

# PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CANTABRIA

PROTOCOLO DE  
FUNCIONAMIENTO

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Versión 23/06



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SALUD



Depósito Legal: SA-455-2025

Impresión: Imprenta Regional de Cantabria IMPRE 10-1367

Edición: 1ª edición, Julio 2025

# GRUPO DE TRABAJO

## COORDINACIÓN

### **Amador Priede Díaz**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
Coordinador del Plan de Salud Mental.

## EQUIPO

### **Óscar Fernández Torre**

Médico Especialista en Psiquiatría.  
Director General de Planificación, Ordenación, Gestión del Conocimiento y Salud Digital.

### **Jonathan Díez Vallejo**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Subdirector Médico de la Gerencia de Atención Primaria.

### **César González-Blanch**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

### **Paula Díaz Gómez**

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.  
Técnico de la Coordinación de Salud Mental.

### **Mary Alexandra Albarracín Castillo**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Coordinadora Sistemas de Información Gerencia Atención Primaria.

### **Rosa María González Fernández**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Coordinadora Sistemas de Información Gerencia Atención Primaria.

### **Sandra Santamaría Maestro**

Enfermera funcional en Sistemas de Información Gerencia Atención Primaria.

# INDICE

	<b>ABREVIATURAS</b>	2
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	3
	<b>OBJETIVOS</b>	5
	<b>FUNCIONES DEL PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A EN AP</b>	6
	<b>PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN</b>	7
	<b>PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN</b>	8
	<b>DIRECCIÓN/COORDINACIÓN DEL PROGRAMA</b>	9
	<b>EVALUACIÓN</b>	10
	<b>BILIOGRAFÍA</b>	17

## ABREVIATURAS

- AP - Atención Primaria
- CS - Centro de Salud
- IT - Incapacidad Temporal
- ILT - Incapacidad Laboral Temporal
- MAP - Médico/a de Atención Primaria
- PCAP - Psicología Clínica en Atención Primaria
- SCS - Servicio Cántabro de Salud
- SM - Salud Mental
- TCC - Terapia Cognitivo Conductual
- TMC - Trastornos Mentales Comunes
- USM - Unidad de Salud Mental
- ZBS - Zona Básica de Salud

## INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos muestran que, en España, alrededor de 1 de cada 5 personas presentarán un trastorno mental a lo largo de su vida y un 8.4% durante los últimos 12 meses [1]. Los llamados trastornos mentales comunes (TMC), como los trastornos de ansiedad (6.2%) y los trastornos del estado de ánimo (4.4%), son los diagnosticados más frecuentemente en los últimos 12 meses [1]. En el caso de los centros de salud de Atención Primaria (AP), se puede estimar, a partir de los distintos estudios epidemiológicos en nuestro entorno, que alrededor de un 30-35% de las personas que atienden presentan un trastorno mental. En este nivel asistencial los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, seguidos por los depresivos [2].

Asimismo, los trastornos mentales afectan significativamente al funcionamiento de las personas, constituyendo la segunda causa de incapacidad temporal (IT) en España. Además, según datos de Cantabria, más del 80% de los diagnósticos recogidos en los partes de IT por salud mental corresponden a TMC [3]. A pesar de su mejor pronóstico, estos TMC son una de las principales fuentes de gasto por prestaciones de IT, al presentar dos características: alta frecuencia y duración muy prolongada [4].

Los trastornos mentales producen elevados costes económicos, tanto directos como indirectos. En España, el coste de los trastornos mentales (excluyendo la demencia y otros trastornos neurológicos) supuso 46.000 millones de euros en el año 2010, siendo los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, con más de 10.000 millones cada uno, los que generaron los mayores gastos [5]. Además, estos costes se encuentran, sin duda, subestimados, ya que no reconocen los efectos de la comorbilidad con enfermedades físicas. Está demostrado que las personas con enfermedades físicas crónicas (asma, cáncer, EPOC, artritis, hipertensión, diabetes, infartos y problemas cardíacos) con trastornos ansioso-depresivos comórbidos presentan gastos médicos mensuales entre el 33 y 169% más altos que la media para esas enfermedades, excluyendo los gastos directos de los servicios de salud mental [6].

