



ORIGINAL

Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria



V. Antón-Menárguez^{a,c}, B. Jareño^{a,c}, I. Lara-Espejo^{a,c}, M. Redondo-Jiménez^{b,c,*}
y P. García-Marín^{b,c}

^a Unidad de Salud Mental, Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

^b Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

^c Elche

Recibido el 21 de septiembre de 2017; aceptado el 8 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Intervención
psicológica;
Grupal;
Transdiagnóstica;
Atención primaria;
Ansiedad

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de la aplicación de un tratamiento psicológico grupal, realizado en el servicio de atención primaria por psicología clínica, dirigido a reducir sintomatología ansiosa siguiendo un modelo transdiagnóstico.

Material y métodos: La evaluación se realizó mediante el cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form A* (CORE-SFA). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual grupal de 4 sesiones de duración, con una frecuencia semanal, que incluía como componentes psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, higiene del sueño, solución de problemas, técnicas de relajación y manejo del tiempo. Los datos del estudio fueron recabados entre enero de 2015 y octubre de 2016, con una muestra total de 48 pacientes.

Resultados: Con la intervención, como se evidencia en la evaluación pretest-posttest, se consiguió una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa. Además, un 79,2% de los pacientes recibieron el alta tras la intervención grupal.

Conclusiones: Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal en atención primaria para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva subclínica.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: redondo_mai@gva.es (M. Redondo-Jiménez).

KEYWORDS

Psychotherapy;
Group;
Trans-diagnostic;
Primary health care;
Anxiety

Effectiveness of psychological intervention by groups in Primary Care**Abstract**

Objective: The aim of this study is to analyse the efficacy of a trans-diagnostic psychological therapy group aimed at reducing anxiety symptomatology. This was delivered within a Primary Care setting by clinical psychology.

Material and methods: The assessment was completed through the outcome measure Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form A (CORE-SFA). The intervention consisted of a Cognitive Behavioural Therapy group that delivered one session a week for 4 weeks. Components of this therapy included: psycho-education, cognitive restructuring, assertiveness training, sleep hygiene, problem solving, relaxation techniques, and time management. The data for this study was collected between January 2015 and October 2016, with a sample of 48 patients.

Results: Results from the data collected demonstrated a statistically significant reduction of the anxiety symptomatology. Moreover, 79.2% of the sample was discharged from services following this group intervention.

Conclusions: The clinical implications of this study are discussed, supporting the efficacy of a trans-diagnostic Cognitive Behavioural Therapy group in a Primary Care setting for the treatment of symptoms of sub-clinical anxiety and depression.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Actualmente los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo son los diagnósticos psicológicos más frecuentes^{1,2}. Según los últimos datos recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)³, el trastorno de adaptación es el más prevalente, alcanzando cifras del 50% en consulta. Suponen además un gran porcentaje de las consultas psicológicas realizadas en atención primaria⁴, de las cuales se estima que solo un 10% se derivan a salud mental^{5,6}, aumentando considerablemente la presión asistencial en medicina de atención primaria. Desde hace unos años, se analiza la necesidad del trabajo multidisciplinar en atención primaria⁷ en diversos países como Estados Unidos^{8,9} o China¹⁰ con diferentes programas¹¹. A su vez, se han estudiado tanto las competencias necesarias para la implantación de la figura del psicólogo en atención primaria como las funciones que se pueden desempeñar^{12,13}.

La psicología clínica en atención primaria es un dispositivo intermedio entre las unidades de medicina de atención primaria y las unidades especializadas de salud mental. Supone una intervención temprana en pacientes que presentan sintomatología leve, manteniendo su nivel de funcionalidad y previniendo su cronicidad^{2,4}. Como ejemplo de implantación de este tipo de dispositivo se puede hacer referencia al programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) en Reino Unido, cuyos resultados sitúan la recuperación, tras la atención en primaria, entre el 45 y el 65%^{14,15}. Con todo ello la intervención psicológica en atención primaria permite una intervención precoz y breve a la vez que disminuye la carga asistencial en atención primaria optimizando los recursos psicológicos^{4,16,17}. Además, contribuye a la no medicalización de los problemas cotidianos¹⁷.

