

Original

## Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP



César González-Blanch<sup>a,\*</sup>, Olga Umaran-Alfageme<sup>a</sup>, Patricia Cordero-Andrés<sup>b</sup>, Roger Muñoz-Navarro<sup>c</sup>, Paloma Ruiz-Rodríguez<sup>d</sup>, Leonardo Adrián Medrano<sup>e</sup>, María Ruiz-Torres<sup>f</sup>, Esperanza Dongil Collado<sup>g</sup>, Antonio Cano-Vindel<sup>h</sup> y Grupo de Investigación PsicAP

<sup>a</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España

<sup>b</sup> Hospital de Laredo, Laredo, España

<sup>c</sup> Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España

<sup>d</sup> Castilla La Nueva Centro de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

<sup>e</sup> Facultad de Psicología, Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina

<sup>f</sup> Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España

<sup>g</sup> Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

<sup>h</sup> Departamento de Psicología Básica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 30 de septiembre de 2017

Aceptado el 12 de octubre de 2017

On-line el 13 de noviembre de 2017

#### Palabras clave:

Trastornos mentales comunes

Ansiedad

Depresión

Somatizaciones

Tratamiento psicológico

Atención Primaria

Manual de tratamiento

### R E S U M E N

Una parte sustancial de las consultas de Atención Primaria (AP) tiene como motivo principal algún tipo de trastorno emocional, especialmente los relacionados con la depresión, la ansiedad y las somatizaciones. Estos trastornos mentales más comunes tienen altos costes para los afectados y para la sociedad en general. Pese a la existencia de terapias psicológicas que han demostrado ser eficaces para esos trastornos, rara vez se utilizan en el primer nivel asistencial. El objetivo del proyecto de Psicología en Atención Primaria (PsicAP) es demostrar la eficacia de una terapia de cognitivo-conductual grupal transdiagnóstica para tratar los trastornos emocionales más frecuentes en AP. Esta terapia, de sólo 7 sesiones, es especialmente apropiada para el contexto de AP. En este trabajo se presenta el manual de tratamiento, sesión a sesión, con extractos que ilustran contenidos clave de las sesiones. Finalmente, se discuten las implicaciones de un protocolo de estas características en un momento en el que el psicólogo clínico y el residente de Psicología Clínica empiezan a estar presentes en AP en España.

© 2017 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Psychological treatment of emotional disorders in Primary Care: The transdiagnostic treatment manual of the PsicAP study

#### A B S T R A C T

A substantial percentage of primary care (PC) visits are motivated by some type of emotional disorder, especially depression, anxiety and somatization. These common mental disorders represent a significant burden for the people affected and for the society. Despite the availability of effective psychological therapies for these disorders, psychological interventions are rarely used in PC. The aim of the *Psychology in Primary Care* (PsicAP) project is to demonstrate the efficacy of a transdiagnostic cognitive-behavioural group therapy to treat the most prevalent emotional disorders in PC. This therapy, which involves only

#### Keywords:

Common mental disorders

Anxiety

Depression

Somatizations

Psychological treatment

Primary Care

Treatment manual

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cesar.gonzalezblanch@scsalud.es](mailto:cesar.gonzalezblanch@scsalud.es) (C. González-Blanch).

7 sessions, is especially appropriate for PC settings. In the present article, we present the treatment manual, session by session, with extracts that illustrate key contents of the sessions. Finally, we discuss the implications of a protocol of this type at a time when clinical psychologists and clinical psychology interns are starting to be integrated into the PC setting in Spain.

© 2017 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Los estudios epidemiológicos en España señalan que alrededor de una de cada 5 personas presentarán un trastorno mental a lo largo de su vida y que casi una de cada 10 los presentó en los últimos 12 meses (Haro et al., 2006). En las unidades de Atención Primaria (AP) los trastornos más prevalentes son los relacionados con la depresión (35,8%), la ansiedad (25,6%) y las somatizaciones (28,8%), y más del 10% de los casos cumplen criterios de los 3 trastornos (Roca et al., 2009). Estudios recientes realizados en Europa sitúan los trastornos mentales como la primera causa de pérdida de la calidad de vida expresada como años de vida ajustados a discapacidad y como el principal motivo de solicitud de una pensión por incapacidad (Wittchen et al., 2011).

La AP es la puerta de entrada en el sistema sanitario y más del 30% de las consultas tienen algún motivo psicológico. Sin embargo, la escasez de tiempo y de formación de los médicos para la aplicación de tratamientos psicológicos resulta en que, en la práctica, el único tratamiento que reciben es farmacológico. Esto es así pese a la eficacia constatada de los tratamientos psicológicos, principalmente la terapia cognitivo-conductual (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006), pese a su superioridad a largo plazo (Hollon, Stewart y Strunk, 2006) para los trastornos mentales más prevalentes y pese a la preferencia sabida de los pacientes por el tratamiento psicológico frente al farmacológico (Van Schaik et al., 2004).

Los tratamientos transdiagnósticos para trastornos de ansiedad y depresión en AP han demostrado la eficacia de intervenciones breves, con resultados similares a intervenciones de mayor intensidad, efecto que también es grande para las terapias en formato grupal (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish, 2015). De modo similar, las terapias psicológicas grupales en AP, comparadas con el tratamiento habitual, han mostrado una mejoría clínica con un efecto considerable al finalizar el tratamiento (Huntley, Araya y Salisbury, 2012). Atendiendo a estos datos de la investigación, el estudio Psicología en Atención Primaria (PsicAP) pretende comprobar la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual, en formato grupal, para los trastornos emocionales en AP (véase Cano-Vindel et al., 2016).

El consenso acerca de que las prácticas basadas en la evidencia son el procedimiento más responsable del profesional de salud mental es creciente, pero uno de los obstáculos de los clínicos es la accesibilidad a las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que han sido desarrolladas recientemente. Los talleres y la literatura científica, preferentemente, dan a conocer a los profesionales los últimos tratamientos psicológicos desarrollados en el ámbito clínico y su aplicabilidad a los pacientes (Barlow et al., 2015). En este sentido, el objetivo de este artículo es la presentación del manual de tratamiento del estudio PsicAP, especificando el contenido de cada una de las sesiones e introduciendo ejemplos que permitan ilustrar los contenidos clave desarrollados en ellas.

