tactic to respond to EDs in the clinical practice.

However, based on our high comorbidity results, which are in the line of other several studies (González-Robles et al., 2018; Kessler et al., 2005; Wu & Fang, 2014), it seems undeniable that “pure” EDs are very uncommon. In fact, all three diagnoses contemplated in this study were directly related with the transdiagnostic measure of EDs symptoms. With this in mind, selecting a particular cognitive mechanisms appears to be complicated in the practice. Instead, therapy models that are based on combinations of cognitive processes rather than only one of them would became the most efficient strategy.

In fact, the study of Drost et al. (2014) points that all cognitive processes are suitable targets for the transdiagnostic treatment of EDs. . In this sense, the recent systematic review of Cassiello-Robbins et al. (2020) encourages the adaptation of transdiagnostic treatments to real therapeutic circumstances. In this vein, some countries have already begun to incorporate these types of interventions. Notoriously, the United Kingdom started the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme 10 years ago with excellent clinical results (Clark, 2018; Wakefield et al., 2020). That experience might inspire other countries to switch from traditional therapies to a brief transdiagnostic approach for EDs. In this line, some studies have proven that time-limited and non-specific disorder treatments are effective in reducing anxiety and depressive symptoms (Corpas et al., 2021; Dear et al., 2011; Kristjánsdóttir et al., 2019). Finally, the study of Arnold et al. (2020) is the most recent example of the suitability of brief transdiagnostic psychotherapies in the COVID-19 pandemic context. That study shows the benefits of applying these psychological interventions for several EDs and warns about the need to disseminate them now more than ever.

9.4.1. Limitations

The main limitations of the present study are related to some of the sample characteristics. For instance, the predefined age restrictions did not include children, adolescents or the elderly. That might make it difficult to apply our results to that specific populations. Regarding children and youth, some studies have also pointed that rumination is closely related to depression (Abela & Hankin, 2011; Hankin, 2009; Verstraeten et al., 2011) and that high levels of worry is a risk factor for generalized anxiety disorder in youth (Rabner et al., 2017; Verstraeten et al., 2011). Furthermore, the recent work of Schweizer et al. (2020) claims that global cognitive vulnerability transdiagnostically associates with EDs in youth, which is consistent with our results. Similarly, repetitive thinking also appears to deplete mood in older adults (Pierre & Stefan, 2017). Besides, this particular mental processes seems to be transdiagnostically related to several anxiety and depressive disorders in the elderly (Chen et al., 2020). On the contrary, the study of Diefenbach et al. (2010) pointed that similar levels of worry are present in older adults with and without generalized anxiety disorder. Therefore, worry might not be a key point in the elderly, since that cognitive factor could be inherent to that sector of the population. For its part, the 91% of women in our study might be another limitation. However, as it is indicated in the meta-analysis of Steel et al. (2014), the

prevalence of females suffering from common mental disorders are very high. Finally, we did not contemplate other comorbidities, such as intellectual disabilities or personality disorders. Therefore, the results obtained might vary in more clinically complicated cases.

9.5. Conclusions

Previous research highlighted the need to study the cognitive characteristics of individuals suffering from EDs (Bower et al., 2011; Dalgleish et al., 2020). In this sense, we conclude that an optimal initial assessment might be fundamental inasmuch as it would determine the type of treatment. For “pure” EDs, psychotherapies targeting a particular cognitive process might be the best option because they could be sufficient to achieve recovery. However, for mixed EDs, transdiagnostic psychological treatments that contemplate several mental mechanisms would be recommended. Since the probabilities of facing the second scenario are much higher (González-Robles et al., 2018; Kessler et al., 2005; Wu & Fang, 2014), we claim that supporting the dissemination of adapted transdiagnostic treatments within mental health services would be the most efficient strategy for the treatment of EDs. In this sense, updated literature suggests that, precisely, the transdiagnostic approach should be the first therapeutic step for anxiety and depressive disorders (Arnold et al., 2020; Cassiello-Robbins et al., 2020; Choi et al., 2020). In fact, it has been pointed that these types of interventions would also benefit health systems because they would reduce wait-lists and treatment costs (Radhakrishnan et al., 2013; Ruiz-Rodríguez et al., 2018). Nevertheless, despite the demonstrated weight of cognitive factors have on EDs, more underlying mechanisms, like emotional regulation strategies, must be considered from now on.

9.6. References

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: a multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259-271. <http://doi.org/10.1037/a0022796>
- Akbari, M., & Khanipour, H. (2018). The transdiagnostic model of worry: The mediating role of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences, 135*, 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.011>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alloy, L. B. & Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnold, T., Rogers B. G., Norris, A. L., Schierberl, S. A., Haubrick, K., Renna, M. E., Sun, S., Danforth, M. M., Chu, C. T., Silva, E. S., Whiteley, L. B., & Pinkston, M. (2020): A brief transdiagnostic pandemic mental health maintenance intervention. *Counselling Psychology Quarterly*. <http://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769026>
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology, 20*(2), 112. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.20.2.112>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 47*(6), 838–853. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation.
- Beckwé, M., Deroost, N., Koster, E. H. & De Raedt, R. (2014). Worrying and rumination are both associated with reduced cognitive control. *Psychological Research*, 78(5). <http://doi.org/10.1007/s00426-013-0517-5>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644–653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)
- Bower, P., Knowles, S., Coventry, P. A., & Rowland, N. (2011). Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001025.pub3>
- Callesen, P., Capobianco, L., Heal, C., Juul, C., Find Nielsen, S., & Wells, A. (2019). A Preliminary Evaluation of Transdiagnostic Group Metacognitive Therapy in a Mixed Psychological Disorder Sample. *Frontiers in psychology*, 10, 1341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01341>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Cassiello-Robins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations: facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 533-546. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00246-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00246-3)
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>

- Chen, X., Pu, J., Shi, W., & Zhou, Y. (2020). The Impact of Neuroticism on Symptoms of Anxiety and Depression in Elderly Adults: the Mediating Role of Rumination. *Current Psychology*, *39*, 42–50. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9740-3>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet. Psychiatry*, *3*(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Choi, K.W., Kim, Y. K., & Jeon, H. J. (2020). *Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment*. In: Kim YK. (eds) Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1191. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *16*(4), 435–453. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Clark, D. M. (2018). Realising the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, *14*, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Clark, D. A., & Steer, R. A. (1996). *Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression*. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (p. 75–96). The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá., J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care. A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*: 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 546–553. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.008>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Crske, M. G., & McEvoy, P. (2011). An open trial of brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 830-837.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.007>
- Derogatis, L. R. (2000). BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual. NCS Pearson. Inc.: Minneapolis, MN, USA.
- Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2010). Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 5(3), 269-274. <https://doi.org/10.1080/13607860120065069>
- Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A., Penninx, B. W. J. H., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behavior Research and Therapy*, 63, 177-183.
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.004>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>
- Fisher, L., & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care: new collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychologist*, 69(4), 355. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036101>
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A., & Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 366–387.
<https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., & Moriana, J. A. (2019). Knowledge and use of psychological evidence-based treatments in clinical practice. *Clínica y Salud*, 30(3), 115–122. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gibb, B. E., Grassia, M., Stone, L. B., Uhrlass, D. J., & McGeary, J. E. (2012). Brooding Rumination and Risk for Depressive Disorders in Children of Depressed Mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 317–326. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9554-y>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel Sanz, C., Díaz-García, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PlosOne*, 13(11): e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Gumley, A. (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190(1), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.025>
- Hagen R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8:31. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hallion, L. S. & Ruscio, A. A. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137(6), 940–958. <https://doi.org/10.1037/a0024355>
- Hankin B. L. (2008). Rumination and depression in adolescence: investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 37(4), 701–713. <https://doi.org/10.1080/15374410802359627>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 11.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Hu, E., Koucky, E. M., Brown, W. J., Bruce, S. E., & Sheline, Y. I. (2014). The role of rumination in elevating perceived stress in posttraumatic stress disorder. *Journal*

- of *Interpersonal Violence*, 19(10), 1953-1962.
<https://doi.org/10.1177%2F0886260513511697>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Jones, N. P., Siegle, G. J., & Thase, M. E. (2008). Effects of rumination and initial severity on remission to cognitive therapy for depression. *Cognitive therapy and research*, 32(4), 10.1007/s10608-008-9191-0. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9191-0>
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa043266>
- Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Gasquet, I., Younes, N., & Hardy-Bayle, M. C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7(1), 188.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-188>
- Kristjánisdóttir, H., Sigurðsson, B., Salkovskis, P., Sigurðsson, E., Sighvatsson, M., & Sigurðsson, J. (2019). Effects of a Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Disorder Specific Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(1), 1-15. doi:10.1017/S1352465818000450
- Kudyba, S. (2018) A hybrid analytic approach for understanding patient demand for mental health services. *Network Modeling Analysis in Health Informatics and Bioinformatics*, 7, 3. <https://doi.org/10.1007/s13721-018-0164-2>
- Leahy, R. L., Wupperman, P., Edwards, E., Shinvaji, S., & Molina, N. (2018). Metacognition and emotional schemas: effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 25-37.
<https://doi.org/10.1007/s41811-018-0035-8>
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Herman, A., Garfinkel, S. N., D. Critchley, H., & Ottaviani, C. (2016). Alterations in Amygdala-Prefrontal Functional Connectivity Account for Excessive Worry and Autonomic Dysregulation in

- Generalized Anxiety Disorder. *Biological Psychiatry*, 80(10), 786–795. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.013>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D. & Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavioral Therapy*, 38(1), 23–38. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2006.03.003>
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45(8), 1735-1752-
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McLaughlin, K. A., Wisco, B. E., Aldao, A., Hilt, L.M. (2014). Rumination as a transdiagnostic factor underlying transitions between internalizing symptoms and aggressive behavior in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 13-23. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fa0035358>
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2011). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491–505. doi: 10.1348/014466509X476567
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. B. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Moreno, E. M., & Moriana, J. A. (2016). Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.09.001>

- Moriana, J. A., Galvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, *54*, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry research*, *256*, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Limonero, J. T., Tomás-Tomás, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., & Iruarrizaga, M. I. (2016). The PHQ-PD as a Screening Tool for Panic Disorder in the Primary Care Setting in Spain. *PLoS ONE* *11*(8): e0161145. doi:10.1371/journal.pone.0161145
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Carpallo-González, M., Olave, L., Iruarrizaga, I., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A. & Cano-Vindel, A. (2020). Validity of Brief Scales for Assessing Transdiagnostic Cognitive Emotion Regulation Strategies in Primary Care Patients With Emotional Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000584>
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, *39*(6), 1005-1111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.005>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care clinical guideline*. The Royal College of Psychiatrists.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Normann, N., Emmerik, A. A. P. van, & Morina, N. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Depression and Anxiety, 31*(5), 402–411. <https://doi.org/10.1002/da.22273>
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Panic Disorder on Metacognitive Beliefs, Emotional Schemas, and Cognitive Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(3), 157–178. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: a baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research, 39*, 14-22. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9632-x>
- Pierre, P., & Stefan, A. (2017). Repetitive thinking, executive functioning, and depressive mood in the elderly. *Aging & Mental Health, 21*:11, 1192-1196. <http://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211619>
- Piraman, M., Tavakoli, M., & Torkan, H. (2016). Rumination and co-rumination: factors predicting depression. *International Journal of Educational and Psychological Research, 2*(2):99.
- Rabner, J., Mian, N., Langer, D., Comer, J., & Pincus, D. (2017). The Relationship Between Worry and Dimensions of Anxiety Symptoms in Children and Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45*(2), 124-138. [doi:10.1017/S1352465816000448](https://doi.org/10.1017/S1352465816000448)
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy, 51*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., & Cano-Vindel, A. (2013). Spanish Version of the Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology, 16*, E95. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.95>
- Rashidian, A., Eccles, M. P., & Russell, I. (2008). Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in

- primary care. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 85(2), 148–161. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.011>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Medrano, L. A., & Moretti, L. S. (2018). Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of the Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: PsicAP Clinical Trial. Description of the Sub-study Design. *Frontiers in Psychology*, 9:281. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00281>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., & García-Sancho, E. (2019). Metacognitive Beliefs and Emotional Dysregulation Have a Specific Contribution on Worry and the Emotional Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 179–190. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00048-4>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. & Lostao, L. (2009) Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Saravanan, C., Alias, A., & Mohamad, M. (2017). The effects of brief individual cognitive behavioural therapy for depression and homesickness among international students in Malaysia. *Journal of Affective Disorders*, 220, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.037>
- Schweizer, T. H., Snyder, H. R., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2020). The breadth and potency of transdiagnostic cognitive risks for psychopathology in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 196–211. <https://doi.org/10.1037/ccp0000470>
- Seow, T. X. F., & Gillan, C. M. (2020). Transdiagnostic phenotyping reveals a host of metacognitive deficits implicated in compulsivity. *Scientific Reports*, 10, 2887. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59646-4>
- Sheldon, T. A., Cullum, N., Dawson, D., Lankshear, A., Lowson, K., Watt, I., West, P., Wright, D., & Wright, J. (2004). What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis,

- audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 329(7473), 999.
<https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.329.7473.999>
- Shepardson, R. L., Funderburk, J. S., & Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, & Health*, 34(2), 114–127.
<https://doi.org/10.1037/fsh0000175>
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., & Eslick, G. D. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1016–1027. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.10.015>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139-153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39(4), 255–266. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00136-0](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00136-0)
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>

- Vann, A., Strodl, E., & Anderson, E. (2014). The transdiagnostic nature of metacognitions in women with eating disorders. *Eating Disorders*, 22(4), 306-320. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.890447>
- Verstraeten, K., Bijttebier, P., Vasey, M.W., & Raes, F. (2011). Specificity of worry and rumination in the development of anxiety and depressive symptoms in children. *British Journal of Clinical Psychology*, 50: 364-378. <http://doi.org/10.1348/014466510X532715>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A. & Delgadillo, J. (2020), Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*. <http://doi.org/10.1111/bjc.12259>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-165>
- Wells, A. (2008). Metacognition therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651-658. <http://doi.org/10.1017/S1352465808004803>
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- World Health Organization [WHO] (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
- Wu, Z., & Fang, Y. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: Challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(4), 227–231. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006>
- Yapan, S., Türkçapar, M.H. & Boysan, M. (2020). Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in

depression and anxiety. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01086-4>

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Zaslavsky, A. M., Fann, J. R., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., & Williams, M. A. (2015). Diagnostic validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among pregnant women. *PloS One*, *10*(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125096>

CAPÍTULO 10

Estudio 4

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>

Abstract

Brief transdiagnostic psychotherapy is a possible approach for emotional disorders in primary care. The objective of the present randomized controlled trial was to determine its effectiveness compared with the treatment as usual based on pharmacological interventions in patients with mild/moderate symptoms. In addition, emotional regulation strategies and cognitive factors were studied as potential predictors. Participants ($N = 105$) were assigned to brief group therapy based on the Unified Protocol ($n = 53$) or treatment as usual ($n = 52$). They were assessed before and after the interventions. Mean differences and stepwise regression analyses were performed. Brief group transdiagnostic psychotherapy was more effective than medication in reducing all clinical symptoms ($p = .007$ for generalized anxiety; $p = .000$ for somatization; $p = .000$ for panic disorder; and $p = .041$ for depression) and in modifying emotional regulation strategies and cognitive processes ($p = .000$ for cognitive reappraisal, expressive suppression, worry, rumination, and metacognition) with moderate/high effect sizes. Besides, it was found that these variables acted as predictors of the therapeutic change. It is concluded that brief therapies could be an accurate treatment for mild/moderate emotional disorders in primary care due to their cost-effective characteristics.

Keywords: anxiety; depression; brief psychotherapy; cognitive behavior therapy; primary care; randomized controlled trial

10.1. Introduction

Emotional disorders (EDs) are characterized by the experience of intense and frequent negative emotions and an aversive reaction along with any kind of effort to scape or avoid them (Bullis et al., 2019). They mainly include DSM-5 (APA, 2013) diagnoses of depression, anxiety and somatoform disorders, although other potential diagnoses might also be considered. There is a global concern about EDs since they are the most frequent mental disorders worldwide (WHO, 2017). In fact, health systems face an alarmingly increase of them (Chisholm et al., 2016). Scientific research indicates psychological therapies as the treatment of choice for EDs (NICE, 2011; Watts et al., 2015). Although medication is recommended for severe cases, its use in patients with mild/moderate symptoms is usually unnecessary (Moreno & Moriana, 2012). However, most of the patients with non-severe EDs are treated exclusively with pharmacological interventions in primary care (PC), which might yield in risks for their health (NICE, 2011). Despite the need of applying scientific knowledge in clinical practice (Gálvez-Lara et al., 2018; Moriana et al., 2017), there is a gap between science and real therapeutic contexts (Gálvez-Lara et al., 2019a).

With the objective of being able to provide evidence-based therapies within health systems, the adaptation of psychological treatments to an abbreviated format is an emerging possibility (Shepardson et al., 2016). They have proven to reduce anxiety and depressive symptoms (Cape et al., 2010) and to obtain similar results to manualized and longer psychological treatments (Nieuwsma et al., 2012). Moreover, the meta-analysis of Öst & Ollendick (2017) suggests the potential benefits of shifting from traditional therapies to brief ones. In this line, the review of Wakefield et al. (2020) shows the success of brief therapies within the National Health System (NHS) in the United Kingdom. Following Cape et al. (2010), brief therapies should have more than two and less than ten sessions. Furthermore, due to the high comorbidity among EDs (González-Robles et al., 2018), the transdiagnostic approach defends a dimensional conceptualization of EDs and aims to treat simultaneously their underlying characteristics (Barlow et al., 2016). The transdiagnostic treatment is especially relevant for EDs since anxiety and depressive symptoms share several psychopathological factors that can be treated effectively without a specific-disorder intervention (Sakiris & Berle, 2019). In this sense, the Unified Protocol (UP) of Barlow et al. (2014) is one of the most recognized transdiagnostic treatments for EDs and it has been successfully applied in group format (Bullis et al.,

2015). Due to the cost-effective ratios and the possible reduction of wait-lists and costs, the group format might be the best option in PC (Morrison, 2001). Combining these two lines of action, the recent study of Cassiello-Robbins et al. (2020) claims the need to disseminate brief transdiagnostic interventions within health systems. In this vein, the recent trial of Corpas et al. (2021a) shows how brief group transdiagnostic psychotherapies could be efficiently applied in PC. The main results of that study postulate the clinical equivalence of individual and group brief transdiagnostic psychotherapy for mild to moderate EDs and that both formats are superior to medication alone.

It is known that emotion regulation is a critical component in depressive and anxiety disorders (Barlow et al., 2016). The principal emotional regulation strategies are cognitive reappraisal and expressive suppression (Cutuli, 2014). It has been pointed that they should be considered during psychotherapeutic processes since patients with EDs present issues with both of them (Etkin & Schatzberg, 2011). Other important factors for the development of EDs are related to some maladaptive cognitive processes such as excessive worry, rumination and metacognitive beliefs (McEvoy et al., 2013). Indeed, research has pointed a causal relationship between cognitive processing biases and the vulnerability to both anxiety and depressive symptoms (Alloy & Rissind, 2006). In this sense, it has been argued that targeting these cognitive processes through transdiagnostic psychological treatments could help to reduce the severity of a wide range of EDs (Corpas et al., 2021b).

Considering the above, the aim of this study is to determine the differential effects on EDs of brief group transdiagnostic psychotherapy compared with pharmacological interventions. It was hypothesized that patients receiving brief psychotherapy would obtain greater clinical outcomes than patients being treated with psychotropic drugs since they would reduce more their EDs symptoms and would also remove more their diagnostic status for the different diagnoses. It was also expected that those patients treated with brief psychotherapy would change more their emotional regulation strategies and their cognitive processes. Furthermore, we aimed to explore the impact of the emotional regulation strategies and the cognitive processes as predictors of the therapeutic effect of the interventions. It was hypothesized that these variables would be related to the clinical improvement.

10.2. Methods

10.2.1. Participants

Patients were recruited between May 2020 and August 2020 via their general practitioner when they consulted for the first time in PC. Inclusion criteria included patients aged 18-65 with mild/moderate clinical symptoms of somatoform, anxiety and/or depression disorders. Predefined cutoff points of at least one of the following self-reported measures must be met: GAD-7 \geq 5; PHQ-15 \geq 5; PHQ-PD \geq 8; PHQ-9 \geq 10 (Muñoz-Navarro et al., 2017a,b). Exclusion criteria included the presence of severe mental disorders, severe depression (PHQ-9 \geq 20), severe anxiety (GAD-7 \geq 15), recent suicide attempts, substance use disorders, and intellectual disability. Patients previously taking psychotropic drugs or receiving psychological treatments were also excluded. They were assigned randomly by an independent researcher to one of the possible interventions according to a computer-generated allocation sequence (ratio 1:1) using the OxMaR software.

10.2.2. Interventions

Brief Group Transdiagnostic Psychotherapy - Experimental treatment that consisted in one session of one hour per week for eight weeks delivered by clinical psychologists in Primary Care centers of Cordoba (Spain). The groups were formed of 8-12 patients per group (10 on average) that were randomly assigned and statistically homogeneous (Levene test) in variables of sociodemographic characteristics. This intervention was designed according to a brief adaptation of the UP for the transdiagnostic approach of EDs, in which every session corresponds to a different module of the UP (Gálvez-Lara et al., 2019b). We compressed and selected the more relevant aspects of those modules that originally had more than one session. The UP was developed with the intention that it could be delivered in both individual and group formats, but most of the research conducted to date is focused in an individual format (Sakiris & Berle, 2019). However, we followed the instructions of previous studies to design our intervention in a group format (Bullis et al. 2015; Cano-Vindel et al., 2021; Corpas et al. 2021a).

S1. *Motivation for change*. Decisional balance techniques in which the advantages and disadvantages of a change in the patient's lives through psychotherapy were discussed in order to concrete the therapeutic goals and increase commitment to treatment.