Por otro lado, está demostrado que la aplicación sistemática de la terapia cognitivo-conductual es clínicamente efectiva y eficiente^{17,18}. Asimismo, guías clínicas como la *The National Institute for Health and Care Excellence* (guía NICE) proponen que la primera opción de tratamiento para ansiedad y depresión debería ser la terapia cognitivo-conductual en atención primaria¹⁸. Con ello, la mayoría de los estudios sobre terapia psicológica breve en atención primaria emplean estrategias cognitivo-conductuales, tal y como se afirma en el metaanálisis del grupo de Cape¹⁹.

Por su parte, se ha comprobado que el formato grupal resulta eficiente en etapas tempranas del tratamiento¹⁸ aumenta el apoyo social, supone un afrontamiento de situaciones sociales, favorece la percepción de normalización, moviliza recursos personales, promueve las habilidades sociales y reduce el aislamiento¹⁶. Además los pacientes señalan una alta satisfacción y aceptación de la intervención grupal²⁰.

Se han implementado diferentes programas grupales en atención primaria con buenos resultados, como la psicoterapia grupal del duelo²¹. En otro estudio exploratorio se analizó la efectividad de un grupo de mindfulness en atención primaria para pacientes con depresión y ansiedad. Tras el tratamiento grupal se redujeron significativamente las puntuaciones de ansiedad y depresión, medidas a través del *Beck Anxiety Inventory* (BAI) y del *Beck Depression Inventory* (BDI)²². Por lo tanto, el tratamiento grupal cuenta con investigaciones que avalan su eficacia como herramienta terapéutica poderosa²³. Como añadidura se consiguen optimizar los recursos para dar respuesta a la demanda asistencial y la saturación de servicios²⁴, incluso algunos estudios muestran que la terapia individual aumenta el uso de recursos en comparación con la grupal¹.

Por otra parte, diversas investigaciones afirman que el uso de grupos transdiagnósticos podría aumentar la eficiencia de los tratamientos basados en la evidencia¹⁸. Es decir, la evidencia de los modelos de tratamiento transdiagnóstico de la ansiedad está aumentando en la actualidad, asumiendo que individuos con diagnósticos diferentes de trastornos de ansiedad pueden ser tratados con el mismo protocolo de tratamiento²⁵. Se ha comprobado que el grupo transdiagnóstico puede ser efectivo en trastornos mentales comunes en atención primaria²⁶. De hecho, según la revisión llevada a cabo por Newby et al.²⁷, las aproximaciones de tratamiento basadas en un enfoque transdiagnóstico en lugar de en categorías diagnósticas específicas han resultado tener diversas ventajas. En primer lugar, hay una gran evidencia de que los trastornos de ansiedad y depresión comparten procesos etiológicos y de mantenimiento similares. En segundo lugar, los tratamientos específicos prestan poca atención a la comorbilidad presente en este tipo de trastornos. Y en tercer lugar, a pesar de la utilidad de las categorías diagnósticas también existen limitaciones en la fiabilidad y validez de las mismas, dado que hay una considerable heterogeneidad dentro de ellas y poca discriminación entre distintos desórdenes emocionales. Por su parte, su utilidad en atención primaria radica en que se puede agilizar la lista de espera al poder hacer uso de grupos heterogéneos de pacientes¹⁸. Por ejemplo, en Estados Unidos se compararon los resultados del tratamiento habitual con un grupo transdiagnóstico que englobaba los trastornos de ansiedad generalizada, pánico, ansiedad social y estrés postraumático²⁸.

Por su parte el grupo de Houghton aplicó en Reino Unido un protocolo grupal cognitivo conductual para ansiedad compuesto por 4 sesiones. Los resultados también fueron evaluados con el cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-outcome Measure* (CORE-OM)²⁰.