A pesar del elevado impacto producido por los trastornos mentales existe un claro infradiagnóstico e infratratamiento. Se ha encontrado que únicamente el 26% de todos los casos con trastornos mentales ha tenido consultas formales por razones de salud mental en el último mes [7]. Además, existe un gran retraso entre el inicio del trastorno y el inicio del tratamiento, y sólo un pequeño número de pacientes recibe una intervención mínimamente adecuada [8].

Los tratamientos psicológicos, en concreto la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los TMC, tanto para los trastornos de tipo ansioso como depresivo [9,10]. Además, existe una amplia evidencia acumulada de que la TCC es al menos igual de eficaz que los tratamientos farmacológicos para los trastornos afectivos y de ansiedad más comunes, además de tener una mayor efectividad a largo plazo [9,11-12], menor riesgo de recaídas y una disminución de costes en salud (tanto en términos de consultas médicas y uso de fármacos, como en bajas por enfermedad) [13]. También se ha demostrado que la TCC es eficaz aplicada en el contexto de la AP. tanto para los trastornos depresivos como para los de ansiedad [14], también en formato grupal [15].

Apoyado en los resultados de investigación sobre los efectos de los tratamientos psicológicos, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda en sus guías clínicas el uso en AP de los tratamientos psicológicos, en concreto la TCC, como primera opción terapéutica para los TMC, por delante de los tratamientos farmacológicos [16].

En España, se ha desarrollado el programa PsicAP para evaluar la eficacia de añadir un tratamiento psicológico grupal al tratamiento habitual en el contexto de la AP. Los resultados del estudio han puesto de manifiesto que el tratamiento PsicAP reduce la sintomatología ansiosa, depresiva y somática, manteniéndose los resultados al año. Las tasas de recuperación fiable fueron también significativamente mayores en el grupo de tratamiento que en el grupo control [17]. Del mismo modo, se demostró una reducción de costes al aplicar este tratamiento frente a dispensar únicamente el tratamiento habitual [18].

Sin embargo, los beneficios de incorporar la figura del profesional de psicología clínica a AP no sólo se circunscriben a facilitar el acceso a tratamientos psicológicos basados en la evidencia para TMC, ni a la mayor coste-eficacia de estos. La presencia de psicólogos/as clínicos/as puede beneficiar a los propios equipos de AP: realizando servicios de consultoría que mejoren la capacidad diagnóstica de los médicos de atención primaria, optimizando las derivaciones y las indicaciones de no tratamiento, así como formando a los equipos. Además, pueden poner en marcha proyectos de prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental en el ámbito comunitario. Por todo ello, se considera que la incorporación de psicólogos/as clínicos/as a los equipos de AP será beneficioso, aportando ventajas al sistema a través de distintas vías.

# OBJETIVOS

## 1.1. Objetivos generales

- Mejorar la accesibilidad a recursos específicos de tratamiento de Salud Mental (SM), de acuerdo con la cartera de servicios de Atención Primaria.
- Mejorar el abordaje de los TMC en el ámbito de la Atención Primaria mediante el uso de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia.
- Desarrollar acciones preventivas y de promoción de la SM en el marco de la AP, que fomenten el afrontamiento general de la población.
- Mejorar la coordinación entre AP y las Unidades de Salud Mental.

## 1.2. Objetivos específicos

- Mejorar la detección de problemas de SM en AP.
- Reducir el tiempo de acceso a intervenciones psicológicas con evidencia empírica, con el fin de evitar la cronificación de los trastornos.
- Aumentar el número de pacientes que reciben un tratamiento adecuado y acorde a las guías clínicas, mediante intervenciones psicológicas con evidencia empírica, en el marco de la AP.
- Potenciar el abordaje diagnóstico y terapéutico de los/as MAP y enfermeras/os de AP mediante acciones de consultoría.
- Mejorar el abordaje de los casos de IT, reduciendo su número a causa de TMC, así como su duración.
- Evitar la medicalización de problemas de la vida cotidiana, mediante acciones de prevención cuaternaria.
- Desarrollo de acciones comunitarias de promoción de la salud mental.