- S2. *Emotional psychoeducation.* The adaptive function of emotions was explained and the patients learned to differentiate between thoughts, physical sensations and the behaviors related to those emotions. Afterwards, the concept of “emotion driven behaviors” was introduced.
- S3. *Training in emotional awareness.* Emotional awareness centered in the present without judging was taught and practiced. This consisted in being able to recognize the own emotional reactions and not automatically classify them as good or bad ones.
- S4. *Cognitive restructuring.* Typical cognitive biases and irrational beliefs related to anxiety and depressive symptoms were thought and different techniques were used to detect and modify the maladaptive ways of thinking.
- S5. *Correct avoidant behaviors.* The role of avoidant behaviors for the development and maintenance of EDs symptoms were explained. Afterward, alternative and more functional behaviors were discussed.
- S6. *Increase tolerance to physical sensations.* Several exercises, such as breathing through a straw, were performed and discussed. The aim for the patient was to get used to the typical physical sensations the emotional reactions cause.
- S7. *Emotional exposure.* Emotional habituation was developed by encouraging patients to face external and internal symptom’s triggers once they were explored. This session also aimed to decrease avoidance behaviors.
- S8. *Relapse prevention.* Learned skills were reviewed and instructions to face future situations are offered. In addition, it was pointed to the patients those skills that needed more practice.

Treatment as usual (TAU) - Active comparator group where patients only received pharmacotherapy (mainly anxiolytics and antidepressants) according to the criteria of their general practitioner in PC. Consultations consisted in 5-7 minutes during two months in which symptoms were evaluated and drugs were prescribed. Adherence to the treatment was controlled by the general practitioners, who also informed about the patients that dropped out the treatment so they could be removed from the study.

10.2.3. Measures

Primary outcome measures

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). This is a widely used instrument to assess generalized anxiety in which patients rate the frequency

of their symptoms during the past 15 days within a 4-point Likert scale with 7 items. Scores vary from 0 to 21 points and higher scores indicate higher anxiety. The scale has good internal consistency ($\alpha = .93$) (García-Campayo et al., 2010). It has been validated to be used in Spanish PC with high sensitivity (.80) and specificity (.78) (Muñoz-Navarro et al., 2017b).

Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) (Kroenke et al., 2002). This instrument assesses somatoform disorder. Patients rate the frequency of their somatic symptoms through 15 items with a 3-point Likert scale. Scores vary from 0-30 points and higher scores indicate higher severity. This instrument has shown an acceptable internal consistency ($\alpha = .78$) (Montalban et al., 2010). It has been validated to be used in psychiatric outpatients (Han et al., 2000) and it has an acceptable sensitivity (.78) and specificity (.71) (Kroenke et al., 2010).

Patient Health Questionnaire-Panic Disorder (PHQ-PD) (Spitzer et al., 1999). The scale has 15 items in which patients respond affirmatively or negatively to the different panic disorder symptoms. Scores could vary between 0-15 points and higher scores indicate higher severity. This instrument has shown an acceptable internal consistency ($\alpha = .79$) (AlHadi et al., 2017). It has been validated to be used in Spanish PC with good sensitivity (.77) and specificity (.72) (Muñoz-Navarro et al., 2016).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). This instrument is used as a screening tool for major depression. It has 9 items and patients rate the frequency of their depressive symptoms within a 4-point Likert scale during the last 15 days. Scores vary between 0-27 and higher scores indicate higher depression severity. It has good internal consistency ($\alpha = .86$) (Kroenke et al., 2001). It has been validated to be used in Spanish PC with high sensitivity (.95) and acceptable specificity (.67) (Muñoz-Navarro et al., 2017a).

Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID) (First et al., 2015). It is a widely used clinical interview to diagnose mental disorders according to DSM-5 criteria. We focused on the studied disorders: generalized anxiety disorder, panic disorder, somatoform disorder and major depressive disorder.

Secondary outcome measures

Emotional Regulation Questionnaire-Cognitive Reappraisal (ERQ-CR) (Cabello et al., 2013). The instrument assesses the ability to reinterpret the situations in order to change negative emotions. It has six items that have to be answered according to a 7-point

Likert scale. Scores vary from 6 to 42 points and higher scores indicate better emotional regulation. It has been recently validated and presents a good internal consistency ($\alpha = .83$) (Pérez-Sánchez et al., 2020).

Emotional Regulation Questionnaire-Expressive Suppression (ERQ-ES) (Cabello et al., 2013). The instrument assesses the tendency to repress and hide negative emotions. It has four items that have to be answered according to a 7-point Likert scale. Scores vary from 4 to 28 and higher scores indicate worse emotional regulation. The questionnaire has been recently validated and presents a good internal consistency ($\alpha = .76$) (Pérez-Sánchez et al., 2020).

Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated (PSWQ-A) (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009). It assesses the tendency to experience worry. It has eight items that have to be answered according to a 5-point Likert scale. Scores can vary from 8 to 40 and higher scores indicate higher levels of worry. It has excellent internal consistency ($\alpha = .90$) (Sandín et al., 2009). The instrument has been validated to be used in PC settings for individuals with EDs (Muñoz-Navarro et al., 2021).

Ruminative Response Scale-B (RRS-B) (Hervás, 2008). The RRS is a widely used measure for rumination and the subscale called “brooding rumination” was used here to assess the tendency to judge thoughts about one's mood. It has five items that patients have to respond according to a 4-point Likert scale. Scores can vary from 5 to 20 points and higher scores indicate higher rumination. It presents excellent internal consistency ($\alpha = .93$) (Nolen-Hoeksema, 1991). The instrument has been validated to be used in PC settings for individuals with EDs (Muñoz-Navarro et al., 2021).

Metacognition Questionnaire-NB (MCQ-NB) (Ramos-Cejudo et al., 2013; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). The MCQ is used to assess metacognition and the subscale called “negative beliefs about uncontrollability and danger” was used in this study to evaluate the tendency to interpret one's own thoughts as dangerous. It has six items that are responded on a 4-point Likert-type scale. Scores vary from 6 to 24 and higher scores indicate higher negative beliefs. It has good ($\alpha = .78$) internal consistency (Ramos-Cejudo et al., 2013). The instrument has been validated to be used in PC settings for individuals with EDs (Muñoz-Navarro et al., 2021).

10.2.4. Procedure

This was a randomized controlled trial conducted in PC centers of Cordoba (Spain). It was registered in ClinicalTrials.gov with identifier NCT04489641. The study was authorized by the Ethics and Clinical Research Committee of the Ministry of Health of the Andalusian Government (Spain) with the code PSI2014-56368-R. All processes were implemented following SPIRIT guidelines (Chan et al., 2013a,b) and the CONSORT statement (Schulz et al., 2010). Participants provided written informed consent before their inclusion in the study. Participants were evaluated by a clinical independent researcher according to DSM-5 criteria and with the different instruments before randomization and after the interventions. Therapist were trained in the brief version of the UP for the transdiagnostic treatment of EDs and they were systematically supervised by an independent clinical researcher during the trial in order to check they were delivering the correct and same intervention. With the objective of ensuring the adherence to the psychological treatment, participants were only allowed to absent themselves to one of the therapeutic sessions to be finally included in the study. Post-treatment assessments were developed between July 2020 and November 2020. A single-blinded process was applied where only the researcher involved in the assessments was blinded to the intervention condition. We used the G*Power program to calculate the sample size. Based on previous studies with a similar design (Cape et al., 2010; Corpas et al., 2021a; Newby et al., 2015; Cuijpers et al., 2014), we assumed an effect size of 0.6 (Cohen's *d*). With a statistical power of 0.80 and $\alpha = .05$, we determined the need of 36 subjects per group. In order to control the lack of participants through the process and based in the previous trial of Corpas et al. (2021a), we assumed a dropout rate of 12%. Therefore, we required, at least, a total sample size of 80 participants (40 per group).

10.2.5. Statistical analyses

Data was analyzed following both intention-to-treat (ITT) and per protocol (PP) approaches. Missing data in the ITT sample was completed using the maximum likelihood estimation method. Initially, Student's *t* or Chi-squared tests were performed to compare the sociodemographic, clinical, emotional regulation and cognitive processes variables of the different groups at baseline. Subsequently, Student's *t* tests were performed to determine intra and inter-group longitudinal changes in the different variables. The effect sizes were calculated by Cohen's *d* (bias corrected) (Hedges, 1981) as a measure of the differences between standardized mean changes (pre-post) of the

respective groups (Becker, 1988). According to (Cohen, 1988), d values close to 0.20 indicate low effect, values close to 0.50 indicate moderate effect and those close to 0.80 indicate high effect. The 95% confidence intervals for every effect size were also calculated. In addition, intra and inter-group chi-squared tests were performed to determine the pre-post differences in the number of participants fulfilling DSM-5 criteria for the different diagnoses. Afterwards, linear regression analyses were performed to explore how pre-post standardized differences in the cognitive processes and the emotional regulation strategies acted as predictive variables for pre-post standardized changes in the clinical symptoms. Regression coefficients with 95% interval confidence were calculated and standardized regression coefficients were also provided. Finally, determination coefficients for each model were analyzed. Following Cohen (1988), an R^2 around 0.02 indicates a small effect, an R^2 value around 0.15 indicates a medium effect, and an R^2 around 0.35 or larger indicates a high effect.

10.3. Results

10.3.1. Characteristics of the sample

From the 127 participants recruited, 105 (82.7%) met inclusion criteria. They were randomized to brief group transdiagnostic psychotherapy ($n = 53$) and TAU ($n = 52$). Sixteen (15.3%) participants dropped out their correspondent intervention. Reasons participants gave for leaving the treatments were related to unexpected events, such as city changes or family issues. Figure 10.1 shows the flow of participants through the trial. The sample had a mean age of 39.6 years ($SD = 11.2$) and the 68.6% were women. The majority of the participants were married, with secondary studies and presented multiple EDs. The randomization process was successful in that there were no significant differences between the groups on any baseline characteristics. Further sample details can be found on Table 10.1.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

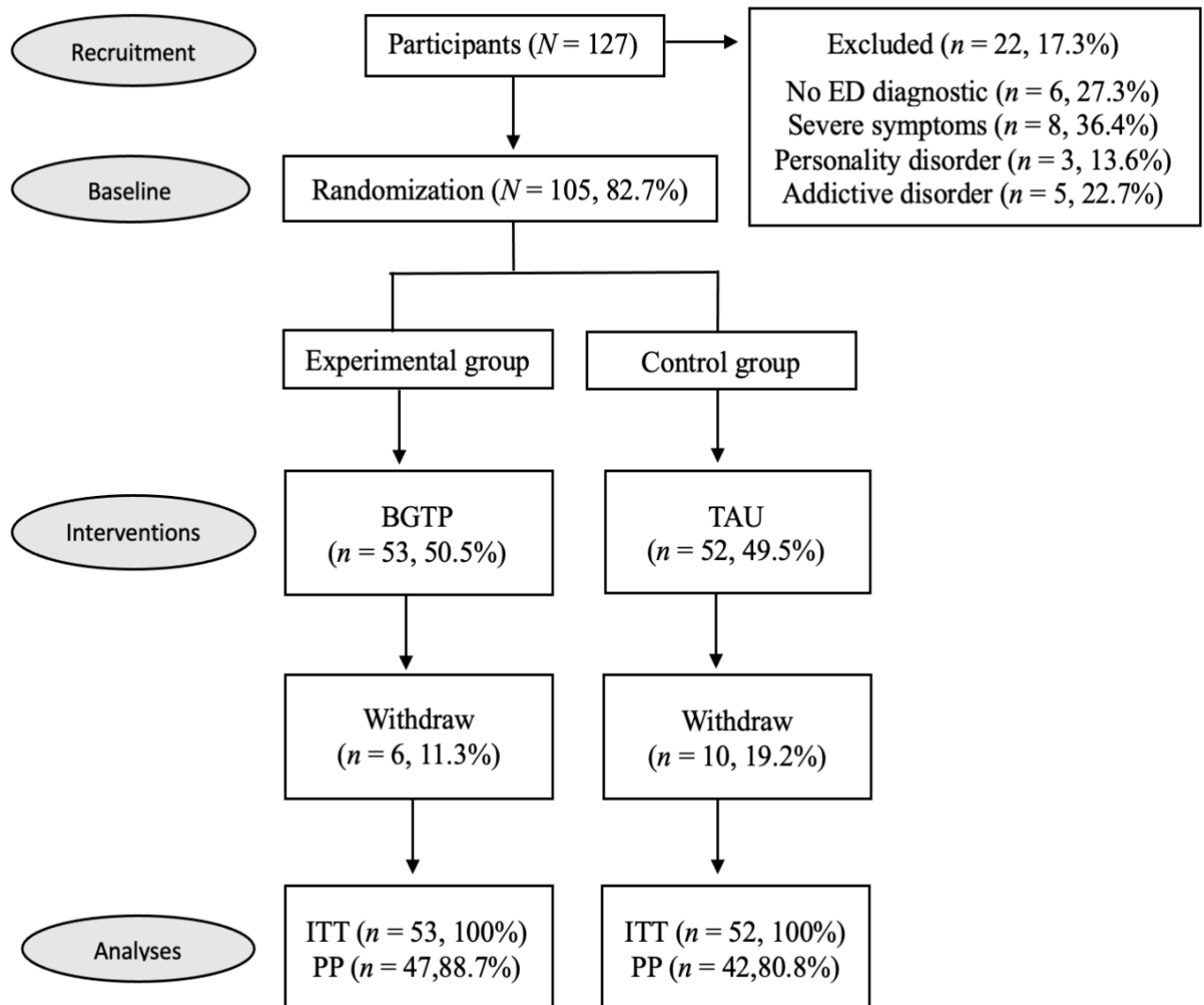


Figure 10.1. Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) diagram showing the flow of participants through the trial.

Notes: BGTP = Brief Group Transdiagnostic Psychotherapy; ED = Emotional Disorder; ITT = Intention to Treat; PP = Per Protocol; TAU = Treatment as Usual

Table 10.1. Characteristics of the groups at baseline ($N = 105$)

Variable	BGTP ($n = 53$)	TAU ($n = 52$)	χ^2/t	p
Sociodemographic data				
Age in years, M (SD)	41.15 (12.13)	37.96 (10.31)	1.45	.150
Gender: n (%) women	35 (66)	37 (71.2)	0.32	.572
Civil status, n (%)			2.92	.404
Never married	14 (26.4)	19 (36.5)		
Married	28 (52.8)	24 (46.2)		
Separated	7 (13.2)	8 (15.4)		
Widowed	4 (7.5)	1 (1.9)		
Educational level, n (%)			2.59	.273
Elementary education	16 (30.2)	9 (17.3)		
Secondary education	25 (47.2)	31 (59.6)		
University education	12 (22.6)	12 (23.1)		
Employment status, n (%)			0.15	.927
Employed	22 (41.5)	20 (38.5)		
Unemployed	24 (45.3)	24 (46.2)		
Sick leave	7 (13.2)	8 (15.4)		
Annual income, n (%)			3.80	.284
< 12000€	12 (22.6)	6 (11.5)		
12000 ≤ 24000€	25 (47.2)	26 (50)		
24000 ≤ 36000€	11 (20.8)	17 (32.7)		
> 36000€	5 (9.4)	3 (5.8)		
Primary outcomes:				
Clinical data				
Symptoms, M (SD)				
GAD-7	10.91 (4.59)	11.60 (4.12)	-0.81	.420
PHQ-15	14.08 (5.30)	13.00 (6.62)	0.92	.360
PHQ-PD	7.81 (4.71)	7.92 (4.48)	-0.13	.901
PHQ-9	12.79 (3.85)	13.44 (3.53)	-0.90	.369
Diagnoses, n (%)				
Generalized anxiety	33 (62.3)	34 (65.4)	0.11	.739
Major depression	44 (83)	42 (80.8)	0.90	.765
Panic disorder	33 (62.3)	34 (65.4)	0.11	.739
Somatization disorder	51 (96.2)	45 (86.5)	3.14	.076
Secondary outcomes:				
Emotional regulation strategies and cognitive processes				
ERQ-CR, M (SD)	16.70 (5.39)	16.19 (5.08)	0.50	.622
ERQ-ES, M (SD)	12.43 (4.68)	12.08 (3.91)	0.42	.673
PSWQ-A, M (SD)	24.15 (7.44)	23.33 (7.81)	0.55	.581
RRS-B, M (SD)	12.87 (3.82)	12.96 (3.79)	-0.13	.900
MCQ-NB, M (SD)	14.79 (4.60)	14.12 (4.91)	0.73	.468

Notes: BGTP = Brief Group Transdiagnostic Psychotherapy; ERQ-CR/ES = Emotional Regulation Questionnaire-Cognitive Reappraisal/Expressive Suppression; GAD = Generalized Anxiety Disorder; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Rumination Response Scale-Brooding; TAU = Treatment as Usual

10.3.2. Primary outcomes: clinical effect of the interventions

Both treatments showed lower means at post-treatment than at baseline for every clinical measure in both PP and ITT analyses. However, whereas in the brief psychological treatment group these differences were statistically significant with high effect sizes for all EDs symptoms in all the analyses, in the TAU group they were only significant for GAD-7 and PHQ-9 in the ITT analyses with low effect sizes. When comparing the effectiveness of the treatments, we obtained significant differences for every measure in all the analyses with moderate effect sizes favorable to brief psychotherapy, except for PHQ-9 in PP analyses (see Table 10.2). Furthermore, only the brief psychological therapy group showed a significant proportion of participants experiencing a clinical change in their diagnoses in both PP and ITT analyses. When comparing both groups, we obtained significant differences in the diagnoses of panic disorder and somatoform disorder in PP analyses and in all the diagnoses in ITT analyses (see Table 10.3).

10.3.3. Secondary outcomes: changes in emotional and cognitive factors

Regarding the emotional regulation strategies, cognitive reappraisal showed a significant increase in the brief psychotherapy group in all the analyses with large effect sizes and a significantly decrease in the TAU group in PP analyses with low effect sizes. For its part, expressive suppression was significantly decreased in the brief transdiagnostic therapy group in both PP and ITT analyses with high effect sizes, but it only was significantly increased in the TAU group in PP analyses with a moderate size effect. When looking at the cognitive processes, worry only showed a significant decrease in the brief psychotherapy group in all the analyses with high effect sizes. Rumination was significant decreased in both treatments in all the analyses, although high effect sizes were found for the brief psychotherapy group and low effect sizes were obtained for TAU. Lastly, metacognition only showed a significant decrease in the brief transdiagnostic psychotherapy group in all the analyses with high effect sizes. When comparing the effect of the treatments for these variables, we obtained significant differences for every measure in all the analyses with high effect sizes favorable to brief psychotherapy (see Table 10.2).