## Manual de tratamiento del estudio Psicología en Atención Primaria

El manual de tratamiento que se presenta en este artículo ha sido especialmente diseñado por Cano-Vindel (Cano-Vindel, 2011)

**Tabla 1**  
Cronograma de las actividades

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

para ser aplicado en un contexto de AP en formato de terapia grupal, desde un enfoque transdiagnóstico y con técnicas cognitivas y conductuales que han mostrado ser eficaces a la hora de tratar los trastornos emocionales.

El tratamiento grupal se compone de 7 sesiones de tratamiento psicológico de hora y media de duración, repartidas a lo largo de 4 meses, en subgrupos de 8-12 personas. La frecuencia temporal en el inicio será semanal o quincenal, con una progresiva ampliación del intervalo de tiempo entre sesiones al avanzar el tratamiento. Véase el cronograma de actividades de las 7 sesiones en la tabla 1.

### Guión de las sesiones de tratamiento

#### Sesión 1: Presentación y psicoeducación (1): Emoción sana y trastornos emocionales

El objetivo principal de la primera sesión consiste en proporcionar la información necesaria para que los participantes conozcan la naturaleza psicosocial (cognitivo-emocional-social) de los trastornos emocionales y adopten un papel activo en su tratamiento, asistiendo a todas las sesiones y realizando las tareas encomendadas.

#### Contenidos clave:

#### A. Presentación:

- Presentación del terapeuta y del proyecto PsicAP.
- Presentación de los participantes: nombres, derivación, síntomas o situaciones generadoras de malestar y expectativas.
- Presentación del grupo de tratamiento: objetivo general, funcionamiento, cronograma, uso de la página web ([www.desordenesemocionales.es](http://www.desordenesemocionales.es)) y normas de la terapia de grupo (puntualidad, confidencialidad, respeto, y aviso de no asistencia).

#### B. Psicoeducación (1):

- Emociones: básicas y complejas.
- Funcionalidad de las emociones: social y motivacional.
- Diferencia entre emociones adaptativas y trastornos emocionales.
- Manejo del estrés: dieta, descanso, ejercicio físico, organización del tiempo, solución de problemas y toma de decisiones, interpretación de situaciones y problemas, atribuciones y autoestima, relaciones con los demás, entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés.
- Ansiedad: teoría de los 4 factores (Eysenck, 1992) y sesgos cognitivos.

*Terapeuta: Como hemos comentado, todas las emociones básicas tienen una funcionalidad, nos sirven para sobrevivir y adaptarnos mejor al entorno. En cuanto a la ansiedad, ¿qué función creéis que puede tener?*

*Paciente: Puede ser que nos ayude a reaccionar y no quedamos parados.*

*Terapeuta: Efectivamente, ¿y qué estímulos os provocan ansiedad?*

*Paciente: A mí lo que más ansiedad me da son las reuniones de trabajo de los viernes, lo paso fatal e intento evitar el hablar en público. Siempre que puedo delego.*

*Terapeuta: En estas reuniones, ¿cómo notas la ansiedad? ¿Podrías localizarla en alguna parte de tu cuerpo?*

*Paciente: Me cuesta respirar, como si me apretara la corbata, pero también noto cómo se me acelera el corazón y una opresión en el pecho. Tengo que desabrocharme la chaqueta, pero no me la quito porque estoy empapado en sudor... Lo paso fatal, la verdad es que no entiendo por qué dices que la ansiedad es útil, a mí me bloquea completamente.*

*Terapeuta: La sensación de ahogo, la opresión torácica, las palpitaciones y la sudoración que mencionas son sensaciones fisiológicas habituales, características de la respuesta de ansiedad. Todas ellas tienen una utilidad y es que nos ayudan a responder rápidamente ante situaciones que pueden suponer una amenaza. Pero la ansiedad no solo se activa ante situaciones verdaderamente peligrosas, como puede ser un incendio, sino también ante situaciones que nosotros percibimos como amenazantes, aunque no supongan un peligro real para nuestra integridad física como, por ejemplo, una reunión de trabajo. Si ahora sonara la alarma de incendios, ¿se os acelerarían la respiración y el ritmo cardíaco?*

*Paciente: Supongo que sí.*

*Terapeuta: ¿Y qué utilidad creéis que tendría esto?*

*Paciente: Pues hacerte reaccionar para huir lo antes posible y alejarte del incendio.*

*Terapeuta: Eso es, ante el peligro todo el sistema nervioso se activa para protegernos. La respiración se acelera para introducir más oxígeno y el corazón late más deprisa para poder distribuir ese oxígeno por todo el cuerpo y que a través del torrente sanguíneo llegue a los músculos, que se pondrán en marcha para echar a correr y alejarse del peligro.*

*Pero aunque en la reunión de trabajo no haya un peligro real, al percibirla como amenazante, también se activan todas estas sensaciones y a veces la cámara de la atención se focaliza en ellas, en lugar de enfocarse hacia fuera y concentrarse en la reunión. ¿Al notar estas sensaciones alguna vez has tenido miedo de llegar a ahogarte o de tener un infarto?*

*Paciente: Pues sí, una vez hasta tuve que salir de la reunión e ir a urgencias pensando que estaba teniendo un infarto, pero luego me dijeron que había sido una crisis de ansiedad. Fue horrible, creí que me moría...*

*Terapeuta: Desde luego tuvo que ser una experiencia muy desagradable. Es importante saber que el focalizar la atención en estas sensaciones fisiológicas y percibirlas como peligrosas contribuye a aumentar la ansiedad y en consecuencia, a que las sensaciones se intensifiquen, pudiendo llegar a experimentar lo que llamamos una crisis de ansiedad.*

*Hablaremos de ello con más detenimiento en las próximas sesiones, sobre cómo cambiar la manera de interpretar lo que notamos en el cuerpo y también sobre cómo entrenar al sistema nervioso para dejar de percibir estas reacciones fisiológicas como algo amenazante a través de la exposición.*

**Figura 1.** Extracto de interacción que ejemplifica una reacción emocional adaptativa vs. desadaptativa.

- Distorsiones de la valoración cognitiva (importancia) y de la atención (tiempo dedicado a procesar información amenazante) centrada en la amenaza que alimentan la ansiedad.
- C. Introducción a las estrategias de autorregulación emocional:
  - Técnica de la respiración diafragmática: definición y práctica grupal.

La primera sesión comienza con la presentación del terapeuta y de los propios participantes. Se realiza una descripción de los componentes y del funcionamiento de la terapia de grupo así como de las normas, se proporciona el cronograma y los datos de contacto. Se facilita a los participantes el acceso a la página web [www.desordenesemocionales.es](http://www.desordenesemocionales.es) a través de unas claves personalizadas. En ella disponen de un amplio material de biblioterapia para continuar con el trabajo diario entre sesiones.