## FUNCIONES DEL PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A EN AP

Las funciones que desarrollará el/la PCAP serán las siguientes:

a. Consulta de valoración Inicial: Realización de una entrevista diagnóstica. En esta consulta se establecerá un plan de tratamiento pudiendo ser éste individual, grupal. También podrá realizarse la indicación de no tratamiento.

b. Intervención grupal en trastornos emocionales: Se desarrollan programas de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para trastornos emocionales leves/moderados. El modelo de intervención preferido será el protocolo PsicAP, dados los buenos datos de eficacia que ha mostrado en nuestro contexto [17], si bien se pueden valorar otras alternativas como el Protocolo Unificado [19].

c. Intervención individual: Se realizará un programa de psicoterapia individual, en formato breve. Dicho programa incluirá hasta 5 consultas sucesivas de tratamiento tras la entrevista de valoración. Dentro de este formato se incluirán los/as pacientes que requieran ser atendidos desde el programa de mejora del manejo de las IT.

d. Coordinación y consultoría: Se realizará consultoría con los/as MAPs para la orientación diagnóstica y de manejo de aquellos casos que por su complejidad así lo requieran. Se procurará la adecuada coordinación en los casos que se atiendan de manera conjunta. Asimismo, se realizarán coordinaciones con los dispositivos de Salud Mental especializada en aquellos casos que así lo requieran. El/la PCAP también podrá realizar intervenciones de cuidado emocional destinadas a los equipos de los CS para la prevención del burnout.

e. Programas de promoción, prevención e intervención comunitaria: El/la PCAP apoyará las intervenciones de prevención y promoción desarrolladas por parte de los/as profesionales de AP, además de desarrollar actuaciones propias. Realizará intervenciones comunitarias en los ámbitos de servicios sociales, educación, justicia, adicciones, atención a la mujer y movimiento asociativo entre otros, para la promoción de la SM.

f. Docencia: Impartición de sesiones clínicas y teóricas acerca de SM dentro de los equipos de AP.

Se considera que el porcentaje máximo de jornada semanal que se puede dedicar a la intervención directa con pacientes es del 70%, con el fin de que se puedan mantener el resto de actividades propuestas y mantener el enfoque preventivo del programa.

## PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN

El acceso a este programa se realiza a través de la derivación de MAP y matronas de AP de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. El aplicativo AP Cantabria incluye un protocolo específico para facilitar este procedimiento de derivación.

### 1. Criterios de inclusión:

- Edad  $\geq$  16 años.
- Malestar emocional clínicamente significativo, con sospecha de trastorno mental común, principalmente leve-moderado (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, somatizaciones, trastorno mental no grave en contexto de IT).
- Sintomatología clínicamente significativa evaluada mediante escalas: PHQ-9 (depresión  $\geq$  10) o GAD-7 (ansiedad generalizada  $\geq$  10).

### 2. Criterios de exclusión:

- Presencia de trastornos mentales graves, como trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, dependencia de sustancias o trastorno de personalidad.
- Presencia de intentos de suicidio graves o recientes. Ideación autolítica activa.
- No alcanzar en ninguna escala los puntos de corte la detección de casos señalados en los criterios de inclusión.
- Estar recibiendo tratamiento psicológico o cualquier tipo de atención especializada por motivo de su SM.
- Peritajes y valoraciones de incapacidad o discapacidad.
- Discapacidad intelectual o capacidad intelectual límite.

Adicionalmente para los casos en que el tratamiento sea grupal:

- Trastorno de conducta moderado-grave, que puedan interferir en la dinámica de los grupos de terapia.

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

### 1. Programa de intervención grupal:

El programa de intervención grupal consiste en grupos de hasta 10-12 pacientes que realizan un protocolo de 7 sesiones. Los grupos podrán tener frecuencia semanal o quincenal con una duración por sesión de 1,5 horas.

Dichos grupos se centrarán en el abordaje de trastornos emocionales y podrán admitir participantes en cualquier momento. Siempre que sea posible se mantendrá activo de manera continua un grupo en cada centro de salud.