Table 10.2. Clinical symptoms, emotional regulation and cognitive processes at baseline and post-treatment and intra/inter-group analyses with effect sizes

Analysis/ Variable	BGTP (<i>n</i> = 47 for PP / 53 for ITT)					TAU (<i>n</i> = 42 for PP / 52 for ITT)					Interaction		
	Pre <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)	Pre <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)
PP (<i>N</i> = 89)													
Primary outcomes: Clinical symptoms													
GAD-7	10.43 (4.87)	7.29 (4.72)	4.27	.000	0.64 (0.38 – 0.89)	10.95 (3.94)	10.29 (4.28)	1.11	.272	0.17 (-0.07 – 0.40)	2.61	.011	0.47 (0.12 – 0.82)
PHQ-15	14.02 (5.29)	9.71 (4.94)	6.95	.000	0.80 (0.52 – 1.08)	12.98 (7.09)	12.05 (5.26)	1.44	.159	0.13 (-0.11 – 0.37)	3.77	.000	0.67 (0.31 – 1.04)
PHQ-PD	7.45 (4.93)	3.62 (3.26)	6.28	.000	0.76 (0.49 – 1.04)	8.05 (4.64)	7.60 (5.39)	0.61	.543	0.10 (-0.14 – 0.33)	3.53	.001	0.66 (0.31 – 1.03)
PHQ-9	12.43 (4.03)	9.74 (4.78)	4.10	.000	0.66 (0.40 – 0.92)	13.24 (3.40)	12.10 (3.33)	1.80	.079	0.33 (0.08 – 0.58)	1.70	.094	0.33 (-0.03 – 0.69)
Secondary outcomes: Emotional regulation and cognitive processes													
ERQ-CR	17.62 (5.20)	23.48 (6.72)	-6.51	.000	-1.11 (-1.43 – -0.79)	16.45 (5.20)	15.12 (5.20)	2.05	.047	0.25 (0.01 – 0.49)	-6.48	.000	-1.36 (-1.76 – -0.96)
ERQ-ES	11.52 (4.28)	7.50 (2.30)	8.49	.000	0.92 (0.63 – 1.22)	11.40 (3.70)	12.90 (4.42)	-2.77	.008	-0.40 (-0.65 – -0.15)	7.68	.000	1.32 (0.93 – 1.71)
PSWQ-A	22.83 (7.53)	13.26 (4.89)	9.51	.000	1.25 (0.91 – 1.59)	22.93 (8.37)	23.19 (7.23)	-0.32	.749	-0.03 (-0.27 – 0.21)	5.37	.000	1.28 (0.86 – 1.70)
RRS-B	11.86 (3.51)	8.37 (2.48)	6.61	.000	0.98 (0.68 – 1.28)	12.62 (4.04)	11.76 (3.19)	2.18	.035	0.21 (-0.03 – 0.45)	4.06	.000	0.77 (0.38 – 1.16)
MCQ-NB	14.76 (4.53)	10.60 (2.31)	6.50	.000	0.90 (0.61 – 1.20)	14.31 (5.27)	14.40 (4.32)	-0.15	.884	-0.02 (-0.25 – 0.22)	4.67	.000	0.92 (0.54 – 1.30)
ITT (<i>N</i> = 105)													
Primary outcomes: Clinical symptoms													
GAD-7	10.91 (4.59)	7.23 (4.20)	5.90	.000	0.79 (0.53 – 1.05)	11.60 (4.12)	10.23 (3.84)	2.40	.020	0.33 (0.11 – 0.55)	2.74	.007	0.46 (0.12 – 0.81)
PHQ-15	14.08 (5.30)	9.77 (4.38)	7.23	.000	0.80 (0.54 – 1.06)	13.00 (6.62)	12.04 (4.71)	1.65	.105	0.14 (-0.07 – 0.36)	4.01	.000	0.66 (0.32 – 1.00)
PHQ-PD	7.81 (4.71)	3.70 (2.90)	7.68	.000	0.86 (0.59 – 1.13)	7.92 (4.48)	7.67(4.83)	0.39	.697	0.06 (-0.16 – 0.27)	4.64	.000	0.81 (0.46 – 1.15)
PHQ-9	12.79 (3.85)	9.79 (4.25)	5.43	.000	0.77 (0.51 – 1.03)	13.44 (3.53)	12.08 (2.99)	2.41	.020	0.38 (0.16 – 0.60)	2.07	.041	0.39 (0.05 – 0.73)

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 10.2. Clinical symptoms, emotional regulation and cognitive processes at baseline and post-treatment and intra/inter-group analyses with effect sizes (continuation)

Analysis/ Variable	BGTP (<i>n</i> = 47 for PP / 53 for ITT)					TAU (<i>n</i> = 42 for PP / 52 for ITT)					Interaction		
	Pre <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)	Pre <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (95% CI)
ITT (<i>N</i> = 105)													
Secondary outcomes: Emotional regulation and cognitive processes													
ERQ-CR	16.70 (5.39)	23.38 (5.97)	-8.36	.000	-1.22 (-1.54 – -0.90)	16.19 (5.08)	15.10 (5.12)	1.85	.071	0.21 (-0.00 – 0.43)	-7.79	.000	-1.43 (-1.82 – -1.05)
ERQ-ES	12.43 (4.68)	7.60 (2.67)	9.31	.000	1.02 (0.73 – 1.31)	12.08 (3.91)	12.92 (3.97)	-1.59	.119	-0.21 (-0.43 – 0.00)	7.63	.000	1.23 (0.87 – 1.59)
PSWQ-A	24.15 (7.44)	13.21 (4.34)	13.21	.000	1.45 (1.10 – 1.80)	23.33 (7.81)	23.15 (6.49)	0.24	.811	0.02 (-0.19 – 0.23)	9.79	.000	1.43 (1.01 – 1.84)
RRS-B	12.87 (3.82)	8.25 (2.20)	8.89	.000	1.19 (0.88 – 1.51)	12.96 (3.79)	11.81 (2.86)	3.32	.002	0.30 (0.08 – 0.052)	5.53	.000	0.89 (0.51 – 1.28)
MCQ-NB	14.79 (4.60)	10.68 (2.06)	6.94	.000	0.88 (0.61 – 1.15)	14.12 (4.91)	14.33 (3.87)	-0.38	.705	-0.04 (-0.25 – 0.17)	5.32	.000	0.92 (0.58 – 1.27)

Notes: BGTP = Brief Group Transdiagnostic Psychotherapy; ERQ-CR/ES = Emotional Regulation Questionnaire-Cognitive Reappraisal/Expressive Suppression; GAD = Generalized Anxiety Disorder; ITT = Intention to Treat; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PP = Per Protocol; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Rumination Response Scale-Brooding; TAU = Treatment as Usual

Table 10.3. Frequency and percentage of patients meeting DSM-5 criteria for each disorder at baseline and post-treatment chi-squared intra and inter-group analyses for both per protocol and intention-to-treat samples

Analysis/ Diagnosis	BGTP (<i>n</i> = 47 for PP / 53 for ITT)				TAU (<i>n</i> = 42 for PP / 52 for ITT)				Interaction	
	Pre <i>n</i> (%)	Post <i>n</i> (%)	<i>x</i> ²	<i>p</i>	Pre <i>n</i> (%)	Post <i>n</i> (%)	<i>x</i> ²	<i>p</i>	<i>x</i> ²	<i>p</i>
PP (<i>N</i> = 89)										
GAD	28 (59.6)	13 (27.7)	4.68	.001	27 (64.3)	23 (54.8)	2.05	.454	3.62	.164
MMD	39 (83)	23 (48.9)	5.12	.000	33 (78.6)	28 (66.7)	0.64	.302	4.28	.117
PD	30 (63.8)	6 (12.8)	3.90	.000	26 (61.9)	29 (69.1)	4.39	.581	20.93	.000
SD	45 (95.7)	32 (76.1)	4.46	.000	38 (90.5)	39 (92.9)	0.34	.999	10.02	.007
ITT (<i>N</i> = 105)										
GAD	33 (62.3)	12 (22.6)	5.71	.000	34 (65.4)	30 (57.7)	3.99	.481	8.41	.015
MDD	44 (83)	21 (39.62)	4.60	.000	42 (80.8)	36 (69.2)	0.50	.238	6.75	.034
PD	33 (62.3)	6 (11.3)	4.10	.000	34 (65.4)	33 (63.5)	7.17	.999	19.23	.000
SD	51 (96.2)	35 (66)	4.04	.000	45 (86.5)	46 (88.5)	0.60	.999	11.96	.003

Notes: BGTP = Brief Group Transdiagnostic Psychotherapy; GAD = Generalized Anxiety Disorder; ITT = Intention to Treat; MDD = Major Depressive Disorder; PD = Panic Disorder; PP = Per Protocol; SD = Somatoform Disorder; TAU = Treatment as Usual

10.3.4. Identifying predictors of change

The regression analyses (see Table 10.4) showed the combination of the different factors explaining the longitudinal changes in the EDs symptoms. For generalized anxiety symptoms, only worry acted as a predictive variable in PP analyses, and cognitive reappraisal and expressive suppression were added afterwards in ITT analyses. For somatic symptoms, expressive suppression and cognitive reappraisal were acted predictive variable in PP analyses, while only expressive suppression was found to be a significant predictor in ITT analyses. For panic disorder symptoms, only metacognition acted as predictive variables in both PP and cognitive reappraisal was added afterwards ITT analyses. Lastly, for depressive symptoms, rumination and cognitive reappraisal were identified as predictors in PP, but only rumination acted as predictor in ITT analyses. The regression models performed showed a moderate/high coefficient.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Table 10.4. Regression analyses examining the contribution of emotional regulation strategies and cognitive processes in the therapeutic effect of the treatments

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95% CI for <i>B</i>	<i>F</i> / <i>t</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
PP (N= 89)						
GAD-7						
				8.26	.33	.000
PSQW-A	0.33	0.11	0.11 – 0.55	2.95		.004
RRS-B	0.13	0.10	-0.07 – 0.34	1.29		.202
MCQ-NB	-0.61	0.09	-0.24 – 0.12	-0.66		.513
ERQ-CR	-0.15	0.11	-0.36 – 0.06	-1.39		.168
ERQ-ES	0.17	0.10	-0.02 – 0.37	1.78		.079
PHQ-15						
				5.80	.26	.000
PSQW-A	-0.05	0.12	-0.28 – 0.19	-0.40		.693
RRS-B	0.15	0.11	-0.07 – 0.37	1.36		.179
MCQ-NB	0.02	0.10	-0.48 – 0.21	0.16		.877
ERQ-CR	-0.26	0.11	-0.48 – -0.04	-2.30		.024
ERQ-ES	0.32	0.10	0.12 – 0.53	3.13		.002
PHQ-PD						
				4.30	.24	.000
PSQW-A	0.07	0.12	-0.16 – 0.31	0.63		.530
RRS-B	0.11	0.12	-0.11 – 0.33	0.96		.338
MCQ-NB	0.42	0.10	0.22 – 0.61	4.24		.000
ERQ-CR	-0.21	0.11	-0.43 – 0.02	-1.86		.067
ERQ-ES	-0.14	0.10	-0.35 – 0.07	-1.37		.176
PHQ-9						
				6.69	.29	.000
PSQW-A	-0.01	0.11	-0.24 – 0.22	-0.11		.911
RRS-B	0.38	0.11	-0.16 – 0.59	3.52		.001
MCQ-NB	0.15	0.10	-0.04 – 0.34	1.59		.115
ERQ-CR	-0.26	0.11	-0.48 – 0.04	-2.37		.020
ERQ-ES	-0.07	0.10	-0.27 – 0.14	-0.66		.514
ITT (N= 105)						
GAD-7						
				6.69	.32	.000
PSQW-A	0.29	0.10	0.10 – 0.49	0.29		.004
RRS-B	0.10	0.10	-0.9 – 0.29	1.09		.279
MCQ-NB	-0.04	0.08	-0.21 – 0.13	-0.48		.634
ERQ-CR	-0.20	0.10	-0.39 – -0.01	-2.09		.040
ERQ-ES	0.19	0.09	0.01 – 0.37	2.14		.014
PHQ-15						
				5.62	.22	.000
PSQW-A	0.05	0.11	-0.17 – 0.26	0.48		.636
RRS-B	0.14	0.10	-0.06 – 0.34	1.39		.167
MCQ-NB	0.05	0.09	-0.13 – 0.23	0.56		.579
ERQ-CR	-0.16	0.10	-0.36 – 0.05	-1.54		.127
ERQ-ES	0.30	0.10	0.11 – 0.49	3.17		.002
PHQ-PD						
				6.70	.25	.000
PSQW-A	0.08	0.11	-0.13 – 0.29	0.74		.462
RRS-B	0.09	0.10	-0.10 – 0.29	0.95		.346
MCQ-NB	0.42	0.09	0.04 – 0.59	4.70		.000
ERQ-CR	-0.21	0.10	-0.41 – -0.01	-2.12		.036
ERQ-ES	-0.17	0.09	-0.35 – 0.02	-1.81		.073
PHQ-9						
				6.19	.24	.000
PSQW-A	0.05	0.09	-0.16 – 0.26	0.46		.646
RRS-B	0.34	0.10	0.14 – 0.53	3.38		.001
MCQ-NB	0.15	0.09	-0.03 – 0.32	1.64		.104
ERQ-CR	-0.19	0.10	-0.39 – 0.01	-1.85		.068
ERQ-ES	-0.05	0.09	-0.23 – 0.14	-0.48		.630

Notes: ERQ-CR/ES = Emotional Regulation Questionnaire-Cognitive Reappraisal/Expressive Suppression; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder; ITT = Intention to Treat; MCQ-NB = Metacognition Questionnaire-Negative Beliefs; PHQ-PD = Patient Health Questionnaire-Panic Disorder; PP = Per Protocol; PSWQ-A = Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; RRS-B = Rumination Response Scale-Brooding

10.4. Discussion

10.4.1. Clinical improvement

Brief group transdiagnostic psychotherapy was effective for the reduction of all EDs symptoms and diagnoses. This outcome would be consistent with other studies that have pointed satisfactory clinical results of brief psychological treatments for EDs (Cape et al., 2010; Newby et al., 2015). The usefulness of the transdiagnostic approach is restated, since they also supported the previous results of the UP that pointed that a single treatment could be effective for comorbid anxiety and depressive disorders (Farchione et al., 2012; Sakiris & Berle, 2019) and that it could even be equally effective than other specific-disorder treatments (Barlow et al. 2017). Besides, this intervention was also effective for the modification of all the cognitive factors and emotional regulation strategies. Despite it has been pointed that psychological interventions are prone to address effectively cognitive reappraisal, but fail in doing so with expressive suppression (Dryman & Heimberg, 2018), our results showed success in modifying both emotional regulations strategies. For its part, TAU was only effective for the reduction of generalized anxiety and depressive disorder symptoms in the ITT analyses. In this line, it has been defended the usefulness of psychotropic drugs, although it has also been advised about its effect sides (Perna et al., 2016). May that as it may, it has been pointed that the psychological treatment should always be offered with or without adding psychotropic drugs (NICE, 2011). Furthermore, TAU only improved rumination from the non-clinical variables. Although in PP analyses it seemed that this intervention deteriorated cognitive reappraisal and promoted expressive suppression, this outcome was not significant in ITT analyses. A recent study of Robles et al. (2020) confirms the idea that antidepressants might be effective for the treatment of rumination syndrome but suggests that some type of psychological technique should be trained in parallel.

Regarding the comparative effectiveness of the treatments, we found that brief group transdiagnostic psychotherapy was more effective than TAU for the reduction of all EDs symptoms and diagnoses. Despite PP analyses did not show a significant difference for depressive symptoms, this outcome was significant in ITT analyses afterwards. Similarly, although PP analyses did not show a significant difference for generalized anxiety disorder and major depression, this outcome was indeed significant in ITT analyses. This might be due to the sample size differences, since, in fact, a moderate effect size was obtained in both cases. The results would be in the line of other studies that have

also pointed satisfactory clinical results of this type of interventions compared with the prescription of drugs (Cape et al., 2010; Watts, et al., 2015). Moreover, there is recent evidence of the superiority of brief transdiagnostic group therapies based on the UP compared to medication in PC contexts (Cano-Vindel et al., 2021; Corpas et al., 2021a). However, the results of the meta-analyses of Cuijpers et al. (2018) claims that there is no clinical difference between these two types of treatments for depression. Apparently, this would contradict our findings, but this study focus on the treatment of severe symptoms, including inpatients with chronic conditions while we only admitted patients that consulted for the first time in PC services with mild/moderate symptoms. When comparing the differences in modifying emotional regulation strategies and cognitive processes we found that brief group transdiagnostic psychotherapy was clearly superior to TAU.

10.4.2. Influence of the cognitive and the emotional regulation factors

Firstly, it was found a specificity of each cognitive process for the explanation of the improvement of the different EDs symptoms. To be concrete, worry, metacognition, and rumination were the only cognitive factors that predicted the therapeutic change in generalized anxiety, panic disorder and depressive symptoms respectively. Previous research has also pointed that each disorder could be linked to these particular cognitive process (Corpas et al., 2021b). Nevertheless, this outcome could contradict some works that claim the relation between changes in metacognition and the changes in depressive symptoms (Hagen et al., 2017; Papageorgiou & Wells, 2015). These divergences might be explained by the severity of the disorders, since that studies mainly include patients with severe and treatment resistant depression while we included participants with mid/moderate symptoms. Anyway, according to our results, it could be appropriate to designing a distinctive intervention for every ED based on each cognitive process. However, it is highly unlikely to face “pure” EDs in the practice (González-Robles et al., 2018). Indeed, mixed symptoms are the most frequent scenario. Therefore, the transdiagnostic treatment approach could be the most efficient option (Corpas et al., 2021b), since more than just one cognitive process it expected to be involved. However, it is remarkable that none of the cognitive factors explained the improvement of somatic symptoms. By contrast, and in the line of the systematic review of Okur et al. (2019), it was predicted by the modification of the emotional regulation strategies. Furthermore, the results showed the high impact of expressive suppression in this type of psychopathological symptoms. As

described in Bondo et al. (2014), it seems that this specific emotional regulation strategy is a key point for the development and treatment of somatoform disorders. For its part, some type of emotional regulation strategy was involved as a predictor of outcome in almost every analysis, with a particular importance of cognitive reappraisal as a predictor of the improvement of EDs symptoms. This outcome would reinforce the idea that these variables are fundamental from a transdiagnostic approach (Barlow et al., 2016) and that they should always be present in the psychotherapeutic interventions.

10.4.3. Limitations

The first limitation is related to some of the sample characteristics. For instance, the predefined age restrictions did not include children, adolescents or the elderly. However, some studies suggest that brief psychotherapies for EDs are also effective for that specific populations (Gatta et al., 2019; Serfaty et al., 2009). Furthermore, although there is certain evidence of the effectiveness of brief psychotherapies for severe affective disorders (Driessen et al., 2010), our results could only be generalized to those with mild/moderate symptoms. We did not develop follow-up assessments and, therefore, we are only able to determine the effectiveness of the interventions right after the end of the treatment. However, there is recent evidence that claims the long-term effectiveness of brief psychotherapies in PC (Brent et al., 2020). Secondly, the number of tests might inflate the risk of Type I error. Furthermore, the lack of a longer version of the therapy as a comparator and the unknown amount of medication taken by the participants of the control group limits the results of the study. Another limitation is that patients were nested in groups and we did not analyze the possible influence of the different mentioned groups during the treatments, that could bias the obtained results. Moreover, it was not registered the number of consultations during the TAU and that could mean that some patients received more sessions than others depending on the development of their symptoms. Finally, the study might present biases due to the single-blinded method in which patients and clinicians knew the allocation of the randomization process.

10.5. Conclusions

Brief transdiagnostic psychotherapy seems to be superior to pharmacological interventions for the treatment of mild/moderate EDs. Even if medication could be effective in some cases, it appears that it does not modify the underlying processes behind anxiety and depression as the psychological intervention does. On the contrary, brief

transdiagnostic psychotherapy would develop adaptive ways of coping with EDs symptoms. Since several predictors appear to be linked to the improvements of the clinical symptoms, it would be recommended to focus on them through therapeutic processes. Furthermore, the transdiagnostic approach could be an efficient strategy to treat several EDs at the same time (Sakiris & Berle, 2019). In addition, the group format appears to be as effective as individual psychotherapies for mild/moderate EDs (van Rijn & Wild, 2016). Considering that most of the consultations in PC are related to non-severe anxiety and depression disorders (Kroenke et al., 2007), group psychotherapies would reduce wait-lists and public costs (Morrison, 2001). For those reasons, it is our hope that this study contributes to the dissemination of brief group transdiagnostic psychotherapies in PC in order to be able to offer cost-effective treatments for an increasing number of patients.

10.6. References

- AlHadi, A. N., AlAteeq, D. A., Al-Sharif, E., Bawazeer, H. M., Alanazi, H., AlShomrani, A. T., Shuqdar, R. M., & AlOwaybil, R. (2017). An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. *Annals of General Psychiatry, 16*, 32. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1>
- Alloy, L. B. & Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association. <http://doi.org/101176/appi.books.9780890425596>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2014). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide*. Oxford University Press.
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 41*(2), 257–278.
- Bondo, L. A., Delmar, C., & Nielsen, K. (2014). Struggling in an emotional avoidance culture: A qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 76*(2), 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.019>
- Brent, D. A., Porta, G., Rozenman, M. S., Gonzalez, A., Schwartz, K. T. G., Lynch, F. L., Dickerson, J. F., Iyengar, S., & Weersing, V. R. (2020). Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: a follow-up. *Journal*

- of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 856–867. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.009>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13. <http://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., Laupacis, A., Gøtzsche, P. C., Krleža-Jerić, K., Hróbjartsson, A., Mann, H., Dickersin, K., & Berlin, J. A. (2013a). SPIRIT 2013 statement: Defining standard protocol items for clinical trials. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200–207. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>

- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., Dickersin, K., Hróbjartsson, A., Schulz, K. F., & Parulekar, W. R. (2013b). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *British Medical Journal*, *346*, e7586. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(5), 415–424. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021a). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*, 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021b). Cognitive factors associated with emotional disorders: implications for efficient psychological treatments. *Journal of Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922651>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2018). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–10. <http://doi.org/10.1017/S2045796018000057>.
- Cuijpers P., Sijbrandij M., Koole S. L., Andersoon G., Beekman A. T., Reynolds C. F., III (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, *13* 56–67. <http://doi.org/10.1002/wps.20089>
- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00175>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *30*(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>

- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review, 65*, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Etkin, A., & Schatzberg, A. F. (2011). Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 168*(9), 968–978. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10091290>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders*. American Psychiatric Association.
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A., & Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: a review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*(3), 366–387. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., & Moriana, J. A. (2019a). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud, 30*(3), 115–122. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Venceslá, J. F., & Moriana, J. A. (2019b). Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 9*, 2674. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02674>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>

- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Spoto, A., Difronzo, M., de Sauma, M., & Ferruzza, E. (2019). Effectiveness of brief psychodynamic therapy with children and adolescents: an outcome study. *Frontiers in Pediatrics*, 7. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00501>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel, C., García-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for emotional disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Plos One*, 13(11):e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in Psychology*, 8:31. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Han, C., Pae, C. U., Patkar, A. A., Masand, P. S., Kim, K. W., Joe, S. H., & Jung, I. K. (2009). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 50(6), 580–585. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.580>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107–128.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 11.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. B. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy, 28*(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Montalban, S. R., Vives, A. C., & Garcia-Garcia, M. (2010). Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(6), 345–57.
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental, 35*(4), 315–328.
- Moriana, J. A., Galvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review, 54*, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(3), 311–332. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M. A., & Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017a). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry, 17*(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, J. I. (2017b). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research, 256*, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Limonero, J. T., Tomás-Tomás, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., & Iruarrizaga, M. I. (2016). The PHQ-PD as a Screening Tool for Panic Disorder in

- the Primary Care Setting in Spain. *PLoS ONE* 11(8): e0161145. doi:10.1371/journal.pone.0161145
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Carpallo-González, M., Olave, L., Iruarrizaga, I., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A. & Cano-Vindel, A. (2021). Validity of Brief Scales for Assessing Transdiagnostic Cognitive Emotion Regulation Strategies in Primary Care Patients with Emotional Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000584>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Common mental health problems: Identification and pathways to care Clinical guideline*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Newby J. M., McKinnon A., Kuyken W., Gilbody S., 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. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129–151. <http://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Öst, L. G., & Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 97, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.008>
- Okur, G. Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019) Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: a systematic review. *Plos One*, 14(6): e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: a baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 14–22. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9632-x>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado R. A., & Prieto, G. (2020). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación

- emocional. *Papeles Del Psicólogo*, 41(2).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2931>
- Perna, G., Alciati, A., Riva, A., Micieli, W., & Caldirola, D. (2016). Long-term pharmacological treatments of anxiety disorders: an updated systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 23. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0668-3>
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., & Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the meta-cognition questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E95. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.95>
- Robles, A., Romero, A. Y., Tatro, E., Quezada, H., & McCallum, W. R. (2020). Outcomes of treating rumination syndrome with a tricyclic antidepressant and diaphragmatic breathing. *The American Journal of the Medical Sciences*, 360(1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.04.003>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. & Lostao, L. (2009) Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332–1340. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.165>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*, 11(1), 32. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Shepardson, R. L., Funderburk, J. S., & Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, & Health*, 34(2), 114–127. <https://doi.org/10.1037/fsh0000175>

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Van Rijn, B., & Wild, C. (2016). Comparison of transactional analysis group and individual psychotherapy in the treatment of depression and anxiety. *Transactional Analysis Journal*, 46(1), 63–74. <https://doi.org/10.1177/0362153715615115>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2020). Improving access to psychological therapies (IAPT) in the United Kingdom: a systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, e12259. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates*.