En esta misma línea, en España Osma et al.²⁹ están llevando a cabo un estudio para evaluar la eficacia de un protocolo unificado para el tratamiento de los desórdenes emocionales dentro del sistema nacional de salud. Estos autores apuntan que este tipo de intervención transdiagnóstica puede tener diversas ventajas: 1) permite a los clínicos usar el mismo tratamiento para una gran variedad de trastornos psicológicos. 2) Esto puede ayudar a reducir en gran medida las listas de espera, lo que a su vez reduciría el tiempo de sufrimiento de los pacientes. 3) Permite que en contextos como el español, donde debido a las largas listas de espera los pacientes son tratados con una frecuencia muy inferior a la que se debería, estos puedan ser vistos más asiduamente. 4) Finalmente, existen evidencias de que la terapia grupal aporta beneficios superiores a la terapia individual, como la facilitación del apoyo social, la reducción del aislamiento, el aprendizaje de la experiencia ajena, entre otros.

Con todo ello, el objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de la aplicación de un tratamiento psicológico grupal, realizado en el servicio de atención primaria por psicología clínica, dirigido a reducir sintomatología ansiosa siguiendo un modelo transdiagnóstico.

Material y métodos

Participantes

En el presente estudio participaron un total de 48 pacientes (un 60,4% mujeres y un 39,6% hombres) derivados tanto por Psicología Clínica de atención primaria (95,8%) como por Medicina de atención primaria (4,2%) de los centros de salud pertenecientes al Departamento 20 de la Consejería de Sanidad, en Elche (Alicante). La mortandad experimental fue del 50%, dado que únicamente finalizaron la terapia grupal (y realizaron la postevaluación) 48 de los 96 pacientes que la iniciaron.

El rango de edad de los participantes estuvo comprendido entre los 18 y 73 años ($M = 43,46$; $DT = 11,69$).

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Los criterios de derivación e inclusión en el estudio fueron:

Pacientes con problemática psicosocial o sintomatología afectiva que cursan con síntomas de ansiedad subclínicos (como crisis sintomáticas limitadas, síntomas de estrés, síntomas de ansiedad, etc.), es decir, sin gravedad suficiente como para ser tratados en atención especializada (Salud Mental).

Pacientes con trastorno adaptativo que no cumplieran criterios para ser diagnosticados de trastorno de ansiedad o depresión de gravedad moderada o severa.

Se consideraron como criterios de exclusión para el tratamiento grupal, la presencia activa de cuadros afectivos, psicóticos y trastornos de personalidad (según criterios del CIE-9) que pudieran interferir con el normal desarrollo del grupo. En estos casos, los pacientes eran derivados a Salud Mental para recibir una atención especializada.

En la figura 1 se muestra la prevalencia de los síntomas incluidos en el grupo de tratamiento.

Como podemos observar, los síntomas relacionados con el trastorno adaptativo fueron los más prevalentes en nuestra muestra con un 56,3% de los casos, que, apareciendo

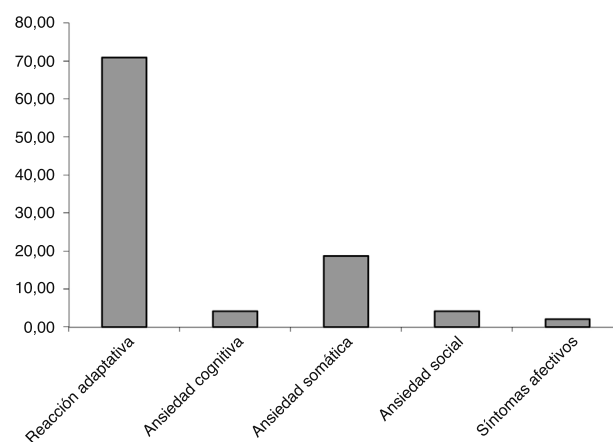


Figura 1 Prevalencia del tipo de síntomas presentados por los participantes (%).