Se inicia la psicoeducación sobre las emociones, resaltando su valor adaptativo y señalando que la activación propia de la reacción emocional suele ayudar a desempeñar mejor las funciones cognitivas y a desarrollar conductas ajustadas a la situación, pero que un exceso de activación deja de ser útil, al llevar al bloqueo de las funciones ejecutivas y de la conducta (véase [fig. 1](#)).

Se transmite a los participantes que aprender a manejar el estrés y las emociones implica trabajar sobre sus 3 componentes: cognitivo, fisiológico y conductual. Se realiza la transmisión de la información especialmente adaptada a las disfunciones emocionales observadas en los participantes, utilizando modelos teóricos para explicar la intervención de varios casos concretos presentes en el grupo y contando con su colaboración para presentar ejemplos personalizados que faciliten la comprensión de la información proporcionada. Se señala cómo, en cada caso, destacan la magnificación de las amenazas concretas de cada uno y el exceso de tiempo

dedicado a pensar en su problema. Se subraya que uno de los objetivos principales del entrenamiento será aprender a disminuir estos 2 sesgos cognitivos.

A continuación, se introduce la técnica de respiración diafragmática, que tiene como objetivo disminuir la activación fisiológica, así como constituir una herramienta para la autorregulación emocional.

Los recursos utilizados en la primera sesión son el documento de presentación (cronograma y calendario, teléfono de contacto, página web y normas de la terapia de grupo), la hoja de información sobre relajación y la hoja de autorregistro para la respiración diafragmática.

Al final de esta sesión, se encomienda a los participantes una serie de tareas para casa: la lectura del documento de presentación, el acceso a la página web y biblioterapia y la práctica diaria de la respiración diafragmática con el rellenado de la hoja de autorregistro. Se hace hincapié en la importancia de realizarlas diariamente entre sesiones y de poner en práctica los conocimientos que se adquirirán a lo largo del tratamiento para consolidar los aprendizajes. En todas las demás sesiones, se finalizará con la entrega de las tareas para casa y se continuará insistiendo en su realización como parte imprescindible del tratamiento.

#### *Sesión 2: Psicoeducación (II): Estrés y afrontamiento. Relajación*

El objetivo de esta sesión consiste en dar a conocer el funcionamiento del sistema nervioso y las relaciones entre el estrés, su afrontamiento, las reacciones emocionales y la salud, así como reducir los niveles de activación psicofisiológica del sistema nervioso autónomo mediante estrategias de autorregulación emocional.

##### *Contenidos clave:*

- A. Resumen de la sesión anterior.
- B. Psicoeducación (II):
  - Definición y modelos de estrés: modelos de demandas y control (Karasek, 1979) y de esfuerzo y recompensa (Siegrist y Peter, 1996).
  - Fases del estrés.
  - Estrés: síntomas psicósomáticos.
  - Afrontamiento: modelo de la valoración cognitiva de Lazarus (Lazarus, 1966).
  - Relación entre cognición y emoción. Avance de algunas estrategias para restar importancia a las magnificaciones y al tiempo que cada uno dedica a prestar atención a sus amenazas.
- C. Estrategias de autorregulación emocional:
  - Repaso de la respiración diafragmática: revisión de la tarea para casa. Práctica grupal.
  - Relajación muscular progresiva (Jacobson, 1929): definición y práctica grupal.
  - Dinámica de cierre: *¿Podemos o no podemos reducir nuestra ansiedad?*

Al comienzo de la segunda sesión, así como en todas las siguientes, se realiza un resumen de la sesión anterior y el repaso de las tareas para casa, con la participación activa de los participantes. Ejemplo: *¿Qué vimos en la sesión anterior? ¿Qué dudas os han surgido? ¿Alguna novedad reciente acerca de vuestros problemas emocionales?*

Después se prosigue con la psicoeducación, revisando que los participantes estén utilizando los medios propuestos (página web, biblioterapia) para fomentar su rol activo en la búsqueda y uso de la información, y repasando y ampliando los contenidos impartidos.

Adicionalmente, se continúa explicando en qué consiste la relajación y su utilidad. La función de las técnicas de relajación puede ser explicada por el terapeuta de la siguiente manera:

*El motivo por el que vamos a entrenarnos en el uso de las técnicas de relajación es que os van a ayudar a reducir las manifestaciones de malestar emocional, esas reacciones fisiológicas que notáis en el cuerpo cuando os encontráis mal. Esto no tiene como objetivo eliminar las sensaciones fisiológicas ni tampoco parar las crisis de ansiedad, ya que lo que vamos a aprender más adelante es a dejar de interpretarlas de manera amenazante y a tolerar su aparición exponiéndonos a ellas, en lugar de intentar quitárnoslas de encima o evitar las situaciones en las que suelen aparecer.*

*Pero es importante aprender estas técnicas de relajación para poder rebajar los niveles basales de activación fisiológica a lo largo del día, para utilizarlas como herramientas de autorregulación emocional y para tener un mayor conocimiento del funcionamiento del sistema nervioso.*

Se transmite que se trata de un aprendizaje progresivo a medio plazo y se fomenta la práctica diaria de la relajación, ya que esta es imprescindible para el aprendizaje y para que resulte útil como estrategia de autorregulación emocional.

En esta sesión se proporcionan como recursos el documento de introducción a la terapia cognitiva, la hoja de autorregistro para la relajación y el CD de relajación muscular progresiva. En cuanto a las tareas para casa, se proponen la práctica y registro diario de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva (en formato CD), la lectura del documento de introducción a la terapia cognitiva y el acceso a la página web desordenesemocionales.com para la lectura de la información para el paciente.

#### *Sesión 3: Reestructuración cognitiva (I)*

El propósito de la tercera sesión es continuar incorporando estrategias de autorregulación emocional e introducir el uso de actividades agradables y del ejercicio físico. Además, se comienza a enseñar a los participantes a identificar estilos desadaptativos de pensamiento que pueden producir malestar emocional. En especial, la magnificación de las amenazas y de nuestros problemas, que hacen aumentar las reacciones de ansiedad. También, la autofocalización de la atención en dichos problemas y el exceso de tiempo dedicado a procesar información amenazante, que multiplican el nivel de ansiedad, aunque no nos encontremos en la situación problemática. En el caso de la tristeza y depresión, las distorsiones serán similares, aunque centradas en una pérdida.