Discusión y Conclusiones

CAPÍTULO 11

Discussion and conclusions

11.1. Discussion

This doctoral thesis has sought to achieve several objectives through four different and interrelated studies. The results of these studies have confirmed most of the hypotheses proposed. In the first study, the evidence of the effectiveness of brief therapies for EDs applied in PC compared to pharmacological interventions was compiled and analyzed. In the second study, a RCT was developed to test the effectiveness of a group and individual adaptation of the Unified Protocol for the treatments of EDs compared to medication in PC and Specialized Care. In the third study, the association of cognitive factors with the presence of EDs was analyzed in order to determine how to promote efficient psychological treatments. Finally, in the fourth study, another RCT was developed in PC to test, one more time, the effectiveness of brief group transdiagnostic psychotherapies compared to pharmacological treatments for EDs and to determine the differential changes of emotional regulation strategies and cognitive factors and their influence in the clinical improvement.

In order to archive objective 1, a systematic review and meta-analysis was developed. Brief therapies applied for EDs in PC were taken into account until December 2019. Firstly, it is worth saying that it was found that the mean number of sessions that patients received were six, which is exactly the number of sessions that other authors have pointed as sufficient to archive a significant clinical change (Nieuwsma et al., 2012; Stiles et al., 2008). The results also showed that time-limited psychological intervention is more effective than medication in the short-term and it is as effective as medication in the long-

term. This would confirm the hypothesis that originated this doctoral thesis and that was previously postulated by Cape et al. (2010). Some studies have defended that the effect of time-limited psychological treatments decreases along time (Hemmings, 2000; Seekles et al., 2013). However, we are not able to know if the non-significant difference in the comparative effect in the long-term is due to a minor effect of brief therapies or to a mayor effect of medication. Be that as it may, the truth is that, according to the data obtained, brief therapies still are a good clinical option in the long-term since they seem to be equally effective than a proven and active treatment. Nevertheless, they could present some indirect benefits such as fewer side effects or less rates of relapse. Even if medication is recommended to be added sometimes when treating EDs, the first step should be some kind of psychological therapy (NICE, 2011). In that sense, we found that the combined treatment (brief psychotherapy plus pharmacology) did not represent a significant difference either in the short-term or in the long-term. This could mean that, following the clinical guide “*Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*” (NICE, 2011), the combined treatment would only be the best therapeutic approach for those patients that show a low response to psychotherapy alone. It is important to emphasize that this is the correct order of treatment and not the other way around as it usually happens in public health systems where medication is the first intervention provided and, then, when it is not enough, psychological therapies are applied.

We identified six different types of brief psychological treatments that have been tested in PC: cognitive-behavioral therapy (CBT), psychodynamic psychotherapy (PP), interpersonal therapy (IPT), problem-solving therapy (PST), counseling (COU), and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). Although slight differences in favor of CBT were found in the short-term, they disappeared afterwards. This result can be somehow surprising, since CBT have been sometimes postulated as superior to other therapies for the treatment of a wide variety of mental disorders (Tolin, 2020; Wang et al., 2007). However, it is also congruent with how brief therapies work, since they are not mainly focus on the specific techniques of a particular theoretical model, but, instead, on adapting them to the concrete needs of the patients (Gálvez-Lara et al., 2018; Hoyt, 2000). Moreover, it has been argued that a large proportion of the success of brief therapies depends upon the enhancement of some common factors such as therapeutic alliance (Fosha, 2004). Despite this fact, we found that none of the studies took into account and

measured therapeutic alliance or other common factors. Therefore, more research about this topic is needed to determine whether these processes are truly associated with the effectiveness of brief therapies and, if so, how to promote them during the treatments.

With the aim of archiving objective 2, a RCT was developed in which the effectiveness of brief transdiagnostic therapies for EDs were compared with treatment as usual (TAU) based on psychopharmacological interventions. On the one hand, it was found that, as previous research has pointed before, brief (Cape et al., 2010) and transdiagnostic (Sakiris & Berle, 2019; Saravanan et al., 2017) psychological treatments could be more powerful than medication for anxiety and depressive disorders. However, this was one of the first studies to combine these two clinical approaches to maximize the efficiency of the therapy. In this line, the trial also proves how a time-limited adaptation of the Unified Protocol is possible, which might inspire other researchers and professionals to modify their interventions within health systems. Nevertheless, this outcome might be biased by the inclusion/exclusion criteria that we applied. Patients had to present mild/moderate symptoms of EDs, but not severe ones. This means that, maybe, for severe EDs, brief therapies are not as good as they are for mild EDs. In fact, the meta-analysis of Cuijpers et al. (2020) shows how psychotherapy and pharmacological interventions are equally effective for severe depression. On the other hand, brief transdiagnostic therapy was not only better than psychopharmacology for the reduction of EDs symptoms, but also in the elimination of the different diagnoses. Actually, the TAU group did not significantly remove any of the four disorders studied: generalized anxiety disorder (GAD), mayor depressive disorders (MMD), panic disorder (PD), and somatoform disorders. It is true that some patients did remove their clinical status, but also some of them, that initially did not present the criteria enough to be diagnosed, developed one or more ED. This phenomenon did not happen in the two experimental groups, that showed a consistent decrease in the different diagnoses. For this reason, it has been proposed that EDs are usually associated with psychological issues rather than to a biological o medical condition (Gili et al., 2011).

Besides, the results obtained did not show any clinical differences between applying brief therapies in an individual format in Specialized Care or in a group format in PC. This might imply some advantages for group therapies since they have better cost-effectiveness ratios, meaning that more patients could be treated in less time and resources (Morrison, 2001). However, it is possible that the individual format archives better

clinical outcomes for more complicated cases or when patients show clear difficulties to engage with a group therapy (Hauksson et al., 2017; Shechtman & Kiezel, 2016). Therefore, the stepped care approach that was introduced in chapter 5 could be applied here. Even if they were not studied in this RCT, self-help interventions might be a good option for subclinical or very low EDs. In fact, bibliotherapy have demonstrated to be more effective than wait-lists for anxiety and depression, although not as effective as more intensive psychological treatments (den Boer et al., 2004). Afterwards, brief group psychotherapies might be delivered for mild/moderate EDs. And finally, brief individual psychotherapies with or without medication would be offered as the last step for severe EDs. Since brief therapies seem to show similar clinical effects than extensive psychological treatments (Churchill et al., 2001; Nieuwsma et al., 2012), we estimate that the use of brief therapies should be introduced within health systems in the next years.

Another controversial topic is related to who are the appropriate professionals to deliver brief psychological therapies. It seems quite clear that mental health specialists, such as psychiatrists, mental health nurses and clinical psychologists, are the ones that should be in charge of this matter in Specialized Care. However, although, ideally, these same professionals could develop psychosocial treatments in PC, there is hardly any representation of mental health specialists in that setting. According to the report made by Durcan (2020) called *Clinical psychology in Primary Care* from the Centre for Mental Health, even in the Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) program, most of the interventions are carried out by physicians trained in low-intensity psychological treatments and not by clinical psychologist, which could mean that the IAPT often does not offer the level of intervention required by people with more complex needs. For that reason, the document recommends to expand and integrate clinical psychology in PC, incorporating more clinical psychologists in this first level of care. This advice is also suitable for other countries, such as in Spain, where several studies to promote the implementation of clinical psychology in PC are being performed. Apart from those that have been presented in this doctoral thesis, we highlight the RCT of Cano-Vindel et al. (2021) that shows the clinical effectiveness of another brief transdiagnostic psychological treatment for EDs in the short and in the long-term and the RCT of Osma et al. (2021), that exemplifies how the Unified Protocol could be delivered in group format with good clinical outcomes.

Regarding the objective 3, we conducted an exploratory study in which outpatients with EDs were assessed in order to determine how their psychological characteristics were associated with their clinical symptoms. The results confirmed the initial hypotheses, since each cognitive factor was especially related to each ED. Explicitly, worry was particularly linked to GAD, rumination with MMD, and metacognition to PD. These outcomes would contribute to shorten even more psychological therapies when treating “pure” disorders by focusing on a particular mental process. In fact, there are some examples of ultra-brief therapies for EDs. The study of Otto et al. (2012) shows the effectiveness of a five-session psychotherapy for PD and suggests that even briefer protocols will be developed as the field advances. Similarly, the study of Rieu et al. (2011) claims that a 6-session of CBT therapy could have better clinical results than supportive therapy for depressive patients. More impressive is the study of Amir et al. (2008), which defends that a single session focused on modifying attentional bias might have significant clinical results in social anxiety. Nevertheless, if it is needed a specific training for being able to apply brief therapies correctly, it is needed a more complex one for developing these types of ultra-brief therapies. Therefore, although they could help to hasten psychological treatments and to end people's suffering as soon as possible, they might be difficult to disseminate within health systems.

From a transdiagnostic perspective, the results showed that all three cognitive factors were connected when there was comorbidity among the disorders or when there was mixed EDs symptoms. Due to the presence of more than one disorder at the same time is very frequent in clinical practice (Sandín et al., 2012; Kessler et al., 2003), it is worth to investing a little more time in the design of brief transdiagnostic therapies that try to change several cognitive processes. This might help clinicians to familiarize with only one protocol that could be potentially useful for the treatment of a wide range of disorders (Barlow et al., 2017). In this sense, as it was suggested by Cassiello-Robbins et al. (2020), the transdiagnostic approach should be adapted to real contexts from now on.

Lastly, another RCT was designed and performed to archive objective 4. The results demonstrated, once again, and in the line of other recent studies (Cano-Vindel et al., 2021; Osma et al., 2021), that brief group transdiagnostic therapy is more effective than TAU for EDs in PC. However, we also observed that the brief psychological treatment led to changes in all cognitive processes and emotional regulation strategies, something that only happened for rumination in the pharmacological arm. It would be

plausible that, even if medication is sometimes effective for the treatment of EDs, this treatment does not prepare the patients for future challenging and stressful situations. Therefore, and in line the study of Gill & Hatcher (2000), we might be able to support the idea that higher rates of relapse are present when treating EDs with pharmacological interventions. In fact, the work of Graham et al. (2014) emphasizes that some psychotropic drugs, such as benzodiazepines, could hinder some well-known psychotherapeutic processes like habituation. This might mean that unnecessary medication would, in some cases, excessively prolong psychological therapies when they could archive clinical results in less time.

Moreover, we analyzed cognitive factors and emotional regulation strategies as predictors of the clinical outcomes. As expected after the data obtained in the study 3, changes in worry, rumination and metacognition predicted changes in GAD, MDD and PD, respectively. This reinforces the notion that specific cognitive factors could be targeted in order to turn conventional psychotherapies into brief ones. For its part, the clinical improvement of somatoform disorder was only explained by changes in expressive suppression. It seems that individuals who are prone to hide and avoid their negative emotions are more likely to develop bodily symptoms, including pain (Bondo et al., 2014; Settineri et al., 2019). In this regard, special attention should be paid to this emotional regulation strategy when facing somatoform disorders. Finally, cognitive reappraisal seemed to be a key element for the treatment of most of EDs. It seems that reinterpreting situations and giving them a different meaning would be one of best the transdiagnostic mechanisms. Based on these results, clinicians might be encouraged to apply psychological treatments focused not only on cognitive factors, but also on emotional regulation. In fact, the study of Renna et al. (2017) illustrates how emotion regulation therapy (ERT) could be used for some patients with EDs that show low rates of response to more common CBT treatments.

Despite assessing other mental processes beyond clinical symptoms has been pointed as a research need in clinical psychology (Dozois, 2013), it is difficult to determine that the mentioned cognitive factors and emotional regulation strategies are exactly mechanisms of change. According to Kazdin (2007), a mechanism is “something that explain the processes of how change came about”. In this sense, regression analyses that use the shared percentage of variance might help to determine what (a description) is involved in the clinical improvement, but they can hardly inform about how (an

explanation) these variables influence in the reduction of the symptoms. Consequently, this author claims that RCTs rarely progress to a more in-depth evaluation of how these factor operates and suggests to include other measures during psychological treatments, such as a description of social interactions outside the context of therapy in relation to neurological or other biological indices.

11.2. Limitations and future directions

This doctoral thesis presents certain limitations that should be acknowledged. In relation to the first study, we found several RCTs developed in PC that applied brief therapies for “pure” depression and for mixed EDs. However, there was a lack of studies for “pure” anxiety disorders. Therefore, some analyses for that type of diagnosis could not be developed, which means that some important information might be missing. Furthermore, it was obtained a high heterogeneity among the type of instruments used to measure EDs symptoms and the length of the follow-up periods. Hence, the study might involve some biases that, although proper statistical analyses were conducted, could interfere with the archived results. In addition, some relevant variables that are potentially associated with the success of brief therapies in PC were not contemplated. On the one hand, the different types of cultures and socioeconomic level of the patients might be acting as predictors of the effect of brief therapies compared to pharmacological interventions. On the other hand, despite the fact that therapeutic alliance is considered a key component in brief therapies, none of the RCTs included in the meta-analysis provided information about this variable and, consequently, we were not able to know how it influences in the effectiveness of the interventions. The study was focused only on EDs in adults, ergo the results should not be generalized to other mental disorders, such as psychotic disorders, personality disorders or addictive disorders and other populations like children, adolescents or the elderly. Finally, it is plausible that the effect of brief therapies varies through the different levels of EDs severity, but this was not taken into account during the study. For that reasons, future research is needed in terms of a) enlarging the sample of RCTs that compare the effectiveness of brief therapies vs. pharmacological interventions for pure anxiety disorders; b) identifying whether the severity of the EDs is or is not a main aspect in order to use brief psychological therapies; and c) studying other moderator variables related to population characteristics.

Regarding the second study, one of the main limitations was that we were not able to develop follow-up assessments. Since it seems that the evidence about the long-term effectiveness of brief or low-intensity therapies is not clear yet (Ali et al., 2017; Hamdan-Mansour et al., 2009; Seekles et al., 2013; Vázquez et al., 2012), this data would have been useful. Moreover, our results would be difficult to generalize to other populations like children, the elderly, patients with other mental disorders or patients with severe EDs. We would have liked to compare the effectiveness of brief psychotherapies with longer traditional psychological treatments and with self-help psychological interventions. However, due to the inherent characteristics of the public health system, this was not possible. Other limitations are related to the implementation of RCTs in real clinical settings. For instance, although the number of sessions and therapeutic techniques applied in both experimental groups were the same, we did not control the number of consultations and the specific or amount of medication prescribed by GPs in the control group that could vary from one patient to another. Likewise, we only applied a single-blinded method and, therefore, patients and clinicians knew the allocation of the randomization process, what might produce outcome biases. For that reasons, future research should focus on ensuring to provide follow-up data of the effect of brief psychological treatments. Moreover, it would be interesting to research the effect of brief therapies for EDs applied in children, adolescents and the elderly, for other mental disorders apart from EDs, and for severe EDs. In addition, the best way to introduce brief psychotherapies in real practical context and exhaustive cost-benefits ratios should be studied.

The third study also presents some limitations. It only provides evidence for the association of cognitive processes with EDs for adult outpatients. Therefore, the results are difficult to extrapolate to other populations like children, adolescents or the elderly or for inpatients that present more clinically complicated circumstances. In fact, although it is known that cognitive processes are a transdiagnostic factor in EDs for all ages (Chen et al., 2020; Pierre & Stefan, 2017; Schweizer et al., 2020), some studies have pointed some particular effects of them in children and the elderly (Abela & Hankin, 2011; Rabner et al., 2017; Verstraeten et al., 2011). Another limitation is related to the fact that more than the 90% of the sample were females. It is expected to find a high percentage of women when researching EDs, but it should be noted anyway. As it happened before in the other studies, we did not contemplate other comorbidities, such as intellectual

disabilities or personality disorders. For that reasons, future research should focus on other specific population in order to explore whether the age, the gender, and other comorbid disorders influence the relation between the cognitive factors and EDs.

Finally, some limitations can be found in the fourth study as well. Once again, the work was restricted to adult PC patients. Thus, the effectiveness of brief group transdiagnostic psychotherapies for EDs was not tested in other ages such as children, adolescents or the elderly. The aim of this RCT was to determine the effect of the interventions in low/moderate EDs and the results might be difficult to generalize to more severe symptoms. The lack of follow-up assessments was, one more time, another limitation that only allowed us to know the comparative effectiveness of brief therapies right after the treatment. Besides, the number of variables studied might be a risk for the statistical Type I error (rejection of a null hypothesis when it should be accepted or false positive). Therefore, the results (especially those involving regression analyses) should be taken with caution. As it happened in the second study, it would have been interesting to compare brief therapies with their longer versions or with other low-intensity psychological interventions to get a more detailed view of the whole picture. The unknown amount of medication taken by the participants of the control group limits the results of the study, but this also reflects the real practice in PC contexts. From a dynamic perspective, the fact that patients were nested in groups could be a potential issue, since each of the different groups could have a different therapeutic influence. Finally, the study might involve some biases due to the single-blinded method in which patients and clinicians knew the allocation of the randomization process. For that reasons, future research is needed to determine the effectiveness of brief group transdiagnostic therapies for other mental health conditions and for other types of clinical populations. Likewise, more RCTs that provide follow-up data should be developed in order to able to support the long-term effectiveness of this type of psychological interventions. As the next step, research efforts should be focus not only on the effectiveness of brief therapies, but also on how to disseminate them in real practice. Hence, acceptability of this psychological interventions among professionals and patients' needs to be studied. Lastly, costs-effectiveness research would be necessary in order to boost policy changes that allow the implementation of new psychological approaches in the context of public health systems.

11.3. Final conclusion

Public health systems are not always able to offer the best therapeutic options for a huge number of patients with EDs. Despite clinical psychology is considered a fundamental pillar for the treatment of mental disorders, it is difficult to integrate the scientific knowledge with the assistance reality (Kazdin, 2008). In order to overcome this gap, some novel psychological approaches are emerging, such as brief and transdiagnostic therapies. This doctoral thesis has shown that these treatments are usually more effective than pharmacological interventions for EDs and that they are suitable for implementation within health systems.

There is consensus in society that one of the main problems with mental health services is the access to them and the inconsistent interventions they provide, especially when psychological therapies are needed. This causes a strong inequality between those who can afford private care and those who spend months living with their disorders waiting for a correct treatment. For these reasons, a health policy change has been demanded to include, among other measures, clinical psychologists in PC (Gatchel & Oordt, 2003; McDaniel & DeGruy, 2014). It is known that the dissemination of psychological interventions may depend on the promotion of more efficient treatments that would allow a better organization of care resources (Prado-Abril et al., 2019). In fact, the recent report “*España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional a Largo Plazo*” (Spain 2050: Foundation and proposals for a Long-term National Strategy) points again the need of implementing more and better psychological therapies within health systems. In this sense, brief and transdiagnostic therapies would have good clinical outcomes at the same time that they reduce direct and indirect costs, which means that they could be an attractive option for those in charge of the health care management.

Hopefully, this research work will be helpful to improve mental health care by progressively incorporating brief and transdiagnostic psychological therapies in Primary and Specialized Care. It seems that there are enough proves to encourage these logistics efforts with the aim of evolving as an advanced society. In fact, presumably, not only those suffering from anxiety and depressive disorders would benefit from these types of psychological interventions, but so would the rest of the patients that would find a more decongested system in which everyone is receiving the most accurate and evidence-based treatment.

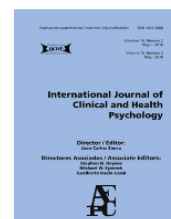
Informe con el factor de impacto de las publicaciones

Estudio 1	Indización	Factor de impacto
<p>Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i>. En prensa.</p>	<p>Academic OneFile, Academic Search, Biological Science Database, Biotechnology Source, Clinician's Research Digest, Current Contents: Social & Behavioral Sciences, Health & Medical Collection, Health Research Premium Collection, Hospital Premium Collection, InfoTrac, Journal Citation Reports: Social Science Edition, Natural Science Collection, ProQuest Central, ProQuest Pharma Collection, Psychology Collection, Psychology Database, APA PsycInfo, PSYINDEX, Research Library, SciTech Premium Collection, SCOPUS, Social Sciences Citation Index, STM Source & Web of Science</p>	<p>Journal Citation Report (JCR) 2020, Impact factor: 6.724 (Q1) Posición 7 de 131 (Psychology, Clinical)</p>
Estudio 2	Indización	Factor de impacto
<p>Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F. y Gálvez-Lara, M. Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Health and Clinical Psychology</i>, 21(1), 100203. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002</p>	<p>Social Sciences Citation Index, SCOPUS, PubMed Central, PsycInfo, IBECs (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud) & Psycodoc</p>	<p>Journal Citation Report (JCR) 2020, Impact factor: 5.35 (Q1) Posición 14 de 131 (Psychology, Clinical)</p>

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Estudio 3	Indización	Factor de impacto
<p>Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Cognitive processes associated with emotional disorders: Implications for efficient psychological treatments. <i>Journal of Mental Health</i>, 1-9. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922651</p>	<p>Applied Social Science Index and Abstracts, British Nursing Index, Social Care Online Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, EMBASE/Excerpta Medica, e-psyche, Pascal Psychological Abstracts/PsycINFO/PsycLIT, Sociological Abstracts, MEDLINE, Scopus & Social Sciences Citation Index</p>	<p>Journal Citation Report (JCR) 2020, Impact factor: 4.299 (Q1) Posición 29 de 131 (Psychology, Clinical)</p>

Estudio 4	Indización	Factor de impacto
<p>Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. <i>Psychotherapy Research</i>, 1-14. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331</p>	<p>Medline, Scopus, Social Sciences Citation Index (SSCI Psychology, Clinical JCR list), Psychological Abstracts, PsycINFO, PsycLIT, & Innovations & Research</p>	<p>Journal Citation Report (JCR) 2020, Impact factor: 3.768 (Q2) Posición 45 de 131 (Psychology, Clinical)</p>



ORIGINAL ARTICLE

Brief psychological treatments for emotional disorders in Primary and Specialized Care: A randomized controlled trial



Jorge Corpas, Juan A. Moriana*, Jose F. Venceslá, Mario Gálvez-Lara

Department of Psychology, University of Cordoba, Maimonides Institute for Research in Biomedicine of Cordoba (IMIBIC), and Reina Sofía University Hospital, Cordoba, Spain

Received 24 July 2020; accepted 6 November 2020
Available online 30 November 2020

KEYWORDS

Emotional disorders;
Transdiagnostic
treatment;
Brief
psychotherapies;
Randomized
controlled trial;
Experiment.