Tabla 1 Contenido sesiones de tratamiento grupal

Sesión	Objetivo	Contenidos
1. <i>Ansiedad y relajación</i>	- Conocer concepto de ansiedad - Identificar señales - Concepto relajación - Puesta en práctica de respiración abdominal y relajación muscular progresiva	- Psicoeducación: qué es la ansiedad, utilidad, patología, etc. - Componentes de la ansiedad - Entrenamiento en relajación muscular y en respiración abdominal como técnica de relajación - Tareas para casa: registro componentes ansiedad y práctica relajación
2. <i>La conducta asertiva</i>	- Conocer concepto de asertividad - Utilidad de la asertividad como prevención de la ansiedad - Entrenamiento y puesta en práctica de fórmulas asertivas en las relaciones interpersonales	- Revisión tareas para casa - Psicoeducación sobre la asertividad, continuo pasividad-agresividad - Práctica técnicas asertivas - Tareas casa: registro situaciones relacionales e identificación de componentes pasivos, asertivos y agresivos. Práctica relajación
3. <i>Técnicas cognitivas</i>	- Concepto de pensamientos automáticos negativos (PANS) - Aprender a identificar PANS y distorsiones cognitivas - Aprender a retar PANS. - Aprender a utilizar técnica de solución de problemas (SP)	- Revisión tareas para casa. - Psicoeducación sobre los PANS y las distorsiones cognitivas. - Entrenamiento en reestructuración cognitiva. - Entrenamiento en SP. - Tareas casa: registro y discusión de PANS. Puesta en práctica de la SP. Práctica relajación
4. <i>Ocio y tiempo libre</i>	- Identificar determinantes de salud y bienestar - Conocer la importancia del descanso y las actividades agradables como forma de prevenir la ansiedad - Identificar actividades placenteras - Puesta en marcha	-Revisión tareas casa - Psicoeducación: gestión del tiempo, programa actividades ocio. Importancia del ejercicio físico. La metáfora de la «olla a presión» - Tareas casa: programación de actividades de ocio y tiempo libre. Puesta en práctica. Práctica reestructuración cognitiva, asertividad y relajación

comórbidos a otros problemas psicológicos diversos (14,6%), constituyó un total del 60,9% de los casos. El siguiente grupo más relevante fue el de síntomas relacionados con el trastorno de pánico y/o agorafobia con un porcentaje del 18,8%. Menos prevalentes en la muestra fueron síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y de otras fobias específicas, ambos con un porcentaje del 4,2%, siendo el de menor prevalencia, con un 2,1% el grupo de síntomas relacionados con el trastorno del estado de ánimo.

Procedimiento

El estudio se desarrolló entre enero de 2015 y octubre de 2016. Los pacientes incluidos en él podían ser derivados, según los criterios de inclusión anteriormente descritos, directamente por Medicina de atención primaria o por Psicología Clínica de atención primaria en el caso de que iniciaran tratamiento psicológico en esta unidad.

Los grupos de terapia estuvieron conformados por un número de entre 6 y 12 pacientes cada uno. La duración total de la intervención grupal fue de 4 sesiones semanales de hora y media de duración. En todas las sesiones se dedicaron los últimos 30 min a realizar un ejercicio de relajación muscular. En la [tabla 1](#) se especifica el contenido de las sesiones, cuyo diseño fue elaborado por el equipo investigador, teniendo en cuenta cuestiones prácticas, como las

necesidades del servicio (ofrecer una atención frecuente) y las de los pacientes (que, por cuestiones laborales, no se implican en grupos con mayor número de sesiones). Los contenidos se desarrollaron atendiendo a la evidencia clínica.

Una vez finalizada la intervención grupal los pacientes fueron dados de alta, o pudieron continuar en seguimiento individual por la unidad, en función de la mejoría clínica de cada uno.

Variables e instrumentos

Versión española del Cuestionario de Evaluación de Resultados: CORE-OM^{30,31}.

El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme compuesto de 34 ítems (se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 hasta 4, de manera que mayor puntuación indica mayor grado de síntomas o problemas) que evalúan el estado del paciente a partir de una serie de dimensiones definidas como:

Bienestar subjetivo (W). Problemas/síntomas (P). Funcionamiento general (F). Riesgo (R).

En el presente estudio se ha utilizado la versión *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form A (CORE-SFA)*, la cual se administró en las sesiones 1.^a (pretest) y 4.^a (posttest) para evaluar la eficacia de nuestra intervención a

Tabla 2 Resultados variables CORE-SF tras intervención

Variable	Media pre (DT)	Media post (DT)
Bienestar subjetivo (W)	2,14 (0,74)	1,58 (0,71)
Problemas/síntomas (P)	2,17 (0,76)	1,54 (0,72)
Funcionamiento general (F)	1,56 (0,62)	1,18 (0,63)
Riesgo (R)	0,44 (0,63)	0,28 (0,60)
Total	19,25 (6,54)	13,87 (5,91)
Total (R)	20,10 (6,73)	14,20 (6,16)

través de la evaluación de la mejoría clínica de los pacientes tras la intervención.

Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas. La evaluación de los pacientes se efectuó mediante la administración del CORE-SFA antes y después del tratamiento (sesiones 1.^a y 4.^a respectivamente). En esta investigación no se utilizó grupo de control sin tratamiento o en lista de espera.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 17.0. Tras la administración de los cuestionarios se llevó a cabo la prueba paramétrica *t* de Student de medidas repetidas, con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y postratamiento en cada una de las variables evaluadas. Previamente, se confirmó la distribución normal de las variables mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, excepto en el caso de la variable Riesgo (lo cual podría explicarse por la baja tasa de respuesta a este ítem, dado que mide el riesgo de suicidio).

Finalmente se llevaron a cabo análisis descriptivos con el fin de conocer las medias y desviaciones típicas en las variables sociodemográficas de interés.

Resultados

Se han analizado los datos de los 48 participantes (un 60,4% mujeres, un 39,6% hombres) de entre 18 y 73 años ($M = 43,46$; $DT = 11,69$). Hemos observado mejoría en todas las variables medidas por el test, siendo estos resultados estadísticamente significativos en todas ellas, excepto en la variable Riesgo (como era de esperar).

Bienestar subjetivo (W)

Como podemos ver en la [tabla 2](#), la media disminuye tras el tratamiento de forma significativa ($p < 0,000$). Cabe recordar que en esta variable, de manera contra intuitiva, a menor puntuación obtenida mayor bienestar subjetivo presenta el paciente. El tamaño del efecto fue de 0,64, considerado según las convenciones como un efecto grande. Mejorando, por tanto, el bienestar percibido por los pacientes de manera significativa tras el tratamiento.

Problemas/síntomas (P)

El cambio en esta variable también fue en la dirección esperada, de manera que disminuyó la media de las puntuaciones obtenidas de manera estadísticamente significativa ($p < 0,000$). El tamaño del efecto obtenido en este caso también fue de 0,64, reduciéndose los síntomas de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos de manera significativa.

Funcionamiento general (F)

En el caso de esta variable también obtuvimos tras la intervención una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,000$) de la media. Obteniendo, además, un buen tamaño del efecto. Con lo cual vemos como mejora claramente el funcionamiento de los pacientes tras la intervención grupal.

Riesgo (R)

Como explicamos con anterioridad, esta variable es un indicador clínico de intentos de suicidio, autolesiones y actos de agresión a terceros. En nuestro caso, aunque obtenemos también un cambio en la dirección esperada, la disminución de la media no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$) y el tamaño del efecto fue de 0,26 (pequeño). Este es un resultado esperable en una intervención sobre población de atención primaria, ya que los pacientes atendidos en este nivel no cumplen criterios para el diagnóstico de un trastorno mental propiamente dicho y, por tanto, no presentan una sintomatología grave, ya que en ese caso son derivados a los equipos de atención especializada para una intervención apropiada.

Total y Total menos Riesgo

La disminución de la media total también es estadísticamente significativa ($p < 0,000$) en las dos variables y el tamaño del efecto es de 0,67 y 0,70 respectivamente (Total menos Riesgo es una puntuación corregida del total en la que no se tiene en cuenta la influencia de esta variable sobre los resultados).

Por tanto, según los resultados obtenidos tras la intervención, se observa una mejoría estadísticamente significativa en prácticamente todas las variables medidas. Y como consecuencia derivada de esta mejoría clínica de los pacientes, la mayor parte de estos fueron dados de alta tras el tratamiento grupal (79,2%) y únicamente un 20,8% de los mismos continuaron en seguimiento por Psicología de atención primaria debido, en muchos de estos casos, a algún problema más complejo asociado a su sintomatología.

Discusión

Los resultados obtenidos nos proporcionan evidencia a favor del empleo de terapia grupal transdiagnóstica en intervenciones psicológicas en atención primaria.