Se utilizará preferentemente el protocolo PsicAP, intervención transdiagnóstica grupal basada en técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al abordaje de trastornos emocionales como son la ansiedad o la depresión. Sus sesiones comprenden los siguientes contenidos:

- Sesión 1: Presentación y psicoeducación (I): Emociones sanas y trastornos emocionales.
- Sesión 2: Psicoeducación (II): Estrés y afrontamiento.
- Sesión 3: Reestructuración cognitiva (I).
- Sesión 4: Reestructuración cognitiva (II).
- Sesión 5: Técnicas conductuales.
- Sesión 6: Habilidades de comunicación.
- Sesión 7: Prevención de recaídas y cierre.

## **2. Programa de intervención individual:**

El programa de intervención individual seguirá un formato de terapia breve tras la entrevista de valoración inicial, contando con hasta 5 consultas sucesivas de al menos 30 minutos.

Dentro de este marco de intervención también se llevará a cabo la intervención específica para pacientes en IT por motivo de Salud Mental. Para acceder a dicho programa el/la MAP pactará la duración de la IT con el paciente previa a la derivación con el PCAP.

## **DIRECCIÓN/COORDINACIÓN DEL PROGRAMA**

La dirección y coordinación del programa se realizará desde la Coordinación de Salud Mental del SCS durante la fase de implantación del mismo.

Se propone la creación de la figura de Coordinador/a de Psicología Clínica en AP para realizar estas funciones posteriormente. El coordinador/a de Psicología Clínica en AP será el encargado de realizar la memoria anual del programa y de remitírsela a la Coordinación de Salud Mental del SCS.

## EVALUACIÓN

Se realizará una memoria anual en la que se recogerán los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR: Episodios abiertos por TMC</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de episodios abiertos por TMC en cada ZBS en la edad de referencia.
<b>Definiciones</b>	Los criterios de inclusión quedan definidos en el propio programa (consultar documento Procedimientos de Derivación).
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Derivaciones por TMC</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(a/b) * 100$ <ul style="list-style-type: none"><li>• a = número de derivaciones al PCAP</li><li>• b = número de derivaciones totales por TMC</li></ul>
<b>Definiciones</b>	Serán consideradas todas las derivaciones por TMC (consultar documento Procedimientos de Derivación).
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Pacientes atendidos por PCAP</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de pacientes nuevos atendidos por PCAP por ZBS y año.
<b>Definiciones</b>	Los criterios de inclusión quedan definidos en el propio programa (consultar documento Procedimientos de Derivación).
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Actividad
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Tiempo de espera hasta primera consulta de PCAP</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Mediana del número de días desde la fecha de derivación hasta la fecha de primera consulta de PCAP.
<b>Definiciones</b>	Serán consideradas todas las derivaciones realizadas por MAP al PCAP según los criterios de inclusión (consultar documento Procedimientos de Derivación).
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Actividad
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Sesiones terapia individual por paciente</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Mediana del número de sesiones realizadas de forma individual por paciente.
<b>Definiciones</b>	Serán consideradas todas las personas tratadas de forma individual por los PCAP.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Actividad
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Pacientes con Tratamiento Quincenal/Semanal</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(a/b)*100$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = número de pacientes con tratamiento al menos quincenal</li> <li>• b = número total de pacientes</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Serán considerados aquellos pacientes con al menos 3 consultas consecutivas en éste régimen.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Calidad
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Abandono de Tratamiento</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(a/b)*100$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = número de pacientes que abandonan el tratamiento</li> <li>• b = número total de pacientes</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Serán considerados abandonos 3 o más faltas de asistencia en formato grupal y pacientes que tras "No Acude" en forma individual no reciben nueva consulta en los 60 días posteriores.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Calidad
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Cambio en la Sintomatología Depresiva</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$a-b$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = Puntuación PHQ-9 pre-intervención</li> <li>• b = Puntuación PHQ-9 post-intervención</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Será evaluado mediante los resultados pre y post intervención de la Escala validada PHQ-9.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Cambio en la Sintomatología Ansiosa</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	a-b <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = Puntuación GAD-7 pre-intervención</li> <li>• b = Puntuación GAD-7 post-intervención</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Será evaluado mediante los resultados pre y post intervención de la Escala validada GAD-7.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Acciones de Consultoría</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de consultorías realizadas por los PCAP
<b>Definiciones</b>	Será evaluado según el apartado d) de las Funciones del PCAP recogidas en el documento.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Sesiones Clínicas Impartidas</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de sesiones clínicas impartidas por los PCAP a los miembros del Equipo de AP
<b>Definiciones</b>	Será evaluado según el apartado e) de las Funciones del PCAP recogidas en el documento.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros de las sesiones impartidas de los centros, Unidad Docente de la GAP.
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Acciones Comunitarias</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de acciones comunitarias realizadas por los PCAP
<b>Definiciones</b>	Será evaluado según el apartado e) de las Funciones del PCAP recogidas en el documento.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Derivaciones por TMC con baja laboral asociada</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(a/b)*100$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = número de derivaciones con ITL asociada</li> <li>• b = número total de derivaciones</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Los criterios de inclusión quedan definidos en el propio programa (consultar documento Procedimientos de Derivación).
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Subprograma ILT (actividad)
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Cambio en el funcionamiento laboral</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$a-b$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = Puntuación WAI pre-intervención</li> <li>• b = Puntuación WAI post-intervención</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Será evaluado mediante los resultados pre y post intervención de la Escala Validada WAI de funcionamiento laboral.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Subprograma ILT (resultado)
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Altas laborales</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de altas laborales durante el tratamiento PCAP o en los 30 días posteriores
<b>Definiciones</b>	Serán evaluadas todas las situaciones de alta de ILT durante el tratamiento PCAP o los 30 días posteriores a la finalización del tratamiento.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Subprograma ILT (resultado)
<b>Observaciones</b>	