Abstract *Background/Objective* Brief transdiagnostic psychotherapies are a possible treatment for emotional disorders. We aimed to determine their efficacy on mild/moderate emotional disorders compared with treatment as usual (TAU) based on pharmacological interventions. *Method:* This study was a single-blinded randomized controlled trial with parallel design of three groups. Patients ($N = 102$) were assigned to brief individual psychotherapy ($n = 34$), brief group psychotherapy ($n = 34$) or TAU ($n = 34$). Participants were assessed before and after the interventions with the following measures: PHQ-15, PHQ-9, PHQ-PD, GAD-7, STAI, BDI-II, BSI-18, and SCID. We conducted per protocol and intention-to-treat analyses. *Results:* Brief psychotherapies were more effective than TAU for the reduction of emotional disorders symptoms and diagnoses with moderate/high effect sizes. TAU was only effective in reducing depressive symptoms. *Conclusions:* Brief transdiagnostic psychotherapies might be the treatment of choice for mild/moderate emotional disorders and they seem suitable to be implemented within health care systems.

Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Psicología Conductual. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALABRAS CLAVE

Trastornos
emocionales;
Tratamiento
transdiagnóstico;

Tratamientos psicológicos breves para trastornos emocionales en Atención Primaria y Especializada: un ensayo clínico aleatorizado





Resumen *Antecedentes/Objetivo:* Las psicoterapias breves son un posible tratamiento para los trastornos emocionales. Nuestro propósito fue determinar su eficacia en los trastornos emocionales leves/moderados en comparación con el tratamiento habitual basado en intervenciones farmacológicas. *Método:* Este estudio fue un ensayo clínico aleatorizado simple ciego con diseño

* Corresponding author: Department of Psychology, University of Cordoba, Avda. San Alberto Magno s/n, 14071 Córdoba, Spain.
E-mail address: jamoriana@uco.es (J.A. Moriana).

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>

1697-2600/Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Psicología Conductual. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cognitive processes associated with emotional disorders: implications for efficient psychological treatments

Jorge Corpas^{a,b,c} , Juan A. Moriana^{a,b,c} , Jose F. Vencesla^{a,b,c}  and Mario Gálvez-Lara^{a,b,c} 

^aDepartment of Psychology, University of Córdoba, Córdoba, Spain; ^bMaimonides Biomedical Research Institute of Cordoba (IMIBIC), Córdoba, Spain; ^cReina Sofia University Hospital, Córdoba, Spain

ABSTRACT

Background: Emotional disorders (EDs) are the most prevalent worldwide. Despite psychotherapies are their treatment of choice, there are difficulties to apply them properly in mental health services. Since literature shows that cognitive processes are associated with anxiety and depressive symptoms, more information is needed in order to improve psychological treatments.

Aims: To determine the relation between cognitive factors with specific and non-specific ED symptoms in order to promote the development of accurate psychological treatments.

Methods: We analyzed the relation between rumination, worry, and metacognition with generalized anxiety, panic, and depression disorder symptoms from a clinical sample of 116 individuals through correlation and linear regression analyses.

Results: Although each specific disorder had a closer link with a particular cognitive process, all general ED symptoms were associated with the three cognitive factors studied.

Conclusions: For “pure” disorders, targeting a concrete cognitive process might be an optimal therapeutic option. However, due to the high comorbidity among EDs, we support the dissemination of the transdiagnostic treatment approach in which all cognitive factors are taken into account.

ARTICLE HISTORY

Received 29 October 2020
Revised 8 March 2021
Accepted 31 March 2021
Published online 29 April 2021

KEYWORDS

Emotional disorders;
anxiety; depression;
cognitive processes;
psychological treatments;
transdiagnostic

Introduction

Emotional disorders (EDs) such as generalized anxiety, panic disorder, and depression are the most prevalent mental disorders worldwide (WHO, 2017). They have been increasing since the last decade (Chisholm et al., 2016), and with the recent COVID-19 pandemic their prevalence is even higher (Huang & Zhao, 2020). Thereby, mental health care is a highly demanded service that faces the challenging task of offering efficient treatments to an exponential number of individuals (Fisher & Dickinson, 2014; Kudyba, 2018; McHugh & Barlow, 2010). Scientific research recommends psychological therapies as the treatment of choice for EDs (NICE, 2011; Watts et al., 2015). In spite of the importance of applying evidence-based interventions (Gálvez-Lara et al., 2018, 2019; Moriana et al., 2017), it is complicated to do so in real therapeutic contexts (Bird et al., 2014; Kovess-Masféty et al., 2007; Moreno & Moriana, 2016). This might be explained by the complexity to deliver manualized extensive psychotherapies (Rashidian et al., 2008; Sheldon et al., 2004) and the difficulty to provide specific-disorder interventions when the comorbidity among EDs is the rule rather than the exception (González-Robles et al., 2018; Kessler et al., 2005; Wu & Fang, 2014).

In light of the above, the interest in studying a transdiagnostic conceptualization and treatment of EDs have been growing (Barlow et al., 2016; 2017; Newby et al., 2015; Sakiris & Berle, 2019). This transdiagnostic approach aims

to address the EDs underlying characteristics (Barlow et al., 2016; Hofmann & Barlow, 2014; McManus et al., 2010). In this sense, research has pointed a causal relationship between cognitive processing biases and the vulnerability to both anxiety and depressive symptoms (Alloy & Riskind, 2006; Mathews & MacLeod, 2005). In fact, it has been claimed that high pre-treatment levels of dysfunctional cognitive processes predict an inferior treatment response (Ciesla & Roberts, 2002; Jones et al., 2008). Literature shows that some maladaptive mental strategies are common to a whole variety of psychiatric disorders. For instance, pathological worry has been pointed as a key cognitive factor in the development and maintenance of anxiety disorders like generalized anxiety or social anxiety and mood disorders like major depression (Chelminski & Zimmerman, 2003; McEvoy et al., 2013; Starcevic et al., 2007). Besides, high levels of worry are associated with neurotic personality traits and poorer management of emotions (McLaughlin et al., 2007b; Muris et al., 2005). Similarly, rumination has been linked to different mental disorders like depression, generalized anxiety and post-traumatic stress disorder (Hu et al., 2014; McEvoy et al., 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Moreover, studies emphasize on the risk of anxiety and depressive symptoms when high levels of this mental process are present (Ehring & Watkins, 2008; Spinhoven et al., 2018; Yapan et al., 2020). However, it appears that rumination is not only related to internalizing disorders, but

EMPIRICAL PAPER

Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome

JORGE CORPAS ^{1,2}, JUAN A. MORIANA ^{1,2}, JOSE F. VENCESLÁ^{1,2}, & MARIO GÁLVEZ-LARA ^{1,2}

¹Department of Psychology, University of Cordoba, Córdoba, Spain & ²Maimonides Institute for Research in Biomedicine of Cordoba (IMIBIC), Spain

(Received 3 March 2021; revised 9 June 2021; accepted 1 July 2021)

Abstract

Brief transdiagnostic psychotherapy is a possible approach for emotional disorders in primary care. The objective of the present randomized controlled trial was to determine its effectiveness compared with the treatment as usual based on pharmacological interventions in patients with mild/moderate symptoms. In addition, emotional regulation strategies and cognitive factors were studied as potential predictors. Participants ($N = 105$) were assigned to brief group therapy based on the Unified Protocol ($n = 53$) or treatment as usual ($n = 52$). They were assessed before and after the interventions. Mean differences and stepwise regression analyses were performed. Brief group transdiagnostic psychotherapy was more effective than medication in reducing all clinical symptoms ($p = .007$ for generalized anxiety; $p = .000$ for somatization; $p = .000$ for panic disorder; and $p = .041$ for depression) and in modifying emotional regulation strategies and cognitive processes ($p = .000$ for cognitive reappraisal, expressive suppression, worry, rumination, and metacognition) with moderate/high effect sizes. Besides, it was found that these variables acted as predictors of the therapeutic change. It is concluded that brief therapies could be an accurate treatment for mild/moderate emotional disorders in primary care due to their cost-effective characteristics.

Keywords: anxiety; depression; brief psychotherapy; cognitive behavior therapy; primary care; randomized controlled trial

Clinical or methodological significance: This study demonstrates the superiority of brief transdiagnostic psychotherapies for emotional disorders compared with medication in primary care, which is usually the only available intervention in that setting. Not only they are more effective in decreasing clinical symptoms, but also in modifying the underlying mechanisms that might explain the development and maintenance of emotional disorders. Therefore, these types of psychological treatments could be disseminated in primary care with the objective to reach more patients in less time with a considerable cost reduction.

Introduction

Emotional disorders (EDs) are characterized by the experience of intense and frequent negative emotions and an aversive reaction along with any kind of effort to escape or avoid them (Bullis et al., 2019). They mainly include DSM-5 (APA, 2013) diagnoses of depression, anxiety, and somatoform disorders, although other potential diagnoses might also be

considered. There is a global concern about EDs since they are the most frequent mental disorders worldwide (WHO, 2017). In fact, health systems face an alarmingly increase of them (Chisholm et al., 2016). Scientific research indicates psychological therapies as the treatment of choice for EDs (NICE, 2011; Watts et al., 2015). Although medication is recommended for severe cases, its use in patients with mild/moderate symptoms is usually

Correspondence concerning this article should be addressed to Juan A. Moriana, Department of Psychology, University of Córdoba, Avda./ San Alberto Magno S/N, 14071 Córdoba, Spain. E-mail: jamoriana@uco.es

Otras contribuciones derivadas de la tesis doctoral

Capítulos de libro

Corpas, J., Gálvez-Lara, M., Venceslá, J. F., y Moriana, J. A. (2019). El uso de guías de autoayuda para el tratamiento de los trastornos emocionales. En A. I. Arcos-Romero, y A. Álvarez-Muelas (Compiladores), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 421-430). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Corpas, J., Gálvez-Lara, M., y Moriana, J. A. (2019). Diseño y aplicación de la terapia psicológica breve para trastornos emocionales. En A. F Chica, y J. Mérida (Eds), *Creando Redes Doctorales. Vol. VII: "Investiga y Comunica"* (pp. 463-466). UCOPress.

Corpas, J., Gálvez-Lara, M., Moreno, E., Venceslá, J. F. y Moriana, J. A. (2018). La intervención psicológica en atención primaria. En F. J. Alós, E. Moreno, F. García-Torres, y R. Castillo-Mayén (Compiladores), *Psicología general sanitaria: textos aplicados para la práctica terapéutica* (pp. 102-120). Mora-Mora.

Aportaciones a congresos

Comunicación oral presentada en el V Congreso nacional de psicología (9-11 de julio de 2021).

Corpas, J., Gálvez-Lara, J., Cuadrado, F., Velasco, J., Jurado, F., y Moriana, J. A. Terapias breves transdiagnóstico como alterna más eficaz que la farmacología para los trastornos mentales comunes en los sistemas de salud.

Comunicación oral presentada en el V Congreso nacional de psicología (9-11 de julio de 2021).

Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Cuadrado, F., Velasco, J., Jurado, F., y Moriana, J. A. Trastornos emocionales y su relación con procesos cognitivos desadaptativos.

Comunicación oral presentada en el II Congreso Internacional y Multidisciplinar de Investigadores en formación (30 de noviembre – 4 de diciembre del 2020).

Corpas, J. Moriana, J. A., y Gálvez-Lara, M. ¿Medicación o psicoterapia breve para tratar los síntomas depresivos leves/moderados? Conclusiones derivadas de un ensayo clínico.

Comunicación oral presentada en el II Congreso Internacional y Multidisciplinar de Investigadores en formación (30 de noviembre – 4 de diciembre del 2020).

Corpas, J. Moriana, J. A., y Gálvez-Lara, M. ¿Son igual de efectivas la psicoterapia breve individual y grupal para tratar los síntomas de ansiedad? Conclusiones derivadas de un ensayo clínico.

Comunicación oral presentada en el XII Congreso internacional de psicología clínica (Santander, 13-16 de noviembre de 2019).

Corpas, J., Venceslá, J. F., Moreno, E., Cuadrado, F., Gálvez-Lara, M., y Moriana, J. A. Aplicación de guías de autoayuda en el tratamiento de los trastornos emocionales leves.

Comunicación oral invitada presentada en las VII Jornadas emociones y bienestar de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (Madrid, 19-20 de septiembre de 2019).

Corpas J. El uso de guías de autoayuda en tratamientos de baja intensidad para pacientes de atención primaria con problemas ansioso-depresivos y somatizaciones.

Comunicación oral presentada en el VII Congreso científico de investigadores en formación de la Universidad de Córdoba (6-7 de febrero de 2019).

Corpas, J. Diseño y aplicación de la terapia psicológica breve para trastornos emocionales.

Comunicación oral dentro de simposio invitado presentada en el XI Congreso internacional de psicología clínica (Granada, 25-28 de octubre de 2018).

Corpas, J. Adaptación de tratamientos psicológicos eficaces a contextos reales de intervención.

Comunicación oral presentada en el XII Congreso internacional de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (Valencia, 20-22 de septiembre de 2018).

Corpas, J. Alternativas eficientes para el tratamiento de los trastornos emocionales.

Comunicación oral presentada en el XII Congreso internacional de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (Valencia, 20-22 de septiembre de 2018).

Corpas, J. Consumo de fármacos y su coste asociado en pacientes con trastornos emocionales según el tratamiento recibido.

Póster presentado en el XII Congreso internacional de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (Valencia, 20-22 de septiembre de 2018).

Corpas, J., Ruiz, P., y Moriana, J. A. Protocolo para un análisis de costes de recursos sanitarios en el tratamiento de los desórdenes emocionales.

Póster presentado en el XII Congreso internacional de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (Valencia, 20-22 de septiembre de 2018).

Corpas, J. Gálvez-Lara, M., y Cuadrado, F. Modelo de intervención psicológica mínima para el abordaje de los desórdenes emocionales.

Referencias

- Abela, J. R. Z., y Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: a multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259–271. <https://doi.org/10.1037/a0022796>
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*(2), 213–232.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>
- Akbari, M., y Khanipour, H. (2018). The transdiagnostic model of worry: The mediating role of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences, 135*, 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.011>
- Akobeng, A. K. (2005). Understanding randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 90*, 840-844. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fadc.2004.058222>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., y Delgado, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy, 94*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- Alladin, A. (2016). Emotional disorders and the wounded self. *American Journal of Clinical Hypnosis, 59*, 1–3. <https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1169708>.
- Allen, L. B., Tsao, J., Seidman, L. C., Ehrenreich-May, J., y Zeltzer, L. K. (2012). A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.007>
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., y Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 32(2), 185–192.
<https://doi.org/10.1007/s10862-009-9151-3>

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
<http://doi.org/101176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (2016). *Dissemination of integrated care within adult primary care settings: The collaborative care model*.

American Psychological Association (APA) (2019). *Society of clinical psychology Division 12 of the APA*. <https://div12.org>

Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J., y Taylor, C. T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of abnormal psychology*, 117(4), 860–868. <https://doi.org/10.1037/a0013445>

Anderson, E. M., y Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 503–514. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00027-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00027-M)

Andrews, G., Anderson, T. M., Slade, T., y Sunderland, M. (2008). Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depression and Anxiety*, 25(4), 274–281. <https://doi.org/10.1002/da.20489>

Andrews, P. W., Thomson, J. A., Jr., Amstadter, A., y Neale, M. C. (2012). Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Frontiers in Psychology*, 3, 117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00117>

Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., y Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49–55. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00219-7)

Appelbaum, S. A. (1975). Parkinson's law in psychotherapy. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 26–436.

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., y Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *The*

- Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006525.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Arco, T. J. L., López, O. S., Heilborn, D. V., y Fernández, M. D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “La Cartuja”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589-608.
- Arnold, T., Rogers B. G., Norris, A. L., Schierberl, S. A., Haubrick, K., Renna, M. E., Sun, S., Danforth, M. M., Chu, C. T., Silva, E. S., Whiteley, L. B., y Pinkston, M. (2020): A brief transdiagnostic pandemic mental health maintenance intervention. *Counselling Psychology Quarterly*.
<http://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769026>
- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I., Schuiling-Veninga, C. C., Wijlaars, L., Zito, J. M., y Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005-2012. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 26(3), 411–419.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.02.001>
- Baek, S. B. (2014). Psychiatric rehabilitation of emotional disorders. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 10, 205–208. <https://doi.org/10.12965/jer.140143>.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., y Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 37(2), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9040-y>
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., Culverwell, A., y Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the second sheffield psychotherapy project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1079–1085. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1079>
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., y Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(8), 965–982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>

- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 47(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., y Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 55–60. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)80009-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)80009-7)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Payme, L. A., y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., y Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Bakken, M. S., Engeland, A., Engesæter, L. B., Ranhoff, A. H., Hunnskaar, S., y Ruths, S. (2014). Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(7), 873–880. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1684-z>
- 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-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 78, 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.006>

- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30(6), 1359-1367. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002950>
- Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., de Beurs, E., van Dyck, R., y van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717–726. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199810\)13:10<717::aid-gps857>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199810)13:10<717::aid-gps857>3.0.co;2-m)
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 41, 257–278.
- Beckwé, M., Deroost, N., Koster, E. H., De Lissnyder, E., y De Raedt, R. (2014). Worrying and rumination are both associated with reduced cognitive control. *Psychological Research*, 78(5), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s00426-013-0517-5>
- Bedics, J. D., Henry, W. P., y Atkins, D. C. (2005). The therapeutic process as a predictor of change in patients' important relationships during time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 279–284. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.279>
- Bentley K. H. (2017). Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: a case illustration. *Journal of Clinical Psychology*, 73(5), 547–558. <https://doi.org/10.1002/jclp.22452>
- Berking, M., y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Bernhardsdottir, J., Vilhjalmsson, R., y Champion, J. D. (2013). Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic university students. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(7), 497–504. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.773473>
- Bishop, T. M., Crean, H. F., Funderburk, J. S., y Pigeon, W. R. (2021). Initial session effects of brief cognitive behavioral therapy for insomnia: a secondary analysis of a small randomized pilot trial. *Behavioral Sleep Medicine*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1862847>

- Bloom, B. L. (1992). Planned short-term psychotherapy: current status and future challenges. *Applied & Preventive Psychology, 1*(3), 157–164. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80137-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80137-4)
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: a review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., y Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., y Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.09.003>
- Borkovec, T. D., y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy, 28*(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christensen, H., Meyer, B., Huibers, M., Smit, F., van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., y Liu, E. T. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ, 346*, f540. <https://doi.org/10.1136/bmj.f540>
- Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J. M., Dickens, C., Blakeman, T., y Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Family Practice, 28*(5), 579–587. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr018>
- Brouwers, E. P., Tiemens, B. G., Terluin, B., y Verhaak, P. F. (2006). Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry, 28*(3), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.02.005>

- 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. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R. B. (2001a). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.585>
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., y Campbell, L. A. (2001b). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Brown, J. S., Sellwood, K., Beecham, J. K., Slade, M., Andiappan, M., Landau, S., Johnson, T., y Smith, R. (2011). Outcome, costs and patient engagement for group and individual CBT for depression: a naturalistic clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 355–358. <https://doi.org/10.1017/S135246581000072X>
- Budman, S. H., y Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. Guilford Press.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice, 26*(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.016>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification, 39*(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., y Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion, 3*(1), 48–67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., y Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*, 102, 4–27.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., y González-Blanch, C. (2021) Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F., 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), e246. <https://doi.org/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, 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Cassiello-Robbins, C., y Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 66–85. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12139>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations: facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Cattivelli, R., Manzoni, G. M., y Molinari, E. (2016). Not only clinical efficacy in psychological treatments: clinical psychology must promote cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analysis. *Frontiers in Psychology*, 7, 563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00563>

- Catalan, J., Gath, D. H., Anastasiades, P., Bond, S. A., Day, A., y Hall, L. (1991). Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychological Medicine*, 21(4), 1012–1018.
- Catanzano, M., Bennett, S. D., Kerry, E., Liang, H., Heyman, I., Coughtrey, A. E., Fifield, K., Taylor, C., Dalglish, T., Xu, L., y Shafran, R. (2021). Evaluation of a mental health drop-in centre offering brief transdiagnostic psychological assessment and treatment for children and adolescents with long-term physical conditions and their families: a single-arm, open, non-randomised trial. *Evidence-based Mental Health*, 24(1), 25-32. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300197>
- Chalmers, I., Hedges, L. V., y Cooper, H. (2002). A Brief History of Research Synthesis. *Evaluation & the Health Professions*, 25(1), 12–37. <https://doi.org/10.1177/0163278702025001003>
- Chan, A-W., Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., Laupacis, A., Gøtzsche, P. C., Krleža-Jerić, K., et al. (2013a). SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>
- Chan, A-W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., et al. (2013b) SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346: e7586. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Chandola, T., Kumari, M., Booker, C., y Benzeval, M. (2020). The mental health impact of COVID-19 and lockdown-related stressors among adults in the UK. *Psychological Medicine*, 1-10. <http://doi.org/10.1017/S0033291720005048>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., y Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Chen, X., Pu, J., Shi, W., y Zhou, Y. (2020). The impact of neuroticism on symptoms of anxiety and depression in elderly adults: the mediating role of rumination. *Current Psychology*, 39, 42–50. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9740-3>
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R., y Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. The *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 241–256. <https://doi.org/10.1002/eat.10137>