En primer lugar, por su eficacia: un 79,2% de pacientes no necesitaron asistencia psicológica a corto plazo (al menos no solicitaron atención psicológica nuevamente en su servicio

de salud en los 3 meses siguientes a la aplicación de la terapia). En segundo lugar, por su inmediatez: los pacientes no tuvieron que esperar más de un mes para entrar en el grupo (estos grupos se repiten cada 4 semanas). En tercer lugar: por el ahorro de tiempo y recursos que supone el formato grupal.

Respecto al primer punto, como podemos observar, tras la intervención grupal los resultados de nuestro estudio muestran una clara mejoría de los síntomas presentados por los pacientes (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), además de un aumento del bienestar subjetivo y mejora del funcionamiento general de los participantes del estudio. Otros estudios obtienen resultados similares^{20,23,28}

En cuanto a la segunda conclusión, sabemos que cuanto antes se identifiquen los síntomas de estrés u otros estados de malestar, tendremos un mejor y más rápido resultado en el tratamiento. También es conocido que la principal fuente de atención a los problemas mentales se sitúa en la atención primaria^{32,33} y un servicio de psicología en contacto directo y permanente con los servicios médicos implementa y favorece una más rápida intervención^{4,5,11,16}

Respecto al tercer punto, es destacable que si se hubiesen aplicado terapias individuales a cada uno de los participantes en un número igual de horas que recibieron en grupo se hubieran empleado 288 h, mientras que los 7 grupos por 6 horas de duración por grupo consumieron 42 horas. Diversos estudios confirman la rentabilidad de las intervenciones psicológicas en atención primaria así como el formato de grupo^{4,15} que proporciona acceso a la terapia a un mayor número de pacientes¹⁸.

Respecto a la variable *riesgo de suicidio*, aunque no existen cambios estadísticamente significativos debido a las características de la muestra, también en este aspecto encontramos una mejoría.

Por tanto, a partir de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la intervención grupal breve de corte cognitivo-conductual en atención primaria es claramente efectiva para la mejoría clínica de pacientes que presentan síntomas ansiosos y afectivos subclínicos. Además, esta mejoría se observa independientemente de la categoría sintomática a la que se adscriben los pacientes. Estos resultados son comparables a los datos encontrados por el grupo de Kristjánsdóttir¹⁸ y el de Houghton²⁰, quienes, con intervenciones cognitivo-conductuales grupales breves (4 y 5 sesiones respectivamente), encontraron una mejoría estadísticamente significativa en síntomas ansiosos y depresivos en el postratamiento. Los resultados fueron medidos con el cuestionario CORE-OM, el mismo que ha sido utilizado en el presente estudio.

Con lo cual, nuestro estudio es una nueva aportación sobre la eficacia de la intervención grupal breve en atención primaria, sin importar el diagnóstico específico de los pacientes incluidos en la muestra, contribuyendo a la resolución del debate abierto sobre la ventaja que supondría la inclusión de la figura del psicólogo clínico en los servicios de atención primaria⁵.

Importante también es la tasa de recuperación encontrada tras la intervención, la cual supone un 70% del total de la muestra, superando los resultados obtenidos por el programa IAPT en Reino Unido, donde la recuperación se sitúa entre un 55-56%¹⁴.

Como limitaciones de este estudio cabe destacar que no se ha podido llevar a cabo un seguimiento de los resultados obtenidos ni ha sido posible utilizar un grupo control, con lo cual corremos el riesgo de que los resultados de la intervención puedan haber sido contaminados por el efecto del mero paso del tiempo, disminuyendo la validez interna del estudio. Otra limitación importante es la elevada tasa de abandono encontrada. Un 50% de los pacientes no acudieron a la última sesión grupal en la cual se realizaba la evaluación postratamiento, lo cual puede sesgar los resultados encontrados, ya que posiblemente estos fueron los pacientes que encontraron más beneficios en la terapia.

De cara a futuros estudios nos planteamos la necesidad de la inclusión de un grupo de control para minimizar las posibles variables extrañas que pudieran contaminar los resultados, y realizar un seguimiento a largo plazo para valorar el mantenimiento de los resultados de la intervención.