##### *Contenidos clave:*

- A. Resumen de la sesión anterior.
- B. Estrategias de autorregulación emocional:
  - Revisión de las tareas para casa sobre relajación y respiración.
  - Introducción del empleo de actividades agradables y del ejercicio físico.
- C. Introducción a la terapia cognitiva (I):
  - Revisión de la tarea para casa sobre lectura del documento.
  - Pensamiento irracional vs. racional.
  - Modelo integrador de reestructuración cognitiva.
  - Distorsiones de pensamiento y sesgos cognitivos.
  - Modelos de expectativas y de atribuciones.

Los modelos cognitivos de la emoción defienden que la naturaleza e intensidad de las reacciones emocionales dependen de factores cognitivos que afectan al procesamiento de las situaciones, eventos o estímulos emocionales. Por lo tanto, la intervención cognitiva consiste en identificar y modificar los contenidos de la experiencia consciente, así como los procesos cognitivos que están implicados en la reacción emocional o en su regulación.

Se expone el concepto de pensamiento irracional, haciendo hincapié en la influencia de la presencia de una emoción intensa sobre la capacidad de pensamiento lógico y racional. Se habla de cómo el procesamiento emocional altera las funciones ejecutivas y del papel de los 2 cerebros: el que asume funciones de planificación,

*Terapeuta: Ya hemos hablado sobre cómo nuestra forma de interpretar un estímulo interno o externo y valorar si es amenazante, va a favorecer que experimentemos no ansiedad y que tendamos a cometer una serie de sesgos a la hora de procesar la información procedente de cuatro fuentes: la estimulación ambiental, la actividad fisiológica, la conducta y las cogniciones. ¿Alguien se anima a dar un ejemplo de algo que le produce ansiedad, para que entre todos identifiquemos dónde se está dando el sesgo?*

*Paciente: A mí, lo que me aterrorizan son las crisis de pánico. Lo pasó muy mal cuando me da una.*

*Terapeuta: Pues sí, es que las crisis de ansiedad pueden producir mucho malestar. En tu caso ¿dónde situarías la amenaza, en los estímulos internos o externos?*

*Paciente: En lo que siento por dentro, es como si perdiera completamente el control de mi cuerpo, no puedo respirar, parece que no me llega el aire a los pulmones y creo que me puedo llegar a ahogar.*

*Terapeuta: Claro, las crisis de ansiedad pueden derivar en interpretarse como amenazante y peligrosa la propia actividad fisiológica, pero estaríamos cometiendo un sesgo de interpretación al valorar como amenazante algo que no lo es, ya que no es posible ahogarse en una crisis de ansiedad. ¿Sabéis que aunque uno mismo intente contenerla la respiración tampoco puede ahogarse? Antes se perdería el conocimiento.*

*Y desde que experimentas las crisis, ¿dedicas mucho tiempo a prestar atención a las sensaciones corporales relacionadas, como tu respiración o los latidos del corazón?*

*Paciente: Sí, por ejemplo si subo una cuesta me agobia porque noto que se me aceleran la respiración y el corazón y me da miedo que se pueda desencadenar otra crisis. Siempre voy fijándome, pero cuando veo que se me aceleran y subo muy despacio. De hecho, he dejado de hacer deporte porque me agobia notar la respiración acelerándose.*

*Terapeuta: En este caso podríamos decir que también está presente el sesgo atencional, que consiste en dirigir la atención a aquello percibido como amenazante y a dedicarle un tiempo excesivo a procesar esta información. Es como si con la cámara de la atención estuviéramos constantemente en alerta e hipervigilantes y enfocáramos e hiciéramos un zoom para ampliar esa información ante la más mínima percepción de amenaza, olvidándonos de otros estímulos neutros o incluso positivos en nuestro entorno como, por ejemplo, observar el paisaje mientras paseas o disfrutar del deporte. Y entonces, cuando prestas mucha atención a estas sensaciones ¿dirías que aumentan o que disminuyen?*

*Paciente: Pues me ha pasado más de una vez que cuanto más intento controlar mi respiración más me ahogo y a veces deriva en otra crisis.*

*Terapeuta: Precisamente, porque cuanto más atención se le presta a la sensación de ahogo y más se intenta controlar una respuesta automática como es la respiración, más aumenta la ansiedad y con ello la sensación de ahogo.*

*Como veis, hemos identificado los dos sesgos más importantes que se suelen dar en los problemas de ansiedad: el sesgo interpretativo y el sesgo atencional. Tanto la magnificación de las amenazas como la focalización de la atención y el exceso de tiempo dedicado a procesar información interpretada como amenazante contribuyen a aumentar el nivel de ansiedad. Mediante estos sesgos se quiere desactivar o controlar las reacciones emocionales pero, paradójicamente, se contribuye a potenciarlas. Por ello, a lo largo de este tratamiento aprenderemos otras estrategias de regulación emocional, entre ellas, a reinterpretar la amenaza mediante la reestructuración cognitiva y a reducir la atención que se le presta y el tiempo que se dedica a ello.*

**Figura 2.** Extracto de interacción que ejemplifica la detección de sesgos cognitivos.

decisión voluntaria, conciencia, etc., versus el cerebro emocional que procesa estímulos emocionales y toma el control en casos de emergencia. Se pretende transmitir a los participantes la importancia de cuestionar la veracidad y la función de los propios pensamientos, para así poder distanciarse de ellos cuando no resulten adaptativos e ignorarlos o reestructurarlos en consecuencia.

Se presenta el modelo integrador de reestructuración cognitiva (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero y Wood, 2011; Dongil Collado, 2008; Vidal Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008), cuyo procedimiento implica diferentes fases:

**A. Información:** El terapeuta realiza la siguiente devolución a la persona: en qué consiste el problema, manifestaciones, situaciones temidas, emociones implicadas, cogniciones en la base de respuestas emocionales, procesos cognitivos alterados, respuestas fisiológicas condicionadas, intentos de regulación emocional fallidos y consecuencias.