- Chibanda D. (2018). Programmes that bring mental health services to primary care populations in the international setting. *International Review of Psychiatry*, 30(6), 170–181. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1564648>
- 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. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415–424. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- Chorpita, B. F., y Weisz, J. R. (2009). *Match-ADTC: Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems*. Satellite Beach, FL: PracticeWise.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., y Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1–173. <https://doi.org/10.3310/hta5350>
- Ciesla, J. A., y Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 435–453. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Clark D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., y Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583–589. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.583>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Márquez, M., Haro, J. M. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 29-36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0778-y>
- Cook, D.J., Mulrow, C. D. y Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126, 376-380.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, 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, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Coyne, J. C., Thompson, R., Klinkman, M. S., y Nease, D. E. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 798–809. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.798>
- Cramér, H. (1946). *Methods of mathematical statistics*. Princeton University Press.
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., y Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1095–1109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.006>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, R. D., Lang, A. J., Welch, S., Campbell-Sills, L., Golinelli, D., y Roy-Byrne, P. (2011). Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 378–388. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.25>
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., y Cooper, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 529–539. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30149-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30149-9)
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., y Battersby, M. (2016). New Access for depression and anxiety: adapting the UK Improving Access to Psychological Therapies Program across Australia. *Australasian Psychiatry*:

Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 24(5), 489–492. <https://doi.org/10.1177/1039856216641310>

- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., y Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546–553. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.008>
- Cuijpers, P. (2019). Target and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18, 276–285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., H. Vinkers, C., Cipriani, A., y Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- 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. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632008000100005>
- Curran, G. M., Sullivan, G., Mendel, P., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Stein, M. B., McDaniel, A., y Roy-Byrne, P. (2012). Implementation of the CALM intervention for anxiety disorders: a qualitative study. *Implementation Science*, 7, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-14>
- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, Article 175.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Shear, M. K., Swartz, H., Fagiolini, A., Scott, J., y Kupfer, D. J. (2005). Interpersonal psychotherapy for depression with panic spectrum symptoms: a pilot study. *Depression and Anxiety*, 21(3), 140–142. <https://doi.org/10.1002/da.20069>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Dewey, M., Jenkins, R., Stewart, R., y Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 171-177. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036707>
- Dath, S., Dong, C. Y., Stewart, M. W., y Sables, E. (2014). A clinical psychologist in GP-Land: an evaluation of brief psychological interventions in primary care. *The New Zealand Medical Journal*, 127(1391), 62–73.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., y Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., y McEvoy, P. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 830–837. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.007>
- de Groot, J., Cobham, V., Leong, J., y McDermott, B. (2007). Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 990–997. <https://doi.org/10.1080/00048670701689436>
- DeRubeis, R. J., y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37–52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.37>
- de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. Norton
- den Boer, P., Wiersma, D., y van den Bosch, R. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 34(6), 959-971. <http://doi.org/10.1017/S003329170300179X>
- Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*, 31(3), 200–207. <https://doi.org/10.1007/s11031-007-9069-6>
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., y Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022>

- de Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A. J., Gorissen, W. H., Schrier, A. C., Penninx, B. W., Komproe, I. H., y 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(11), 905–912. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0382-5>
- Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265–288.
- Dornbach-Bender, A., Ruggero, C. J., Waszczuk, M. A., Gamez, W., Watson, D., y Kotov, R. (2017). Mapping emotional disorders at the finest level: convergent validity and joint structure based on alternative measures. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.011>.
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0031125>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., y Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Dryman, M. T., y Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Dubois, S., Bédard, M., y Weaver, B. (2008). The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention*, 9(5), 404–413. <https://doi.org/10.1080/15389580802161943>
- Durcan, G. (2020). *Clinical psychology in Primary Care*. Centre for Mental Health.
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., y Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Egger, M., Smith, G. D., y Sterne, J. A. (2001). Uses and abuses of meta-analysis. *Clinical Medicine*, 1(6), 478–484. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.1-6-478>

- Eghaneyan, B. H., Sanchez, K., y Mitschke, D. B. (2014). Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 503–513. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S69821>
- Ehrenreich-May, J., Halliday, E. R., Karlovich, A. R., Gruen, R. L., Pino, A. C., y Tonarely, N. A. (2021). Brief transdiagnostic intervention for parents with emotional disorders symptoms during the COVID-19 pandemic: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.002>
- Ehring, T., y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Etkin, A., y Schatzberg, A. F. (2011). Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 168(9), 968–978. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10091290>
- 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 Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Emmelkamp, P. M., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., Andersson, G., Araya, R., Banos Rivera, R. M., Barkham, M., Berking, M., Berger, T., Botella, C., Carlbring, P., Colom, F., Essau, C., Hermans, D., Hofmann, S. G., Knappe, S., Ollendick, T. H., ... Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(1), 58–91. <https://doi.org/10.1002/mpr.1411>
- Epstein, L., y Brown, L. (2002). *Brief treatment and a new look at the task-centered approach*. Allyn and Bacon.
- 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. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1205>

- Esteva, M., Larraz, C., y Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 2, 77-83. <http://doi.org/10.1157/13085357>
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Oxford, UK: Kegan Paul.
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fava, M., y Kendler, K. S. (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, 28(2), 335–341. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(00\)00112-4](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(00)00112-4)
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., y Cornish, P. (2020). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American College Health*, 68(4), 430–437. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>
- Finning, K., Moore, D., Ukoumunne, O. C., Danielsson-Waters, E., y Ford, T. (2017). The association between child and adolescent emotional disorder and poor attendance at school: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6, 121. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0523-6>.
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M. S., y Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253–259. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3168-z>
- Flannery-Schroeder, E. C., y Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251–278. <https://doi.org/10.1023/A:1005500219286>
- Flay B. R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine*, 15(5), 451–474. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(86\)90024-1](https://doi.org/10.1016/0091-7435(86)90024-1)

- Focault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Plon.
- Fonagy, P., y Clark, D. (2015) Update on the improving access to psychological therapies programme in England. Commentary on: children and young people's Improving Access to Psychological Therapies. *Psychiatric Bulletin*, 39, 248-251. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Foo, S. Q., Tam, W. W., Ho, C. S., Tran, B. X., Nguyen, L. H., McIntyre, R. S., y Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression among Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Eeearch and Public Health*, 15(9), 1986. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091986>
- Fosha, D. (2004). Brief Integrative Therapy Comes of Age: A Commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 66–92. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.66>
- 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, 273–280. <https://doi.org/10.1007/BF03404048>
- 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.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., y Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 371–374. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.3.371>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá., J. F., García-Torres, F., y Moriana, J. A. (2018). Aproximación a un modelo de intervención psicológica en atención primaria basado en la terapia breve. *Informació Psicológica*, 115, 25-38. <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.115.10>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., y Moriana, J. A. (2019a). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115–122. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Venceslá, J. F., y Moriana, J. A. (2019b). Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 2674. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02674>

- Gantiva, D. C. A., Gómez, V. C., y Flórez, A. L. E. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 38-48.
- García del Pozo, J., Abajo, I., Francisco, J., Carvajal, G. P. A., Montero, C. D., Madurga, S. M., y García del Pozo, V. (2004). The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 78(3), 379-387.
- Gatchel, R. J., y Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10592-000>
- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Spoto, A., Difronzo, M., de Sauma, M., y Ferruzza, E. (2019). Effectiveness of brief psychodynamic therapy with children and adolescents: an outcome study. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 501. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00501>
- Gibb, B. E., Grassia, M., Stone, L. B., Uhrlass, D. J., y McGeary, J. E. (2012). Brooding rumination and risk for depressive disorders in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 317–326. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9554-y>
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, D. A., y Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: a benchmarking study using the CORE system. *Primary Care Mental Health*, 3(4), 241-251.
- 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. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822fcd4d>
- Gili, M., Magallón, R., López-Navarro, E., Roca, M., Moreno, S., Bauzá, N., y García-Campayo, J. (2014). Health related quality of life changes in somatising patients after individual versus group cognitive behavioural therapy: a randomized clinical trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.018>
- 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. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Gill, D., y Hatcher, S. (2000). Antidepressants for depression in medical illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD001312. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001312>
- Gobierno de España. (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*.
- Goldberg, D. y Goodyer, I. (2005). *The origins and course of common mental disorders*. Routledge.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil, E. y Cano-Vindel (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Goodrich, D. E., Kilbourne, A. M., Nord, K. M., y Bauer, M. S. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*, 15(8), 383. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0383-2>
- Graham, B. M., Callaghan, B. L., y Richardson, R. (2014). Bridging the gap: Lessons we have learnt from the merging of psychology and psychiatry for the optimisation of treatments for emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 3–16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.012>
- Gross, J. J. (2014). *Emotion regulation: conceptual and empirical foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., Sheppes, G., y Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25(5), 765–781. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.555753>
- Gueorguieva, R., and Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: Progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in paper published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 310-317. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.310>
- Gumley, A. (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190(1), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.025>

- Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Guimaraes Borges, G. L., de Graaf, R., Browne, M. O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C., y Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, *135*(1-2), 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.05.005>
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., y Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*, *323*(7305), 135–138. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135>
- Haga, S. M., Kraft, P., y Corby, E.-K. (2009). Emotion regulation: antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, *10*(3), 271–291. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9080-3>
- Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., y Bandak, A. G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*(3), 188–196. <https://doi.org/10.1080/01612840802694577>
- Harvey, A., Murray, G., Chandler, R., y Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neuro-biological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 225–235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Haslam, N., Holland, E., y Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, *42*, 903–920. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Hauksson, P., Ingibergsdóttir, S., Gunnarsdóttir, T., y Jónsdóttir, I. H. (2017). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for treatment-resistant depression with psychiatric comorbidity: comparison of individual versus group CBT in an interdisciplinary rehabilitation setting. *Nordic journal of psychiatry*, *71*(6), 465–472. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1331263>

- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2018). *The history and current status of CBT as an evidence-based therapy*. In process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy (pp. 7-21). New Harbinger Publications.
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6, 107–128.
- Hedrick, S. C., Chaney, E. F., Felker, B., Liu, C. F., Hasenberg, N., Heagerty, P., Buchanan, J., Bagala, R., Greenberg, D., Paden, G., Fihn, S. D., y Katon, W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 9–16. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.11109.x>
- Hemmings, A. (2000). A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Families, Systems, y Health*, 18(3), 279–313. <https://doi.org/10.1037/h0091857>
- Hengartner, M. P., y Plöderl, M. (2019). Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk in Randomized Controlled Trials: A Re-Analysis of the FDA Database. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(4), 247–248. <https://doi.org/10.1159/000501215>
- Hermens, M. L., Muntingh, A., Franx, G., van Splunteren, P. T., y Nuyen, J. (2014). Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. *BMC Family Practice*, 15, 5. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-5>
- Hervás, S. E., y Gradolí, V. T. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 83, 49-54.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., y Kendler, K. S. (2004). Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1581–1587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1581>
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G., y Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 602–612. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01423.x>

- Hewitt, R. N., y Gantiva, D. C. A. (2009). Terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., y Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L., y Sterne, J. A. Cochrane Statistical Methods Group. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *BMJ*, 343, d5928. <http://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Higgins, J. P. T., y Green, S. (2011). *A Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration.
- Ho, F. Y., Yeung, W. F., Ng, T. H., y Chan, C. S. (2016). The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 6, 29281. <https://doi.org/10.1038/srep29281>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hope, D. A., y Heimberg, R. G. (1993). *Social phobia and social anxiety*. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (p. 99–136). The Guilford Press.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458–469. <https://doi.org/10.1177/0145445503255489>
- Hoyt, M. F. (1979). Aspects of termination in a time-limited brief psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 42(3), 208–219.
- Hoyt, M. F. (2000). *Some stories are better than others: Doing what works in brief therapy and managed care*. Brunner/Mazel.
- Hoyt, M. F., y Austad, C. S. (1992). Psychotherapy in a staff model health maintenance organization: Providing and assuring quality care in the future. *Psychotherapy*:

- Theory, Research, Practice, Training*, 29(1), 119–129. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.29.1.119>
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Forstl, H., Pitschel-Walz, G, Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J. M., y Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706-715. <https://doi.org/10.1001/ja- mapsychiatry.2014.112>
- Hunsley, J. (2002). *The cost-effectiveness of psychological interventions*. Canadian Psychological Association.
- Hunter, J. E., y Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis. Correcting error and bias in research findings (second edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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: The Journal of Mental Science*, 200(3), 184–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049>
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). *Encuesta nacional de salud de España (ENSE)*.
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., Kanie, A., Miyamae, M., Takebayashi, Y., Horita, R., Usuki, M., Nakagawa, A., y Ono, Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior Therapy*, 47(3), 416–430. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.005>
- Jakupcak, M., Vannoy, S., Imel, Z., Cook, J. W., Fontana, A., Rosenheck, R., y McFall, M. (2010). Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan war veterans seeking mental health treatment? *Depression and Anxiety*, 27(11), 1001–1005. <https://doi.org/10.1002/da.20722>
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., y Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106–116. <https://doi.org/10.1177/1359104513499356>

- Johnstone, T., van Reekum, C. M., Urry, H. L., Kalin, N. H., y Davidson, R. J. (2007). Failure to regulate: counterproductive recruitment of top-down prefrontal-subcortical circuitry in major depression. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 27(33), 8877–8884. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2063-07.2007>
- Jones, N. P., Siegle, G. J., y Thase, M. E. (2008). Effects of rumination and initial severity on remission to cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4). <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9191-0>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2020). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente al 2019*. Naciones Unidas.
- Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., y Gurpegui, M. (2017). Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004>
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.63.3.146>
- Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66(8), 685–698. <https://doi.org/10.1037/a0024975>
- Kazdin, A. E., y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 6(1), 21–37. <https://doi.org/10.1177/1745691610393527>
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., y Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857–1863. <http://doi.org/10.1017/S0033291711002960>
- Kendall, P. (1988). *Psicología Clínica, Perspectivas Científicas y Profesionales*. México: Limusa.

- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., Prescott, C. A. (2003) Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8):789–796. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of Geneneral Psychiatry*, 62(6), 593–602. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Khoury, B., Langer, E. J., y Pagnini, F. (2014). The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology*, 5:602. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00602>
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellon-Saameno, J. A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maarroos, H. I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., de Almeida, M. C., Correa, B., Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psichiary* 192, 362–367. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>
- Kip, K. E., D'Aoust, R. F., Hernandez, D. F., Girling, S. A., Cuttino, B., Long, M. K., Rojas, P., Wittenberg, T., Abhayakumar, A., y Rosenzweig, L. (2016). Evaluation of brief treatment of symptoms of psychological trauma among veterans residing in a homeless shelter by use of Accelerated Resolution Therapy. *Nursing Outlook*, 64(5), 411–423. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.04.006>
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., y Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>
- Knapstad, M., Nordgreen, T. y Smith, O.R.F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18, 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>

- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., y Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(2), 154–167. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534509>
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., y Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287–297. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x>
- Kolovos, S., van Tulder, M. W., Cuijpers, P., Prigent, A., Chevreur, K., Riper, H., y Bosmans, J. E. (2017). The effect of treatment as usual on major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.013>
- Koss, M. P., Butcher, J. N., y Strupp, H. H. (1986). Brief psychotherapy methods in clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 60–67. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.60>
- Koss, M. P., y Shiang, J. (1994). *Research on brief psychotherapy*. In A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 664–700). John Wiley y Sons.
- Kotov, R., Krueger, R. F., y Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17(1), 24–25. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Koutra, A., Katsiadrami, A., y Diakogiannis, G. (2010). The effect of group psychological counselling in Greek University students' anxiety, depression, and self-esteem. *European Journal of Psychotherapy y Counselling*, 12(2), 101–111. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.482733>
- Kovacs, M., y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47–63. <https://doi.org/10.1017/S0021963097001765>
- Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dediew, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveille, N., Gasquet, I., Youness, N., y Hardy-Bayle, M. C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7(188). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-188>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*(10), 921–926. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, *22*(4), 619-626.
- Labrador, F. J., y Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*(3), 527-547.
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists*. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94–129). Basic Books.
- Lange, M. y Petermann, F. (2014). Efficacy of individual vs. group therapy: a systematic Review. *Critical Reviews in Environmental Science and Technology*, *44*, 327-333.
- 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.
- Latorre Postigo, J., 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. <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., Ha, T., Evers, C., y Engels, R. C. M. E. (2013). Emotion regulation in adolescence: a prospective study of expressive suppression and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, *33*(2), 184–200. <https://doi.org/10.1177/0272431611432712>
- Lazarus, A. A., y Fay, A. (1990). *Brief psychotherapy: tautology or oxymoron?* In J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (p. 36–51). Brunner/Mazel.

- Leichsenring, F., y Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: an evidence-based approach. *Psychotherapy, 51*(2), 224–245. <https://doi.org/10.1037/a0033815>
- Lejtzén, N., Sundquist, J., Sundquist, K., y Li, X. (2014). Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 264*(3), 235–245. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0422-3>
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Van Gastel, W., y Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 49*(8), 886–893. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., y Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*, 883–900. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 131–148. <https://doi.org/10.1080/09638230601182086>
- Lyons, R., y Low, P. (2009). Brief psychological therapy in primary care: The psychologist's challenge. *New Zealand Journal of Psychology, 38*(1), 24–31.
- MacNeil, G. Time-limited psychosocial treatment for specific panic disorders and agoraphobia. (2001). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*, 29-41.
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Herman, A., Garfinkel, S. N., D Critchley, H., y Ottaviani, C. (2016). Alterations in amygdala-prefrontal functional connectivity account for excessive worry and autonomic dysregulation in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 80*(10), 786–795. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.013>
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., y Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1423–1430. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00013>

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Marques, A. C. P. R., y Formigoni, M. L. O. S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96(6), 835–846. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9668355.x>
- Martin, R. C., y Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Mathews, A., y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- McDaniel, S. H., y deGruy, F. V. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325–331. <https://doi.org/10.1037/a0036222>
- McDemut, W., Miller, I. W., y Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 98-116.
- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.006>
- McEvoy, P. M., y Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 344–350. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.344>
- 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. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., y Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>

- McHugh, R. K., y Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., y Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38(1), 23–38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.03.003>
- McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McHugh, R. K., Murray, H. W., y Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: the promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946–953. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.005>
- McManus, F., Shafran, R., y Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491–505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., y Jenkins, R. (2007). *Adult psychiatric morbidity in england: results of a household survey*. Leicester: Department of Health Sciences, University of Leicester. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.1563.5205>
- Mellor, M. B. y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 217-228.
- Messer, S. B., y Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. Guilford Press.
- Minogue, P. (2010). ¿Terapeutas “breves” o terapeutas “buenos”? Una crítica al concepto de terapia breve. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(1), 182-202.
- Miller, H. C. (1924). The physical basis of emotional disorder. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 17, 27–35. <https://doi.org/10.1177/003591572401702003>
- Miller-Matero, L. R., Hecht, L. M., Miller, M. K., Autio, K., Pester, B. D., Tobin, E. T., Patel, S., Braciszewski, J. M., Maye, M., y Ahmedani, B. K. (2021). A brief psychological intervention for chronic pain in primary care: a pilot randomized controlled trial. *Pain Medicine*, In Press. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa444>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8):e1–37. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.004>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., y Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moncrieff, J., Wessely, S., y Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD003012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003012.pub2>
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., y Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993–1000. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001>
- Moreno, S., Gili, M., Magallón, R., Bauzá, N., Roca, M., Del Hoyo, Y. L., y Garcia-Campayo, J. (2013). Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 75(6), 600–608. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829a8904>
- Moreno, E., 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. (2016). Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 51-62.
- Moriana, J. A., y Gálvez-Lara, M. (2020). Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 201-210. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2946>
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>

- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311–332. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., y Aberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142–154. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Moynihan, R., Henry, D. (2006) The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 3(4): e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
- Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., Adèr, H., y van Balkom, A. (2014). Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1159/000353682>
- Muntingh, A. D., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Marwijk, H. W., Spinhoven, P., y van Balkom, A. J. (2016). Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 17, 62. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0466-3>
- Murray, C. J. L., Phil, M. D. D., y López, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *The New England Journal of Medicine*, 369, 448-457. <http://doi.org/10.1056/NEJMra1201534>
- Muris, P., Meesters, C., y van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy

- and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143–158.
- Nash, J. M., McCrory, D., Nicholson, R. A., y Andrasik, F. (2005). Efficacy and effectiveness approaches in behavioral treatment trials. *Headache*, 45(5), 507–512. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.05102.x>
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care clinical guideline*. The Royal College of Psychiatrists.
- Néron, S., Lacroix, D., y Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six-month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(4), 379–392. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.27.4.379>
- Newell, D. J. (1992). Intention-to-treat analysis: implications for quantitative and qualitative research. *International Journal of Epidemiology*, 21, 837–841.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., y Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129–151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Normann, N., y Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Norton P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39(3), 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- Norton, P. J., y Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874–882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- Norton, P. J., y Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychotherapy*, 45(2), 214–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>

- Nuechterlein, K. H., y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–312. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., y Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 157–178. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5>
- Okur, G. Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., y Henningsen, P. (2019) Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: a systematic review. *Plos One*, 14(6): e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., y Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Terluin, B., Hoogendoorn, A. W., Peyrot, W. J., Muntingh, A., y van Balkom, A. J. (2013). Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *The British journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(2), 132–139. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125211>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
- Ortiz, L. A., González, G. R., y Rodríguez, S., F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38(10), 563-569.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., y García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology*, 23(3), 447–466.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández,