Con todo lo expuesto, podemos concluir que una intervención psicológica grupal breve en atención primaria es efectiva y tiene una gran utilidad preventiva, dado que en pocas sesiones encontramos mejoría en la sintomatología de los pacientes, evitando la cronificación de la misma y la consecuente saturación de los servicios de atención especializada.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sundquist J, Lilja A, Palmer K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, et al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2015;206:128–35.
2. Jason LA, Corradi K, Torres-Harding S. Preventive psychology in primary care settings. *J Prim Prev*. 2005;26:37–50.
3. APA. DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.a ed. Madrid: Editorial medica panamericana; 2014.
4. Sanchez-Reales S, Tornero-Gomez MJ, Martin-Oviedo P, Redondo-Jimenez M, del-Arco-Jodar R. Psicología clínica en atención primaria: descripción de un año de asistencia. *Semergen*. 2015;41:254–60.
5. Duro JC. Psicología clínica en atención primaria de salud: ¿Por qué, para qué y cómo? [consultado 9 Ene 2017]. Disponible en: www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf.

6. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry*. 2005;186:11–7.
7. Gunn WB, Blount A. Primary care mental health: A new frontier for psychology. *J Clin Psychol*. 2009;65:235–52.
8. Elder MQ, Silvers SA. The integration of psychology into primary care: Personal perspectives and lessons learned. *Psychol Serv*. 2009;6:68–73.
9. McGrath RE, Sammons M. Prescribing and primary care psychology: Complementary paths for professional psychology. *Prof Psychol Res Pr*. 2011;42:113–20.
10. Liu JIN, Ma H, He Y-L, Xie BIN, Xu Y-F, Tang H-Y, et al. Mental health system in China: History, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry*. 2011;10:210–6.
11. Vogel ME, Kirkpatrick A, Collings A, Cederna-Meko CL, Grey MJ. Integrated care: Maturing the relationship between psychology and primary care. *Prof Psychol Res Pr*. 2012;43:271–80.
12. McDaniel SH, Grus CL, Cubic BA, Hunter CL, Kearney LK, Schuman CC, et al. Competencies for psychology practice in primary care. *Am Psychol*. 2014;69:409–29.
13. Scharager-Goldenberg J, Molina-Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22:149–59.
14. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009;47:910–20.
15. Radhakrishnan M, Hammond G, Jones PB, Watson A, McMillan-Shields F, Lafortune L. 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. *Behav Res Ther*. 2013;51:37–45.
16. Segarra G, Farriols N, Palma C. Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Aloma*. 2011;28:209–24.
17. Perez-Alvarez M, Fernandez-Rodriguez C, Amigo-Vazquez I, Fernandez-Hermida JR. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Piramide; 2008.
18. Kristjánsdóttir H, Salkovskis PM, Sigurdsson BH, Sigurdsson E, Agnarsdóttir A, Sigurdsson JF. Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of co-morbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nord J Psychiatry*. 2016;70:215–23.
19. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*. 2010;8:1–13.
20. Houghton S, Saxon D. An evaluation of large group CBT psychoeducation for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Educ Couns*. 2007;68:107–10.
21. Espinosa-Gil RM, Campillo-Cascales MJ, Garriga-Puerto A, Martín JC. Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35:383–6.
22. Finucane A, Mecer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006;6:1–14.
23. Poves-Oñate S, Romero-Gamero R, Vucinovich N. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30:409–18.
24. Benedito MC, Carrió MC, del Valle G, Domingo A. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología de ansiedad. *RPPC*. 2004;9:221–9.
25. Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behav Ther*. 2008;39:242–50.
26. Ejeby K, Savitskij R, Ost LG, Ekblom A, Brandt L, Rammero J, et al. Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Fam Pract*. 2014;31:273–80.
27. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:91–110.
28. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;303:1921–8.
29. Osma J, Suso-Ribera C, Garcia-Palacios A, Crespo-Delgado E, Robert-Flor C, Sanchez-Guerrero A, et al. 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 Qual Life Outcomes*. 2018;16:46.
30. Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, et al. The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *J Ment Health*. 1998;7:35–47.
31. Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, et al. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *J Ment Health*. 2000;9:247–55.
32. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1996;153:636–44.
33. Kessler RS, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. US prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005;352:2515–223.