<b>INDICADOR: Diferencia en la duración de ILT</b>	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$a-b$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = Duración en días ILT de pacientes sin intervención PCAP</li> <li>• b = Duración en días de ILT de pacientes que reciben la intervención PCAP</li> </ul>
<b>Definiciones</b>	Serán evaluados todos los pacientes en situación de ILT.
<b>Fuente de Datos</b>	Registros en AP Cantabria
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Subprograma ILT (resultado)
<b>Observaciones</b>	

Los datos se aportarán desagregados por género, franjas de edad y ZBS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006 Apr 1;126(12):445-51.
2. Haro JM, Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A. Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. José Luis Vázquez-Barquero (Ed.). Madrid: Grupo Aula Médica, S.L. 2007:41-59.
3. Gobierno de Cantabria. Plan de Salud Mental de Cantabria 2014-2019. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2014.
4. Calvo Bonacho E. Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles: discusión acerca de la ITCC en los trastornos mentales. Madrid. 2010. Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146666.pdf>. Fecha acceso: 8.02.2016.
5. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*.2014;18:9(8):e105471.
6. Melek S, Norris D. *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*. Seattle: Milliman. 2008.
7. Wittchen H.-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-376.
8. Kessler RC, Ustun B. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press .2008.
9. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:17-31.
10. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*. 2013 Jul;58(7):376-85.

11. Hollon SD, Stewart MO, Strunk DR. Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu Rev Psychol.* 2006;57:285-315.
12. Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199:142-9.
13. Van Orden M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, YHoencamp E. Collaborative Mental Health Care versus Care as Usual in a Primary Care Setting: a randomised controlled trial. *Psychiatr Serv.* 2009;60(1):74-9.
14. Twomey C, O'Reilly G, Byrne M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Fam Pract.* 2015 Feb;32(1):3-15.
15. Huntley A, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 2012; 200: 184-190.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. NICE Clinical Guideline 123. 2011. Accesible en [www.nice.org.uk/CG123](http://www.nice.org.uk/CG123) [NICE guideline].
17. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, Medrano LA, González-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2021:1-13.
18. Barrio-Martínez S, Paloma Ruiz-Rodríguez, Leonardo Adrián Medrano, Priede A, Muñoz-Navarro R, Juan Antonio Moriana, et al. Effect of reliable recovery on health care costs and productivity losses in emotional disorders. *Behavior therapy.* 2024 May 1;55(3):585-94.
19. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press; 2011.