- A., y Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority-controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Öst, L. G., y Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.008>
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Nations, K. R., Utschig, A. C., Rothbaum, B. O., Hofmann, S. G., y Smits, J. A. (2012). Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depression and anxiety*, 29(6), 465–470. <https://doi.org/10.1002/da.21910>
- Pan, K. Y., Kok, A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., Rhebergen, D., Oppen, P. V., Giltay, E. J., y Penninx, B. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121–129. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30491-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30491-0)
- Patel, V., y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, 81(8), 609-615. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/72028>
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., Dimidjian, S., Araya, R., Hollon, S. D., King, M., Vijayakumar, L., Park, A., McDaid, D., Wilson, T., Valleman, R., Kirkwood, B., y Fairburn, C. G. (2017). The healthy activity program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 176-185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31589-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31589-6)
- Patten S. B. (1991). Are the Brown and Harris "vulnerability factors" risk factors for depression? *Journal of Psychiatry y Neuroscience*, 16(5), 267–271.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- 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.
- Pfefferbaum, B., y North, C. S. (2020). Mental health and the covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Picó-Pérez, M., Radua, J., Steward, T., Menchón, J. M., y Soriano-Mas, C. (2017). Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Progress in Neuro-psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 79, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.06.001>
- Pierre, P., y Stefan, A. (2017). Repetitive thinking, executive function- ing, and depressive mood in the elderly. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1192–1196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211619>
- Pinkerton, R. S., y Rockwell, W. J. K. (1994). Very brief psychological interventions with university students. *Journal of American College Health*, 42(4), 156–162. <https://doi.org/10.1080/07448481.1994.9939663>
- Piraman, M., Tavakoli, M., y Torkan, H. (2016). Rumination and co-rumination: factors predicting depression. *International Journal of Educational and Psychological Research*, 2(2):99. <http://doi.org/10.4103/2395-2296.178865>
- Pitceathly, C., Maguire, P., Fletcher, I., Parle, M., Tomenson, B., y Creed, F. (2009). Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 20(5), 928–934. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdn708>
- Potuzak, M., Ravichandran, C., Lewandowski, K. E., Ongür, D., y Cohen, B. M. (2012). Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1118–1129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.010>
- Prado-Abril J., Sánchez-Reales, S., Gimeno-Peón, A., y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). Clinical psychology in Spain: history, regulation and future challenges. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4) Article e38158, <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>

- Preston, J., Varzos, N., y Liebert, D. (1995). *Every session counts: making the most of your brief therapy*. Impact Pub.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, *370*(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Prins, M. A., Verhaak, P. F., van der Meer, K., Penninx, B. W., y Bensing, J. M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1-3), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.019>
- Rabner, J., Mian, N., Langer, D., Comer, J., y Pincus, D. (2017). The relationship between worry and dimensions of anxiety symptoms in children and adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*(2), 124–138. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000448>
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., y Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: an analysis of cost of session, treatment and recovery in selected primary care trusts in the east of England region. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, *52*, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Regier, D. A., Kuhl, E., A., y Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, *12*(2), 92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
- 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. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., y Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(4), 717–721. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.717>
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., y Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, *8*, 98. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00098>

- Richards, D. A., y Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two years prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.024>
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., Cape, J., Pilling, S., Araya, R., Kessler, D., Bland, J. M., Green, C., Gilbody, S., Lewis, G., Manning, C., Hughes-Morley, A., y Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f4913. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4913>
- Richards, D. A., y Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 377–396. <https://doi.org/10.1348/014466509X405178>
- Richardson, L. P., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Zhou, C., Clarke, G., Brent, D., y Katon, W. (2014). Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*, 312(8), 809–816. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.9259>
- Rieu, J., Bui, E., Rouch, V., Faure, K., Birmes, P., y Schmitt, L. (2011). Efficacy of ultrabrief cognitive and behavioural therapy performed by psychiatric residents on depressed inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(6), 374–376. <https://doi.org/10.1159/000323406>
- Riskind, J. H., y Alloy, L. B. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders: theory and research design/methodology*. In L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (p. 1–29). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rollman, B. L., Herbeck Belnap, B., Abebe, K. Z., Spring, M. B., Rotondi, A. J., Rothenberger, S. D., y Karp, J. F. (2018). Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 56–64. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3379>
- Roth, A., y Fonagy, P. (2005). *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.

- Roth, A. D., y Parry, G. (1997). The implications of psychotherapy research for clinical practice and service development: lessons and limitations. *Journal of Mental Health, 6*(4), 367–380. <https://doi.org/10.1080/09638239718699>
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D., y Sherbourne, C. D. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 290–298. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.290>
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., Bystritsky, A., Welch, S. S., Chavira, D. A., Golinelli, D., Campbell-Sills, L., Sherbourne, C. D., y Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA, 303*(19), 1921–1928. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.608>
- Rubiano, M. A., Cardona, S., Ramírez, P. S., Sánchez, B. L. L., y Gantiva, C. (2008). Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de la ansiedad en personas que ingresan por primera vez a un centro penitenciario. *Psychologia: Acances de la Disciplina, 2*(1), 79-96.
- Rugkåsa, J., Tveit, O. G., Berteig, J., Hussain, A., y Ruud, T. (2020). Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. *BMC Health Services Research, 20*(1), 844. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05691-8>
- Sakiris, N., y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review, 72*, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., y García-Sancho, E. (2019). Metacognitive beliefs and emotional dysregulation have a specific contribution on worry and the emotional symptoms of generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(3), 179–190. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00048-4>
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta, 38*(2), 53-64.
- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo, 31*(1), 7-17.

- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín-Vázquez, M., y Conde-Espejo, P. (2012). Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27.
- Saravanan, C., Alias, A., y Mohamad, M. (2017). The effects of brief individual cognitive behavioural therapy for depression and homesickness among international students in Malaysia. *Journal of Affective Disorders*, 220, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.037>
- Sartorius, N. (2001). Concepts of depression: sporadic revolutions of continuous evolution. *Human Psychopharmacology: Clinical y Experimental*, 16(51), 53-56. <https://doi.org/10.1002/hup.265>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: a preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: a search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Shechtman, Z., y Kiezel, A. (2016). Why do people prefer individual therapy over group therapy? *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(4), 571–591.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., y Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMC Medicine*, 152(11), 726–732. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-18>
- Schweizer, T. H., Snyder, H. R., Young, J. F., y Hankin, B. L. (2020). The breadth and potency of transdiagnostic cognitive risks for psychopathology in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 196–211. <https://doi.org/10.1037/ccp0000470>

- Seager, I., Rowley, A. M., y Ehrenreich-May, J. (2014). Targeting common factors across anxiety and depression using the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(1), 67–83. <https://doi.org/10.1007/s10942-014-0185-4>
- Secades, V. R., Rodríguez, G. E., Valderrey, B., J., Fernández, H., J. R., Vallejo, S. G., y Jiménez, G. J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15(4), 650–655.
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H., and van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43, 351–361. <http://doi.org/10.1017/S0033291712000670>
- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., y Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 171. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-171>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., y King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332–1340. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.165>
- Settineri, S., Frisone, F., Alibrandi, A., y Merlo, E. M. (2019). Emotional suppression and oneiric expression in psychosomatic disorders: early manifestations in emerging adulthood and young patients. *Frontiers in Psychology*, 10, 1897. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01897>
- Scott, M. J., y Stradling, S. G. (1990). Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. *Behavioural Psychotherapy*, 18(1), 1–19. <https://doi.org/10.1017/S014134730001795X>
- Shah, A. (1992). The burden of psychiatric disorder in primary care. *International Review of Psychiatry*, 4(3-4), 243–250. <https://doi.org/10.3109/09540269209066324>
- Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., y Startup, M. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of

- gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 378–387. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.378>
- Sharp, D. M., Power, K. G., y Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 73–82. <https://doi.org/10.1002/cpp.393>
- Shechtman, Z., y Kiezel, A. (2016). Why do people prefer individual therapy over group therapy? *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(4), 571–591.
- Shepardson, R. L., Funderburk, J. S., y Weisberg, R. B. (2016). Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Families, Systems, y Health*, 34(2), 114–127. <https://doi.org/10.1037/fsh0000175>
- Simons, M., Schneider, S., y Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257–264. <https://doi.org/10.1159/000092897>
- Smith, E. R., Porter, K. E., Messina, M. G., Beyer, J. A., Defever, M. E., Foa, E. B., y Rauch, S. A. (2015). Prolonged Exposure for PTSD in a Veteran group: a pilot effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 23–27. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.008>
- Solomon, R. C., y Stone, L. D. (2002). On “positive” and “negative” emotions. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 32(4), 417–435. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00196>
- Spence S. H. (1991). Cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs: a 2 years follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 29(5), 503–509. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90135-p](https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90135-p)
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., y Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Spong, A. J., Clare, I., Galante, J., Crawford, M. J., y Jones, P. B. (2021). Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic

- review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 83, 101937. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101937>
- Sripada, R. K., Bohnert, K. M., Ganoczy, D., Blow, F. C., Valenstein, M., y Pfeiffer, P. N. (2016). Initial group versus individual therapy for posttraumatic stress disorder and subsequent follow-up treatment adequacy. *Psychological Services*, 13(4), 349–355. <https://doi.org/10.1037/ser0000077>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., y Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 991–1007. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00176-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00176-6)
- Steenbarger, B. N. (1992a). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist*, 20(3), 403–450. <https://doi.org/10.1177/0011000092203001>
- Steenbarger, B. N. (1992b). Intentionalizing brief college student psychotherapy. *Journal of College Student Psychotherapy*, 7(2), 47–61. https://doi.org/10.1300/J035v07n02_04
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Campbell-Sills, L., Lang, A. J., Golinelli, D., Rose, R. D., Bystritsky, A., Sullivan, G., y 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. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05626blu>
- Steketee, G., Chambless, D. L., y Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 76–86. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19746>
- Stewart, R. E., Stirman, S.W. y Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 100-109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., y Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677–688. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001511>
- Sullivan, G., Craske, M. G., Sherbourne, C., Edlund, M. J., Rose, R. D., Golinelli, D., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Stein, M. B., y Roy-Byrne, P. P. (2007). Design of

- the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 379–387. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.04.005>
- Sullivan, P. F., Joyce, P. R., y Mulder, R. T. (1994). Borderline personality disorder in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 508–516. <https://doi.org/10.1097/00005053-199409000-00006>
- Terluin, B., Brouwers, E. P., van Marwijk, H. W., Verhaak, P., y van der Horst, H. E. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice*, 10, 58. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-58>
- Thimm, J. C., y Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*, 14, 292. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0292-x>
- Thompson, B. (1998). Statistical significance and effect size reporting: portrait of a possible future. *Research in the Schools*, 5(2), 33-38.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., y Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 890–899. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.014>
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Toseland, R. W., y Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(2), 171–201.

- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glaser, D., y Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 234–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.234>
- Tucker, M., y Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77–91. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003134>
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., Duffy, R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3). 271-280.
- Tyrer, P., King, M., y Fluxman, J. (2003). Treatment of common mental disorders in general practice: are current guidelines useless? *British Journal of Psychiatry*, 183(1), 78-78. <http://doi.org/10.1192/bjp.183.1.78>
- Valero, A. L., y Ruiz, M. M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 24(1), 15-22.
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49–53.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., y van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD011142. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- van Rijn, B., y Wild, C. (2016). Comparison of transactional analysis group and individual psychotherapy in the treatment of depression and anxiety: Routine outcomes evaluation in community clinics. *Transactional Analysis Journal*, 46(1), 63–74. <https://doi.org/10.1177/0362153715615115>
- van Roijen, L. H., van Straten, A., Al, M., Rutten, F., y Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 323–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.323>

- van Straten, A., Hill, J., Richards, D. A., y Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(2), 231–246. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000701>
- Vázquez, C., Sánchez-López, A., y Romero, N. (2014). *Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV/DSM-5 y la CIE-10*. En Caballo, I. C. Salazar, J. A. Carroble (Eds). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Piramide.
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P., y Hermida, E. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 46(11), 1456–1463. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.007>
- Vedial, 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), 239–245. <https://doi.org/10.1157/13079144>
- Verstraeten, K., Bijttebier, P., Vasey, M. W., y Raes, F. (2011). Specificity of worry and rumination in the development of anxiety and depressive symptoms in children. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 364–378. <https://doi.org/10.1348/014466510X532715>
- Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289–303.
- Vonk, M. E., y Thyer, B. A. (1999). Evaluating the effectiveness of short-term treatment at a university counseling center. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1095–1106. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199909\)55:9<1095::AID-JCLP7>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199909)55:9<1095::AID-JCLP7>3.0.CO;2-A)
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., y Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1–37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam,

- E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, 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(9590), 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., y Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124–138. <https://doi.org/10.1177/070674370404900208>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666–678. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.4.666>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D. A., Southam-Gerow, M. A., y Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.005>
- Wells, A. (2008). Metacognition therapy: cognition applied to regulating cognition. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651–658. <http://doi.org/10.1017/S1352465808004803>
- Wells, A., y Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307–318. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.001>
- Wells, R. A. (1982). *Planned short-term treatment*. Free Press/Macmillan
- Weobong, B., Weiss, H. A., McDaid, D., Singla, D. R., Hollon, S. D., Nadkarni, A., Park, A. L., Bhat, B., Katti, B., Anand, A., Dimidjian, S., Araya, R., King, M.,

- Vijayakumar, L., Wilson, G. T., Velleman, R., Kirkwood, B. R., Fairburn, C. G., y Patel, V. (2017). Sustained effectiveness and cost-effectiveness of the Healthy Activity Programme, a brief psychological treatment for depression delivered by lay counsellors in primary care: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, *14*(9), e1002385. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002385>
- Wergeland, G. J., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S., Bjaastad, J. F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W. K., Ost, L. G., Havik, O. E., y Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, *57*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>
- Westen, D., y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(6), 875–899.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., y Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(8), 24–34.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M., y Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *23*, 28–35. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70059-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70059-2)
- Wolberg, L. R. (1965). *Short-term psychotherapy*. Grune y Stratton.
- Wood, A. M., White, I. R., y Thompson, S. G. (2004) Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, *1*, 368-376. <https://doi.org/10.1191/1740774504cn032oa>
- Wooden, M. D., 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*, *21*(3), 191–195. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01181.x>

Anexos

Anexo 1. Certificado del Comité de Ética



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 28 de abril de 2016 (Acta nº 251, ref. 3051), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Tratamientos psicológicos breves basados en la evidencia para trastornos/problemas comunes. Un ensayo clínico aleatorizado en atención primaria y especializada", Cód. Protocolo PSI2014-56368-R, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informafio versión 1 de 15/01/2016, en el que figura como Investigador principal D. Juan Antonio Moriana Elvira, adscrito a la Universidad de Córdoba, Departamento de Psicología, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el artículo 27,5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a 29 de abril de 2016

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

LA PRESIDENTA



Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 28 de abril de 2016 (Acta nº 251, ref. 3051), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Tratamientos psicológicos breves basados en la evidencia para trastornos/problemas comunes. Un ensayo clínico aleatorizado en atención primaria y especializada", Cód. Protocolo PSI2014-56368-R, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informafó versión 1 de 15/01/2016, en el que figura como Investigador principal D. Juan Antonio Moriana Elvira.

Que a dicha sesión asistieron los siguientes miembros:

PRESIDENTA

Dña. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo. Jefe de Servicio Hematología del HURS.

SECRETARIO

D. Gregorio Jurado Cáliz. Técnico de Función Administrativa. Licenciado en Derecho del HURS

VOCALES

D. Manuel Jesús Cárdenas Aranzana. Farmacéutico Hospitalario del HURS

Dña. Eva M^a Rojas Calvo. Auxiliar Administrativo HURS. Licenciada en Derecho

D. Eduardo Morán Fernández. FEA Medicina Intensiva H Infanta Margarita de Cabra

D. Pedro José Rodríguez Fernández. FEA Traumatología de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla.

Dña. Beatriz García Robredo. Farmacéutica de Atención Primaria del Área Sanitaria Norte

D. José Luis Barranco Quintana. FEA Medicina Preventiva del HURS. Vicepresidente

D. Juan Manuel Parras Rejano. Médico de Familia EBAP, Área Sanitaria Norte de Córdoba

D. Rafael Segura Saint-Gerons. Odontólogo C.S. La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir

Que dicho Comité está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

En Córdoba, a 29 de abril de 2016

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

COMITÉ DE ÉTICA DE LA PRESIDENTA
INVESTIGACIÓN DE CÓRDOBA
CONSEJERÍA DE SALUD
CÓRDOBA

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

Anexo 2. Hoja de información al paciente del estudio 2

TÍTULO DEL ENSAYO CLÍNICO: Tratamientos psicológicos breves para trastornos emocionales en Atención Primaria y Especializada

PROMOTOR: FIBICO

CÓDIGO DEL PROYECTO: PSI2014-56368-R

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Juan Antonio Moriana Elvira Teléfono: 957212093
E-mail: jamoriana@uco.es
Centro: Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un ensayo clínico en el que se le invita a participar. El ensayo clínico ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si desea o no participar en este ensayo clínico. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este ensayo clínico es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales sanitarios que le atienden ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO

El objetivo de este proyecto es poner en marcha una novedosa iniciativa en nuestro país para acercar las técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar los desórdenes emocionales (nervios, ansiedad, depresión, dolores, somatizaciones, etc.) en la investigación y en otros entornos clínicos al ámbito nacional tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada. En este proyecto piloto se pondrá a prueba un programa de tratamiento psicológico breve y se compararán los resultados obtenidos con el tratamiento convencional que se utiliza habitualmente con fármacos. El programa se

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

aplicará de forma individual y grupal y será dirigido por psicólogos clínicos, médicos de atención primaria y en colaboración con distintos especialistas. El objetivo es el aprendizaje de técnicas y estrategias para manejar el estrés y las emociones (ansiedad, estado de ánimo deprimido, culpa, enfado, etc.).

Las técnicas utilizadas están basadas en la evidencia científica para el manejo correcto de pensamientos y emociones. Las iniciativas previas e investigaciones similares desarrolladas en otros países han obtenido resultados muy positivos y nos sirven de guía y estímulo para la realización de este proyecto.

Todos los participantes en el estudio serán asignados al azar a una de las siguientes condiciones: grupo experimental 1 (que recibirá varias sesiones de tratamiento psicológico breve en formato individual), grupo experimental 2 (que recibirá varias sesiones de tratamiento psicológico breve en formato grupal) o grupo control (que recibirá el tratamiento convencional, principalmente farmacológico) cuyo objetivo, en todos los casos, será reducir la intensidad y la frecuencia de la ansiedad, la depresión y las somatizaciones.

Cada paciente tendrá la misma probabilidad de recibir el tratamiento tanto de los grupos experimentales como del control. Cabe esperar que todos los tratamientos sean efectivos, aunque pueden existir variaciones respecto al tiempo empleado y a la calidad de sus efectos a medio y largo plazo. Una vez usted acepte participar, cumplimentará una batería de instrumentos de evaluación que indican si cumple el perfil apropiado para el ensayo clínico (esto es, padecer niveles moderados de síntomas emocionales y/o somatizaciones). Cada participante que cumpla el perfil apropiado será asignado a una lista de espera para ser adjudicado más adelante, y de forma aleatoria, a uno de los grupos. Se trata de un ensayo clínico de “ciego simple”. En la evaluación inicial, ni el profesional sanitario ni el paciente sabrán cuál es el tratamiento que va a recibir y en la evaluación final, el evaluador no sabrá qué tipo de tratamiento han recibido los participantes.

Independientemente del grupo al que usted pertenezca, completará dos evaluaciones psicológicas (antes y después del tratamiento), mediante una batería de cuestionarios o tests psicológicos, durante aproximadamente 45 minutos. Ambas evaluaciones incluirán medidas sobre síntomas clínicos (ansiedad, depresión, somatizaciones). Posteriormente a la intervención se le hará un seguimiento a los 6 meses, donde deberá completar las mismas pruebas de evaluación. Los cuestionarios serán respondidos en el centro de salud, bajo la supervisión de un psicólogo clínico. Los evaluadores de la fase de postratamiento en ambos grupos serán “ciegos” a la condición experimental. En otras palabras, no sabrán cuál es el tratamiento que usted ha recibido.

Si usted pertenece al grupo experimental, recibirá un tipo de tratamiento especificado en el Protocolo Código PSI2014-56368-R, en donde es susceptible de recibir las distintas técnicas en él descrito entre las que se encuentran:

- Información científica y psicoeducación sobre la ansiedad, la tristeza, la depresión, el estrés, las somatizaciones
- Identificación y modificación de pensamientos relacionados con las emociones
- Ejercicios de relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas
- Estrategias de afrontamiento de los problemas cotidianos de cada día

- Prevención de recaídas
- Terapia cognitiva y conductual para la depresión y ansiedad
- Técnicas de terapia de aceptación y compromiso

Todas estas técnicas están recogidas en las guías internacionales de práctica clínica de alta calidad (NICE y NHS EED) que recomiendan la utilización del tratamiento psicológico basado en la evidencia científica (cognitivo conductual) como tratamiento de primera elección para los desórdenes emocionales.

Si usted pertenece al grupo control, recibirá el tratamiento convencional tal y como se viene ofreciendo en Atención Primaria (típicamente, tratamiento farmacológico) y volverá a ser evaluado en las mismas fechas que el grupo experimental. El objetivo principal de este ensayo clínico consiste en demostrar que el tratamiento psicológico será más eficaz y eficiente a corto plazo y a largo plazo que el tratamiento habitual seguido por el grupo control, teniendo en cuenta todas las medidas anteriormente mencionadas.

Su responsabilidad como participante en el ensayo clínico consiste en procurar asistir a las sesiones concertadas con el profesional sanitario que se le asigne y a seguir sus indicaciones y prescripciones de tratamiento. También deberá notificar cualquier evento significativo o adverso que le suceda (p. ej., boda, separación o divorcio, accidente, embarazo, pérdida de un ser querido, etc.) o cambios en su medicación (si la hubiera).