**B. Autoobservación:** Este objetivo no se consigue simplemente con un autorregistro, sino que se trata de un aprendizaje complejo que puede abarcar la adquisición y manejo de muchos constructos cognitivos, como son los sesgos cognitivos, pensamientos distorsionados, esquemas disfuncionales, metacognición, valoración

*Terapeuta: Como hemos ido viendo, ante los estímulos internos y externos que provocan ansiedad, suele haber una percepción de amenaza que no siempre es realista, pudiendo llevamos a cometer los cuatro tipos de errores que hemos explicado. ¿Alguien se anima a compartir una situación ansiógena?*

*Paciente: A mí me provoca mucha ansiedad hablar con la gente con la que no tengo confianza... Me gustaría ir a las reuniones de padres del colegio, pero no me atrevo.*

*Terapeuta: Corrígeme si me equivoco, pero el hecho de haberte animado a venir a este grupo puede haber supuesto todo un reto para ti.*

*Paciente: Sí, de hecho al principio lo rechacé, pero decidí venir porque me dijeron que se venía a aprender habilidades y que no era un grupo de terapia de contarse la vida unos a otros.*

*Terapeuta: Efectivamente y quiero darte la enhorabuena por animarte a participar, que también contribuye al aprendizaje. Entonces si fueras a una reunión del colegio ¿qué temas que pudiera ocurrir?*

*Paciente: Pues me aterroriza hacer el ridículo y caer mal a todo el mundo.*

*Terapeuta: ¿Y en qué parte del cuerpo notas la ansiedad cuando interaccionas con otras personas?*

*Paciente: Me pongo roja, sudo... me tiembla todo, hasta la voz. Y pienso que todos me van a rechazar.*

*Terapeuta: Cuando sentimos ansiedad por dentro nos parece más visible de lo que es en realidad. Quieres decir que piensas que al notar que estás experimentando ansiedad, ¿todas las personas de la reunión van a rechazarte? ¿Qué probabilidad dirías que hay del 0 al 100 de que eso se cumpla?*

*Paciente: Pues de primeras suelo pensar que 100, que seguro que todas me rechazan.*

*Terapeuta: ¿Alguna vez has notado que otra persona se haya ruborizado o que tenga la voz temblorosa?*

*Paciente: Pues sí, muchas veces. Pero no le doy importancia, intento ayudar a que se distraiga incluso.*

*Terapeuta: A veces nos juzgamos a nosotros mismos con mayor dureza de lo que juzgamos a los demás ¿Es posible que otras personas no le den importancia al hecho de que se te esté notando el nerviosismo?*

*Paciente: Supongo que existe esa posibilidad sí, igual que yo no doy importancia a que le pase a otro.*

*Terapeuta: Pero supongamos que haces el ridículo, ¿cuáles serían las consecuencias de esto?*

*Paciente: Pues habrá algunos que me rechazarán o se reirán de mí y otros que no.*

*Terapeuta: Y si muchos de ellos te rechazaran, ¿cómo de importante sería para ti de 0 a 100?*

*Paciente: Creo que en el momento sería un 100, lo pasaría fatal.*

*Terapeuta: ¿Sería tan importante como para dejar de ir a las reuniones y así evitar hacer el ridículo?*

*Paciente: Pues no, me da mucha rabia estar evitándolas y no enterarme de primera mano de cosas que son importantes para mis hijos... Una de las cosas que me animó a venir aquí fue querer superar esto.*

*Terapeuta: ¿Y qué puedes hacer frente a esta amenaza percibida de hacer el ridículo?*

*Paciente: Pues lo mismo que he hecho con este grupo, venir Aquí no me ha ido tan mal.*

*Terapeuta: Parece una buena alternativa. ¿Y crees que podrías pedir ayuda a alguien para que te resultara más fácil acudir los primeros días a la reunión de padres?*

*Paciente: Pues claro, ahora va mi marido, pero podría proponerle el ir juntos, por lo menos al principio.*

**Figura 3.** Extracto de interacción que ejemplifica reestructuración de la valoración cognitiva sesgada.

cognitiva, atribuciones de causalidad, expectativas, autoeficacia percibida, autoestima, autoinstrucciones positivas, etc. Se abordan los sesgos cognitivos más frecuentes, con especial atención al sesgo atencional y al sesgo interpretativo (véase fig. 2.).

**C. Reestructuración cognitiva:** Para reducir los principales sesgos cognitivos, el paciente puede requerir el desarrollo de diferentes habilidades, que pueden ser entrenadas mediante el siguiente proceso: 1) entrenamiento en análisis y reevaluación cognitiva de amenazas para transformarlas en desafíos; 2) entrenamiento en focalización de la atención; 3) entrenamiento en solución

de problemas y 4) entrenamiento en mejora de la seguridad, autoeficacia percibida y autoestima.

Finalmente, para trabajar la motivación de los participantes, se presenta el modelo de expectativas y la profecía autocumplida (Rosenthal, 1974) para ilustrar la interacción entre la cognición y la conducta. También se introduce la teoría atribucional (Weiner, 1988) con sus 3 dimensiones de internalidad/externalidad, estabilidad/inestabilidad y controlabilidad/incontrolabilidad.

Los recursos utilizados en esta sesión son la hoja de registro de actividades agradables o ejercicio físico, el documento

*Terapeuta: Me gustaría que cada uno pensarais en alguna situación que os genera malestar emocional, relacionada con las creencias irracionales que hemos estado identificando.*

*Paciente: Yo tengo una, los fines de semana, cuando mi hija sale por ahí, me angustio muchísimo y lo paso fatal.*

*Terapeuta: ¿Identificas algún pensamiento que pueda estar empeorando tu malestar en esa situación?*

*Paciente: Pienso que le va a ocurrir algo malo, pero no puedo dormir y cada dos por tres la escribo o la llamo para saber que está bien.*

*Terapeuta: ¿Quieres decir que imaginas el peor de los resultados posibles?*

*Paciente: Exacto, ya sé que es irracional, nunca le ha pasado nada, pero en esos momentos me angustio como si ya lo hubiese pasado y no me fuera a coger el teléfono.*

*Terapeuta: ¿Te ayuda a tranquilizarte el llamarla por teléfono?*

*Paciente: Pues cuando me lo cogesiento muchísimo alivio.*

*Terapeuta: ¿Y ese alivio permanece toda la noche o vuelves a llamarla al poco tiempo?*

*Paciente: No, en realidad solo me dura unos minutos, luego me aguanto como puedo, pero siento cada vez más ansiedad y la vuelvo a escribir o llamar en media hora.*

*Terapeuta: Entonces, ¿consideras que llamarla cada media hora reduce o aumenta tu ansiedad a largo plazo?*

*Paciente: No sé, creo que cada vez es peor y cada fin de semana me resulta más difícil manejar la situación.*

*Terapeuta: Antes hemoshablado de conductas de seguridad que mantienen la ansiedad y no nos permiten desconfirmar la creencia irracional, ¿crees que las llamadas podrían estar cumpliendo esta función?*