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ENSAYO CLÍNICO

Se espera que los participantes asignados aleatoriamente a los grupos experimentales (tratamientos psicológicos) obtengan mejores resultados que los asignados al tratamiento habitual (grupo control), en las siguientes variables estudiadas: disminución de sintomatología ansiosa, depresiva y somática y reducción de diagnósticos de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Otros proyectos piloto parecidos que se han puesto en marcha en otros países han logrado altas tasas de recuperación (76% para la depresión y 74% para la ansiedad), la disminución del riesgo de recaída y el mantenimiento de los resultados positivos a largo plazo. No obstante, es posible que los pacientes de este ensayo clínico no obtengan ningún beneficio para su salud.

Este ensayo clínico no añade riesgo al tratamiento convencional. Las guías clínicas internacionales (NICE y NHS EED) en las que se sustentan las técnicas psicológicas que serán aplicadas en el grupo experimental muestran que no existe un riesgo destacado de efectos secundarios no deseados tras su aplicación. Adoptar estas técnicas y su empleo de forma correcta comporta beneficio sobre su salud. En cambio, la no aplicación correcta de estas o el no aprendizaje óptimo no acarrea un mayor daño que su no conocimiento o el no uso de las mismas, por tanto, se respeta el principio de proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados.

Los beneficios del tratamiento farmacológico para desórdenes emocionales se observan a corto plazo en la reducción de sintomatología ansiosa, depresiva o somática. En cambio, se observan riesgos a largo plazo por su uso continuado, los cuales ya son informados por

la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y por el médico que los prescribe.

Hacemos constar que el ensayo clínico propuesto respeta y cumplirá la legislación vigente y otras normas reguladoras, pertinentes al proyecto, en materia de ética, experimentación animal o bioseguridad, incluidos los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, del Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, y del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina).

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

El hecho de no participar en este ensayo clínico no tendrá repercusiones negativas en su salud. Los profesionales sanitarios que le atienden le darán información si lo desea.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del centro. Los datos recogidos para el ensayo clínico estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal del centro y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Solo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el ensayo clínico que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, no de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del ensayo clínico descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del centro y colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) y a los monitores y auditores contratados por el promotor, cuando

lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del ensayo clínico, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

El promotor del ensayo clínico es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del ensayo clínico el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar y con los profesionales sanitarios del ensayo clínico. No se recompensará ni a los facultativos ni a los pacientes de ninguna manera por el tiempo dedicado al ensayo clínico o por las posibles molestias ocasionadas.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este ensayo clínico, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, además, puede exigir la destrucción de los resultados de su evaluación.

También debe saber que puede ser excluido del ensayo clínico si el promotor o los investigadores del ensayo clínico lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del ensayo clínico.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del ensayo clínico que se le han expuesto.

Cuando acabe su participación recibirá el mejor tratamiento disponible y que su médico considere el más adecuado para su enfermedad, pero es posible que no se le pueda seguir administrando algunos de los tratamientos recibidos. Por lo tanto, ni el investigador ni el promotor adquieren compromiso alguno de mantener dicho tratamiento fuera de este ensayo clínico.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta actividad científica forma parte de proyectos de I+D+i financiados en convocatorias competitivas gracias al Ministerio de Economía y Competitividad (Ref. PSI2014-56368-R).

DATOS DE CONTACTO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO

En caso de que usted deseara recibir algún tipo de información acerca del ensayo clínico o deseara ejercer sus derechos sobre sus datos de carácter personal debería ponerse en contacto con el investigador principal responsable del ensayo en el Centro de Salud, personal autorizado por el Promotor y responsable de los datos:

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO DE SALUD.....

Nombre.....Apellidos.....

Centro.....

Teléfono..... E-mail.....

Anexo 3. Batería de recogida de datos

FECHA REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

1. CÓDIGO DEL PACIENTE: _____

2. Nombre del profesional que le invitó a participar en el estudio

Médico de Cabecera: _____

Psicólogo: _____

3. COMUNIDAD AUTÓNOMA: _____

CENTRO DE SALUD: _____

4. DATOS DEMOGRÁFICOS:

Género		Edad	¿Cuál es su estado civil actual?					
1	2		1	2	3	4	5	6
Femenino	Masculino		Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Separado/a	Nunca se ha casado	Miembro pareja no casada

¿Cuál es su nivel máximo de estudios?					
1	2	3	4	5	6
Sin estudios	Educación básica	Educación secundaria	Bachillerato	Estudios universitarios	Máster/Doctorado

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?						
Empleado/a		Desempleado/a		Baja laboral		Jubilado/a
1	2	3	4	5	6	7
Media Jornada	Jornada completa	En busca de trabajo	Bachillerato	Temporal	Permanente	

¿Cuál es su nivel de ingresos aproximado? (Euros anuales por unidad familiar)			
1	2	3	4
Menos de 12.000	Entre 12.000 y 24.000	Entre 24.000 y 36.000	Más de 36.000

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: Mujer Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3. Batería de recogida de datos

3. Preguntas sobre la ansiedad.			
a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?	NO		SÍ
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.			
b. ¿Alguna vez le había pasado antes?			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.			
	NO		SÍ
a. ¿Se quedó sin aire?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d. ¿Sudó?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e. ¿Sintió que se estaba ahogando?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
h. ¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
j. ¿Tuvo temblores o estremecimientos?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?			
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días
a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha marcado "Nunca", pase a la pregunta n.º 6.			
b. Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cansarse con mucha facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor o tensión muscular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Irritarse o enfadarse fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

STAI

Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha / /

Centro Curso/puesto

Otros datos

A-E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.



INDIQUE CUÁNTO MALESTAR HA EXPERIMENTADO POR:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Sensación de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
2. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
3. Nerviosismo o temblor	0	1	2	3	4
4. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
5. Sentirse solo	0	1	2	3	4
6. Sentirse tenso o alterado	0	1	2	3	4
7. Náuseas o malestar de estómago	0	1	2	3	4
8. Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4
9. Sustos repentinos y sin razón	0	1	2	3	4
10. Falta de aire	0	1	2	3	4
11. Sentir que usted no vale nada	0	1	2	3	4
12. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
14. Sentirse sin esperanza frente al futuro	0	1	2	3	4
15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	0	1	2	3	4
16. Sentirse débil en partes del cuerpo	0	1	2	3	4
17. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
18. Sentirse con miedo	0	1	2	3	4

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

PSWQ (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009)

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de enunciados relacionados con la forma de sentir y pensar que tienen las personas. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolos a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir y pensar habitual.

Tenga en cuenta que existe un rango posible de 1 a 5:

	1	2	3	4	5
	No es en absoluto típico de mi	Es poco típico en mí	Es relativamente típico en mí	Es bastante típico en mí	Es muy típico en mí
1	Me agobian mis preocupaciones				1 2 3 4 5
2.	Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a				1 2 3 4 5
3.	Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo				1 2 3 4 5
4.	Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo				1 2 3 4 5
5.	Siempre estoy preocupado/a por algo				1 2 3 4 5
6.	Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer				1 2 3 4 5
7.	Toda mi vida he sido una persona muy preocupada				1 2 3 4 5
8.	Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas				1 2 3 4 5

RRS (Nolen-Hoeksma, S., 1991; Hervás, G., 2008)

Instrucciones: Ahora, aparecerán algunos enunciados acerca de lo que las personas piensan y hacen cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lea cada una de ellos y rodee con un círculo si usted piensa o actúa de esa manera cuando está abatido, triste o deprimido.

En esta ocasión el rango es de 1 a 4:

1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = A menudo; 4 = Casi siempre

<i>Cuando está abatido, triste o deprimido...</i>					
1	Piensa: «¿Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen?»	1	2	3	4
2.	Piensa: «¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?»	1	2	3	4
3.	Piensa: «¿Qué he hecho yo para merecerme esto?»	1	2	3	4
4.	Piensa acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor	1	2	3	4
5.	Piensa: «¿Por qué siempre reacciono de esta forma?»	1	2	3	4

Anexo 3. Batería de recogida de datos

ERQ (Gross & John, 2003; Cabello et al., 2012)

Instrucciones: Señale ahora en un rango de 1 a 7 el grado en que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Totalmente en desacuerdo

Neutral

Totalmente de acuerdo

1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando	1	2	3	4	5	6	7
2. Guardo mis emociones para mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando	1	2	3	4	5	6	7
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas	1	2	3	4	5	6	7
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma	1	2	3	4	5	6	7
6. Controlo mis emociones no expresándolas	1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación	1	2	3	4	5	6	7
8. Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro	1	2	3	4	5	6	7
9. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas	1	2	3	4	5	6	7
10. Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación	1	2	3	4	5	6	7

MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Ramos-Cejudo et al., (in press))

Instrucciones: Por último, aparecerán una serie de enunciados que hacen referencia a las creencias que las personas tienen sobre la forma en que funcionan sus propios pensamientos. Por favor, lea los enunciados y señale **en qué medida usted está de acuerdo** con cada uno de ellos.

Utilice un rango de 1 a 4:

1	2	3	4
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

1.	Considero que preocuparme es peligroso para mí	1	2	3	4
2.	Podría llegar a enfermar de preocupación	1	2	3	4
3.	Mis pensamientos preocupantes persisten, independientemente de cómo intento detenerlos	1	2	3	4
4.	No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan	1	2	3	4
5.	Mi preocupación podría volverme loco	1	2	3	4
6.	Cuando empiezo a preocuparme no puedo parar	1	2	3	4

Anexo 4. Hoja de información al paciente del estudio 3

TÍTULO DEL ESTUDIO: Factores cognitivos asociados a trastornos emocionales

PROMOTOR: FIBICO

CÓDIGO DEL PROYECTO: PSI2014-56368-R

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Juan Antonio Moriana Elvira Teléfono: 957212093

E-mail: jamoriana@uco.es

Centro: Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio descriptivo en el que se le invita a participar. Este estudio es una ramificación del proyecto previamente aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente de acuerdo a la legislación vigente en el Real Decreto 223/2004.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si desea o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales sanitarios que le atienden ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo de este proyecto es poner en marcha una novedosa iniciativa en nuestro país para acercar las técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar los desórdenes emocionales (nervios, ansiedad, depresión, dolores, somatizaciones, etc.) en la investigación y en otros entornos clínicos al ámbito nacional tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada. El presente estudio pretende conocer las características psicológicas de los pacientes con algún tipo de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo para poder desarrollar tratamientos cada vez más breves y eficientes.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Para ello se le pedirá que, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, cumplimente una batería de instrumentos de evaluación que servirán para determinar tanto la gravedad de sus síntomas como algunas variables psicológicas que miden los niveles de preocupación, pensamientos irracionales y pensamientos repetitivos desagradables. Los cuestionarios serán respondidos en el centro de salud, bajo la supervisión de un psicólogo clínico. Posteriormente, podrán iniciar el tratamiento que su médico de familia u otro facultativo estime oportuno. No tendrá que volver a cumplimentar ningún otro formulario, ya que el objetivo de este estudio es simplemente analizar el estado de salud y psicológico de los pacientes que acuden por primera vez a Atención Primaria con algún tipo de trastorno emocional.

Su responsabilidad como participante en este estudio consiste acudir el día y hora citados para la evaluación de sus síntomas y características psicológicas y rellenar los formularios que se le indiquen con sinceridad. También deberá notificar cualquier evento significativo o adverso que le haya sucedido y que pueda sesgar los datos (p. ej., boda, separación o divorcio, accidente, embarazo, pérdida de un ser querido, etc.).

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN

Dado que este estudio no aplica ningún tratamiento experimental en estudio y simplemente se centra en recoger algunas variables de salud y psicológicas de los pacientes, la participación no presenta ningún beneficio ni riesgo más allá de derivados del tratamiento convencional que se le ofrecerá por parte de los profesionales correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD

La comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del centro. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal del centro y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Solo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del centro y colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) y a los monitores y auditores contratados por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del estudio el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar y con los profesionales sanitarios del mismo. No se recompensará ni a los facultativos ni a los pacientes de ninguna manera por el tiempo dedicado al estudio o por las posibles molestias ocasionadas.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, además, puede exigir la destrucción de los resultados de su evaluación.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del mismo lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta actividad científica forma parte de proyectos de I+D+i financiados en convocatorias competitivas gracias al Ministerio de Economía y Competitividad (Ref. PSI2014-56368-R).

DATOS DE CONTACTO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO

En caso de que usted deseara recibir algún tipo de información acerca del ensayo clínico o deseara ejercer sus derechos sobre sus datos de carácter personal debería ponerse en contacto con el investigador principal responsable del ensayo en el Centro de Salud, personal autorizado por el Promotor y responsable de los datos:

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO DE SALUD.....

Nombre.....Apellidos.....

Centro.....

Teléfono..... E-mail.....

Anexo 5. Hoja de información al paciente del estudio 4

TÍTULO DEL ENSAYO CLÍNICO: Tratamiento psicológico breve grupal en Atención Primaria para trastornos emocionales

PROMOTOR: FIBICO

CÓDIGO DEL PROYECTO: PSI2014-56368-R

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Juan Antonio Moriana Elvira Teléfono: 957212093
E-mail: jamoriana@uco.es
Centro: Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un ensayo clínico en el que se le invita a participar. Este estudio es una ramificación del proyecto previamente aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si desea o no participar en este ensayo clínico. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este ensayo clínico es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales sanitarios que le atienden ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO

El objetivo de este proyecto es poner en marcha una novedosa iniciativa en nuestro país para acercar las técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar los desórdenes emocionales (nervios, ansiedad, depresión, dolores, somatizaciones, etc.) en la investigación y en otros entornos clínicos al ámbito nacional tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada. En este proyecto piloto se pondrá a prueba un programa de tratamiento psicológico breve y se compararán los resultados obtenidos con el tratamiento convencional que se utiliza habitualmente con fármacos. El programa se aplicará de forma grupal y será dirigido por psicólogos clínicos, médicos de atención primaria y en colaboración con distintos especialistas. El objetivo es el aprendizaje de

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

técnicas y estrategias para manejar el estrés y las emociones (ansiedad, estado de ánimo deprimido, culpa, enfado, etc.).

Las técnicas utilizadas están basadas en la evidencia científica para el manejo correcto de pensamientos y emociones. Las iniciativas previas e investigaciones similares desarrolladas en otros países han obtenido resultados muy positivos y nos sirven de guía y estímulo para la realización de este proyecto.

Todos los participantes en el estudio serán asignados al azar a una de las siguientes condiciones: grupo experimental (que recibirá varias sesiones de tratamiento psicológico breve en formato grupal) o grupo control (que recibirá el tratamiento convencional, principalmente farmacológico) cuyo objetivo, en todos los casos, será reducir la intensidad y la frecuencia de la ansiedad, la depresión y las somatizaciones.

Cada paciente tendrá la misma probabilidad de recibir el tratamiento tanto de los grupos experimentales como del control. Cabe esperar que todos los tratamientos sean efectivos, aunque pueden existir variaciones respecto al tiempo empleado y a la calidad de sus efectos a medio y largo plazo. Una vez usted acepte participar, cumplimentará una batería de instrumentos de evaluación que indican si cumple el perfil apropiado para el ensayo clínico (esto es, padecer niveles moderados de síntomas emocionales y/o somatizaciones). Cada participante que cumpla el perfil apropiado será asignado a una lista de espera para ser adjudicado más adelante, y de forma aleatoria, a uno de los grupos. Se trata de un ensayo clínico de “ciego simple”. En la evaluación inicial, ni el profesional sanitario ni el paciente sabrán cuál es el tratamiento que va a recibir y en la evaluación final, el evaluador no sabrá qué tipo de tratamiento han recibido los participantes.

Independientemente del grupo al que usted pertenezca, completará dos evaluaciones psicológicas (antes y después del tratamiento), mediante una batería de cuestionarios o tests psicológicos, durante aproximadamente 45 minutos. Ambas evaluaciones incluirán medidas sobre síntomas clínicos (ansiedad, depresión, somatizaciones); preocupaciones, creencias irracionales y errores de pensamiento. Los cuestionarios serán respondidos en el centro de salud, bajo la supervisión de un psicólogo clínico. Los evaluadores de la fase de postratamiento en ambos grupos serán “ciegos” a la condición experimental. En otras palabras, no sabrán cuál es el tratamiento que usted ha recibido.

Si usted pertenece al grupo experimental, recibirá un tipo de tratamiento especificado en el Protocolo Código PSI2014-56368-R, en donde es susceptible de recibir las distintas técnicas en él descrito entre las que se encuentran:

- Información científica y psicoeducación sobre la ansiedad, la tristeza, la depresión, el estrés, las somatizaciones
- Identificación y modificación de pensamientos relacionados con las emociones
- Ejercicios de relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas
- Estrategias de afrontamiento de los problemas cotidianos de cada día
- Prevención de recaídas
- Terapia cognitiva y conductual para la depresión y ansiedad
- Técnicas de terapia de aceptación y compromiso

Todas estas técnicas están recogidas en las guías internacionales de práctica clínica de alta calidad (NICE y NHS EED) que recomiendan la utilización del tratamiento psicológico basado en la evidencia científica (cognitivo conductual) como tratamiento de primera elección para los desórdenes emocionales.

Si usted pertenece al grupo control, recibirá el tratamiento convencional tal y como se viene ofreciendo en Atención Primaria (típicamente, tratamiento farmacológico) y volverá a ser evaluado en las mismas fechas que el grupo experimental. El objetivo principal de este ensayo clínico consiste en demostrar que el tratamiento psicológico será más eficaz y eficiente que el tratamiento habitual seguido por el grupo control, teniendo en cuenta todas las medidas anteriormente mencionadas.

Su responsabilidad como participante en el ensayo clínico consiste en procurar asistir a las sesiones concertadas con el profesional sanitario que se le asigne y a seguir sus indicaciones y prescripciones de tratamiento. También deberá notificar cualquier evento significativo o adverso que le suceda (p. ej., boda, separación o divorcio, accidente, embarazo, pérdida de un ser querido, etc.) o cambios en su medicación (si la hubiera).

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ENSAYO CLÍNICO

Se espera que los participantes asignados aleatoriamente a los grupos experimentales (tratamientos psicológicos) obtengan mejores resultados que los asignados al tratamiento habitual (grupo control), en las siguientes variables estudiadas: disminución de sintomatología ansiosa, depresiva y somática, reducción de diagnósticos de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y mejora en los factores cognitivo-emocionales vinculados a los desórdenes emocionales.

Otros proyectos piloto parecidos que se han puesto en marcha en otros países han logrado altas tasas de recuperación (76% para la depresión y 74% para la ansiedad), la disminución del riesgo de recaída y el mantenimiento de los resultados positivos a largo plazo. No obstante, es posible que los pacientes de este ensayo clínico no obtengan ningún beneficio para su salud.

Este ensayo clínico no añade riesgo al tratamiento convencional. Las guías clínicas internacionales (NICE y NHS EED) en las que se sustentan las técnicas psicológicas que serán aplicadas en el grupo experimental muestran que no existe un riesgo destacado de efectos secundarios no deseados tras su aplicación. Adoptar estas técnicas y su empleo de forma correcta comporta beneficio sobre su salud. En cambio, la no aplicación correcta de estas o el no aprendizaje óptimo no acarrea un mayor daño que su no conocimiento o el no uso de las mismas, por tanto, se respeta el principio de proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados.

Los beneficios del tratamiento farmacológico para desórdenes emocionales se observan a corto plazo en la reducción de sintomatología ansiosa, depresiva o somática. En cambio, se observan riesgos a largo plazo por su uso continuado, los cuales ya son informados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y por el médico que los prescribe.

La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios

Hacemos constar que el ensayo clínico propuesto respeta y cumplirá la legislación vigente y otras normas reguladoras, pertinentes al proyecto, en materia de ética, experimentación animal o bioseguridad, incluidos los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, del Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, y del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina).

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

El hecho de no participar en este ensayo clínico no tendrá repercusiones negativas en su salud. Los profesionales sanitarios que le atienden le darán información si lo desea.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del centro. Los datos recogidos para el ensayo clínico estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal del centro y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Solo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el ensayo clínico que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, no de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del ensayo clínico descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del centro y colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) y a los monitores y auditores contratados por el promotor, cuando

lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del ensayo clínico, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

El promotor del ensayo clínico es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del ensayo clínico el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar y con los profesionales sanitarios del ensayo clínico.

No se recompensará ni a los facultativos ni a los pacientes de ninguna manera por el tiempo dedicado al ensayo clínico o por las posibles molestias ocasionadas.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este ensayo clínico, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, además, puede exigir la destrucción de los resultados de su evaluación. También debe saber que puede ser excluido del ensayo clínico si el promotor o los investigadores del ensayo clínico lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del ensayo clínico. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del ensayo clínico que se le han expuesto.

Cuando acabe su participación recibirá el mejor tratamiento disponible y que su médico considere el más adecuado para su enfermedad, pero es posible que no se le pueda seguir administrando algunos de los tratamientos recibidos. Por lo tanto, ni el investigador ni el promotor adquieren compromiso alguno de mantener dicho tratamiento fuera de este ensayo clínico.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta actividad científica forma parte de proyectos de I+D+i financiados en convocatorias competitivas gracias al Ministerio de Economía y Competitividad (Ref. PSI2014-56368-R).

DATOS DE CONTACTO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO

En caso de que usted deseara recibir algún tipo de información acerca del ensayo clínico o deseara ejercer sus derechos sobre sus datos de carácter personal debería ponerse en contacto con el investigador principal responsable del ensayo en el Centro de Salud, personal autorizado por el Promotor y responsable de los datos:

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO DE SALUD.....
Nombre.....Apellidos.....
Centro.....
Teléfono..... E-mail.....

Anexo 6. Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- He hablado con:
- Comprendo que mi participación es voluntaria.

- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados sanitarios

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

SÍ NO

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