*Paciente: Sí, supongo que me reafirmo en la creencia de que está en peligro y que necesita que yo me asegure de que está a salvo cada media hora.*

*Terapeuta: ¿Crees que la próxima vez podríamos probar algo distinto a lo que has probado hasta ahora?*

*Paciente: Bueno, supongo que por probar algo diferente... Quiero dejar de pasarlo tan mal.*

*Terapeuta: ¿Qué te parece si hacemos el experimento de no llamarla el próximo fin de semana que salga y vemos qué pasa entonces con tu ansiedad? Algo que podría ayudarte es restarle importancia a tus anticipaciones amenazantes. Cuando tú sales, es probable que no veas tanto problema como cuando sale tu hija. También te podría ayudar no estar todo el tiempo pendiente de su seguridad y dedicar más tiempo a ti misma, por ejemplo, a tus aficiones.*

*Paciente: No sé si me angustiaré más, pero vale puedo probar a ver qué pasa...*

*Terapeuta: Genial, nos lo cuentas en la próxima sesión. ¿Alguien más se anima a hacer un experimento de este tipo?*

**Figura 4.** Extracto de interacción que ejemplifica ideación de un experimento conductual.

de distorsiones de pensamiento y sesgos cognitivos y la hoja de registro de pensamientos irracionales. En cuanto a las tareas para casa, se proponen la práctica y registro de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva (CD), la práctica y registro de actividades agradables o ejercicio físico, el autorregistro (suceso/situación/cognición/respuesta fisiológica/emoción/conducta/consecuencias), la lectura del documento sobre distorsiones de pensamiento y sesgos cognitivos y el acceso a la página web [desordeneseemocionales.com](http://desordeneseemocionales.com) para la lectura de la información para el paciente.

#### Sesión 4: Reestructuración cognitiva (II)

Los objetivos de la cuarta sesión se centran en el aprendizaje de la modificación de estilos desadaptativos de pensamiento mediante la reestructuración cognitiva y el uso de autoinstrucciones positivas, así como la ideación de un experimento conductual.

##### Contenidos clave:

- A. Resumen de la sesión anterior.
- B. Revisión de las tareas para casa.
- C. Terapia cognitiva (II):
  - Tareas de la reestructuración de la valoración cognitiva sesgada y 4 errores comunes de interpretación.
  - Técnica para reducir el sesgo atencional centrado en amenazas: tiempo que dedican los pacientes a pensar en una de las fuentes de su ansiedad, ya sea la situación, las sensaciones físicas, la conducta o los pensamientos.
  - Introducción a las autoinstrucciones positivas.
  - Introducción a la ideación de un experimento conductual.

En la cuarta sesión se continúa poniendo en práctica la reestructuración cognitiva y se trabaja con muestras concretas de sucesos emocionales vividos por los pacientes en la última semana, utilizando el autorregistro realizado como tarea para casa. Se les muestra cómo pueden enfocar dichos sucesos desde una nueva perspectiva cognitivo-emocional y cómo pueden restaurar esa autorregulación emocional mediante cambios en el procesamiento de la información.

Para ello, se presentan las 3 tareas que forman parte de la reestructuración cognitiva:

1. Identificación de los procesos cognitivos que pueden generar ansiedad.
2. Identificación de los errores cometidos en esos procesos.
3. Cambio final de los errores cometidos por procesos más adaptativos y pensamientos más racionales.

La tarea de la reestructuración de la valoración cognitiva sesgada se lleva a cabo mediante el razonamiento de los 4 errores cognitivos de interpretación más comunes y la contrastación empírica (véase [fig. 3.](#)). También se propone utilizar el humor como técnica que puede ayudar a reducir nuestras propias magnificaciones.

Para complementar la reestructuración cognitiva y fomentar la generación de pensamientos alternativos, se presenta el modelo de autoinstrucciones positivas ([Meichenbaum, 1977](#)). Finalmente, se introduce la ideación de un experimento conductual como reto ante los pensamientos irracionales detectados y se anima a los participantes a autoasignarse un experimento como tarea para casa.

En esta sesión se utiliza el recurso del documento sobre la reestructuración cognitiva y los 4 errores. Respecto a las tareas para casa se proponen la práctica y registro de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva (CD), la práctica y registro de actividades agradables o ejercicio físico, la práctica y registro de las tareas de reestructuración cognitiva y el acceso a la página web

[desordeneseemocionales.com](http://desordeneseemocionales.com) para la lectura de la información para el paciente.

#### Sesiones 5 y 6: Reestructuración cognitiva (III) y resolución de problemas

En estas sesiones se pretende lograr la modificación de estilos desadaptativos de pensamiento utilizando la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones positivas. Asimismo, se hace uso de la técnica de exposición mediante la ideación de experimentos conductuales individualizados para la desconfirmación de creencias irracionales, procurando eliminar las posibles conductas de seguridad. Por último, se realiza un entrenamiento en la técnica de resolución de problemas.

##### Contenidos clave:

- A. Resumen de la sesión anterior.
- B. Revisión de las tareas para casa.
- C. Terapia cognitivo-conductual (III):
  - Discusión cognitiva de nuevas ideas irracionales.
  - Ideación de experimentos conductuales para cada participante.
  - Autoobservación, control de estímulos, entrenamiento conductual reforzado, exposición sin conductas de seguridad, entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- D. Resolución de problemas.
- E. Atribuciones causales y autoestima.

En las sesiones 5 y 6 se continúa trabajando la reestructuración cognitiva, pero se introducen de manera complementaria las técnicas conductuales. Durante el trabajo con la reestructuración cognitiva, es necesario resaltar la utilidad de exponerse a los estímulos ansiógenos en un contexto controlado, siguiendo los principios de aproximaciones sucesivas y de refuerzo. Al exponerse al estímulo ansiógeno bajo estas condiciones, se puede producir una habituación o disminución de la respuesta de ansiedad, así como un aprendizaje de la tolerancia propia a experimentar las reacciones de ansiedad; especialmente, si se han adquirido y se han usado durante la exposición algunos elementos de la reestructuración cognitiva que puedan ayudar a manejar mejor las amenazas presentes en la situación que se desea afrontar. De esta manera, se consolida el proceso de reestructuración cognitiva, desconfirmando las creencias y consecuencias negativas anticipadas que llevaban a la evitación (véase [fig. 4](#)).

Estas sesiones incluyen un paquete de tratamiento compuesto por varias técnicas psicológicas que se inician en consulta para después practicarlas diariamente en casa: autoobservación, control de estímulos, entrenamiento conductual reforzado, exposición sin conductas de seguridad y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Adicionalmente, se realiza una introducción a la técnica de resolución de problemas ([D'Zurilla y Goldfried, 1971](#)), utilizando uno de los ejemplos proporcionados por los participantes.

En la sesión se revisan los sucesos emocionales vividos recientemente, se refuerzan los logros y se corrigen errores, poniendo más tareas para casa que implican ensayo, práctica, refuerzo, corrección y exposición progresiva.

Se utiliza como recurso el documento sobre la técnica de resolución de problemas. Se proponen como tareas para casa la práctica y registro de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva (CD), la práctica y registro de actividades agradables o de ejercicio físico, la autoaplicación y registro de la reestructuración cognitiva, la autoaplicación y registro de la técnica de resolución de problemas, la realización y registro de experimentos conductuales y el acceso a la página web [desordeneseemocionales.com](http://desordeneseemocionales.com) para la lectura de la información para el paciente.



*Paciente: He notado cambios a mejor en estos meses, pero me preocupa volver a encontrarme mal después de haber terminado la terapia.*

*Terapeuta: Me alegra saber que has notado una mejoría tras todo el trabajo que habéis realizado y es lógico que os preocupe la posibilidad de volver a encontraros mal. ¿Se te ocurre alguna situación en concreto que pudiese precipitar una recaída?*

*Paciente: Después de tanto tiempo sin crisis de ansiedad, si me volviese a dar una, por ejemplo, en el autobús de camino al trabajo, no sé si me volvería a hundir.*

*Terapeuta: Es posible que en un momento dado aparezca una crisis de ansiedad inesperada. ¿Qué podrías hacer si te sucediera en el autobús?*

*Paciente: Pues sé que no es bueno evitar, pero creo que mi primer impulso sería bajarme en la primera parada y no ir a trabajar ese día.*

*Terapeuta: Supongamos que no vas a trabajar y vuelves a casa ¿cómo interpretarías tu sistema nervioso este escape?*

*Paciente: Me daría tranquilidad refugiarme en casa, pero supongo que mi sistema nervioso lo registraría como si hubiera huido de un peligro real.*

*Terapeuta: Efectivamente, el sistema nervioso podría volver a coger miedo a las sensaciones fisiológicas asociadas a la crisis de ansiedad. ¿Crees que en los próximos días esto podría influir en que aparecieran*

*Paciente: Probablemente empezaría a agobiarme más al coger el autobús con tanta gente por las mañanas, no poder respirar bien y sobre todo no poder salir y puede ser que ese agobio acabase en crisis, claro.*

*Terapeuta: Vamos a imaginar que ha sido así, que ese primer día no pudiste quedarte sentado experimentando la crisis de ansiedad hasta el final del trayecto y que han empezado a aparecer las crisis con más frecuencia. ¿Cómo podrías afrontar esta situación?*

*Paciente: Pues supongo que volviendo a poner en práctica lo que he aprendido en el grupo.*

*Terapeuta: Tras tu experiencia estos meses, ¿podrías especificar qué habilidades crees que te resultarían más útiles?*

*Paciente: La exposición a las sensaciones interoceptivas me ayudó mucho a perder el miedo a ahogarme... Podría utilizar también la reestructuración cognitiva sobre las consecuencias de las crisis... Y, sobre todo, creo que sería importante dejar de evitar, subirme al autobús todos los días para ir a trabajar.*

*Terapeuta: ¡Buen trabajo! Este es el objetivo principal del grupo, que una vez finalizado el tratamiento, podáis seguir poniendo en práctica las habilidades aprendidas y seáis vuestros propios terapeutas.*

**Figura 5.** Extracto de interacción que ejemplifica la prevención de recaídas.

#### Sesión 7: Prevención de recaídas y cierre

Los objetivos de la última sesión consisten en repasar y reforzar las estrategias cognitivo-conductuales de autorregulación emocional aprendidas en las sesiones anteriores y en reducir la posibilidad de recaídas mediante el aprendizaje de técnicas de prevención.

##### Contenidos clave:

- A. Resumen de la sesión anterior.
- B. Revisión de las tareas para casa.
- C. Refuerzo de las estrategias de discusión cognitiva y resolución de problemas.
- D. Metacognición y *mindfulness*.
- E. Técnicas de prevención de recaídas:
  - Mantener el uso de estrategias que han resultado útiles.
  - Caída vs. recaída. Fracaso vs. reto/opportunidad.

- Identificación de áreas o situaciones de riesgo.
  - Aceptación de emociones y situaciones desagradables.
- F. Dinámica de cierre.

En la última sesión se aborda la prevención de recaídas, señalando que estas no significan una vuelta al principio, una pérdida total de las ganancias terapéuticas ni un fracaso, sino un nuevo reto que hay que superar y una oportunidad para aprender más y consolidar lo aprendido (véase [fig. 5](#)).

Se completa la sesión con un repaso general de todo lo aprendido y una generalización a problemas similares que puedan surgir en el futuro, resaltando siempre que para superar dichas dificultades se poseen ahora nuevas habilidades de afrontamiento. Estas habilidades se continúan desarrollando a través de la práctica con

dichas técnicas, las cuales se han mostrado útiles para superar los problemas actuales.

## Conclusiones

El objetivo de este artículo era la presentación detallada, sesión a sesión, de un protocolo de tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado ser eficaces, pensadas para su uso en el contexto de los centros de salud de AP. Su idoneidad para ese contexto se deriva de su brevedad (solo 7 sesiones) y de su enfoque transdiagnóstico, que permite su aplicación grupal en personas con trastornos emocionales altamente prevalentes en la población general y, en particular, en AP: trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfos de intensidad entre leve y moderada. Los resultados preliminares del estudio PsicAP indican que su uso en AP supone beneficios entre 3 y 4 veces superiores al tratamiento habitual del médico de AP, dependiendo de la variable de resultado en la que nos fijemos (Cano-Vindel, 2017).

El protocolo contempla un amplio número de técnicas cognitivas y conductuales basadas en la evidencia científica, con una selección y adaptación específica del tratamiento al perfil de los problemas emocionales que presentan los participantes. Por ello, se fomenta la participación activa, el uso de registros entre sesiones y el trabajo en el grupo con ejemplos recientes y concretos de su vida diaria, lo que contribuye a la realización de un tratamiento individualizado dentro del formato grupal. El tratamiento grupal proporciona beneficios propios como son, entre otros, la reducción del estigma como consecuencia del descubrimiento de que los propios problemas no son únicos; el disponer de múltiples modelos, puntos de vista y fuentes de información; el desarrollo de habilidades sociales o el incremento de la motivación y adherencia al tratamiento asociado al apoyo social mutuo.

En un contexto en el que hay una alta prevalencia de trastornos mentales para los que existen tratamientos psicológicos eficaces, pero que solo llegan a una pequeña parte de los afectados (Codony et al., 2007) o que solo se reciben de un modo mínimamente adecuado (Fernández, Haro, Codony, Vilagut, Martínez-Alonso, Autonell y Alonso, 2006), es esencial disponer de protocolos como el presente, que pueden facilitar el acceso al tratamiento indicado, con un coste bajo, a un conjunto amplio de personas y en tiempos cortos. Aunque la aplicación de este protocolo en el estudio PsicAP tiene una duración de unos 4 meses (Cano-Vindel et al., 2016), nada impide que las 7 sesiones de tratamiento puedan aplicarse en marcos temporales algo más breves, sin que eso deba restar eficacia. Del mismo modo, la investigación y la práctica clínica nos ayudarán a determinar los elementos mejor aceptados o los más eficaces, las características asociadas a la respuesta al tratamiento y, en última instancia, a orientarnos hacia oportunos refinamientos de este protocolo.

El protocolo puede presentar algunas limitaciones en relación con la reducción de la flexibilidad que supone el uso de un tratamiento manualizado, pudiendo verse disminuida la atención individualizada por la programación de unos contenidos determinados para cada sesión grupal. En cualquier caso, esto puede atenuarlo el terapeuta mediante la adaptación de los contenidos y técnicas en función de las necesidades de los participantes y de la adecuación del ritmo del tratamiento a todos los miembros que conforman el grupo. A esto se añade la ventaja que aporta el encuadre dentro de un modelo escalonado de tratamiento, que supone que quienes no se benefician de este tratamiento temprano y breve pueden recibir tratamientos más intensivos posteriormente.

Otra posible limitación podría ser el hecho de que los trastornos mentales graves, en sus fases iniciales o prodrómicas, presentan un malestar emocional que puede confundirse con los propios de los problemas de ansiedad o de ánimo leves. Sin embargo, las

habilidades entrenadas para el manejo del malestar emocional, si bien pueden no frenar el desarrollo del trastorno, son indicadas igualmente para el manejo de la ansiedad y depresión comórbidas, por ejemplo, en el caso de los trastornos psicóticos, y pueden facilitar la búsqueda de ayuda en un contexto sanitario.

Las competencias propuestas para el psicólogo clínico en AP son múltiples y no se limitan a la faceta aplicada (manejo, evaluación, intervención o consultoría) (McDaniel et al., 2014). En este sentido, debe reconocerse que el presente protocolo no es la única, ni siquiera la principal función del psicólogo clínico en AP, pero sí debería estar dentro de sus competencias básicas en este campo aplicar tratamientos de estas características, ya sea en el formato grupal, para el que este ha sido pensado, o individual. Si bien existe un largo debate sobre la eficacia de las distintas psicoterapias (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017) y el arsenal terapéutico de un psicólogo clínico debe ser más amplio que la aplicación de las técnicas de este protocolo, es esencial que, en el contexto de la AP, el psicólogo clínico esté en condiciones de ofrecer terapias de baja intensidad de acuerdo con las recomendaciones de las guías clínicas para los trastornos mentales más prevalentes. La ampliación de 3 a 4 años del programa del psicólogo interno residente en España, con una rotación específica en los centros de salud de AP (Orden SAS/1620/2009), y, más recientemente, la contratación de algunos psicólogos clínicos para su incorporación a centros de salud de AP, hace que la disponibilidad de este tipo de protocolos resulte especialmente oportuna.

Dado que, en esencia, este protocolo de tratamiento pretende dotar al paciente de recursos para manejar por sí mismo el malestar emocional asociado a situaciones adversas o estresantes, puede valer para inspirar adaptaciones para poblaciones con características especiales como es el caso de las personas con enfermedades médicas crónicas, que suponen en torno al 80% de las consultas en AP (MSSSI, 2012).

En definitiva, el protocolo presentado aquí, sencillo, breve y basado en técnicas de probada eficacia, pretende contribuir a facilitar el acceso al tratamiento psicológico a personas con trastornos emocionales que son atendidas en el primer nivel asistencial, pero en el que, por lo general, solo pueden optar a psicofármacos, en no pocas ocasiones fuera de sus indicaciones de uso. Este protocolo puede utilizarse como tratamiento de primera línea, dentro de un modelo de cuidados escalonados, antes de recurrir a intervenciones de mayor complejidad y coste.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses*. *Clinical Psychological Review*, 26, 17–31.
- Cano-Vindel, A. (2011). *Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización*. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157–184.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M. y Wood, C. M. (2011). *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización*. *Información Psicológica*, 102, 4–27.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P. y Santolaya, F. (2016). *Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP Study): Protocol for a randomized controlled trial*. *JMIR Research Protocols*, 5, e246.
- Cano-Vindel, A. (2017). *El tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: resultados del ensayo PsicAP*. Simposio presentado en el III Congreso Nacional de Psicología, Oviedo.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. y Haro, J. M. (2007). *Utilización de los servicios de salud mental en la población general*

- española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría: Acepti*, (35 Suppl 2), 21–28.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265–288.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Londres: Erlbaum.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J. y Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38, 94–106.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., & Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*, 126(12), 445–451.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Huntley, A., Araya, R. y Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 184–190.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Oxford, Inglaterra: University of Chicago Press.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C. y Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69, 409–429.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España (MSSSI). (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 15 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 6, 185–192.
- 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 Psychological Review*, 40, 91–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 146, de 17 de junio de 2009, pp. 51210 a 51236 [consultado 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107>.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García Campayo, J. y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52–58.
- Rosenthal, R. (1974). *On the social psychology of self-fulfilling prophecy: Further evidence for Pygmalion effects and their mediating mechanisms*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Siegrist, J. y Peter, R. (1996). *Measuring effort–reward imbalance at work: Guidelines*. Düsseldorf: Heinrich Heine University.
- Van Schaik, D. J., Klijn, A. F., van Hout, H. P., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M. y van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 184–189.
- 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.
- Weiner, B. (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 99–104.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. y Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.