

TRABAJO PRÁCTICO DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA 2017

"Evaluación de los resultados en salud de una actividad de terapia grupal en Atención Primaria"

Susana Alonso García de Vinuesa

Contenido

1. Resumen.....	2
2. Introducción	3
3. Objetivo.....	7
4. Material y métodos	8
5. Resultados	12
6. Discusión y conclusiones	14
7. Bibliografía.....	17

1. Resumen

Objetivo. Evaluamos los resultados en salud de un grupo de psicoterapia ofrecida a pacientes que acuden a atención primaria con un trastorno de ansiedad, para valorar si dicha actividad implica una mejora en su atención. **Material y método.** Utilizamos cuestionarios de calidad de vida WONCA, de salud GOLDBERG y datos de frecuentación. Aplicamos la prueba t de student para muestras emparejadas con un nivel de significación menor al 5 %. **Resultados.** Los datos confirman que mejoran los resultados en calidad de vida y disminuye la ansiedad con un elevado valor del efecto, respecto a la frecuentación ésta también ha disminuido pero no es significativo. **Conclusiones.** La terapia grupal puedes ser una opción eficaz a ofrecer a los pacientes que acuden con ansiedad a atención primaria, disminuyendo la frecuentación a consultas en gran parte de ellos.

2. Introducción

La OMS define el uso racional de los medicamentos como las actuaciones dirigidas a que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Este uso racional implica que se han de utilizar medicamentos con la indicación adecuada a la situación clínica del paciente, esta indicación es avalada por la ficha técnica del medicamento que contiene la información científica esencial destinada a los profesionales sanitarios para hacer un buen uso de los medicamentos. Una especialidad farmacéutica puede utilizarse en indicaciones o en condiciones diferentes de uso a las aprobadas solamente en el contexto de un ensayo clínico o con la autorización previa de uso compasivo.

Uno de los grupos farmacológicos más ampliamente utilizados según la clasificación ATC es el N05BA ansiolíticos derivados de benzodiazepinas y el N05CD y N05CF hipnóticos y sedantes derivados de benzodiazepinas o relacionados con éstas.

Aunque la benzodiazepinas pueden tener otras indicaciones como anticonvulsivantes, relajantes musculares o en la desintoxicación alcohólica, las indicaciones para las que son más ampliamente utilizadas es para el tratamiento del insomnio y la ansiedad (1).

Por otra parte, son fármacos sobre los que se conoce bien su perfil de seguridad presentando dependencia farmacológica, así como sedación, deterioro psicomotor, aumento de accidentes y caídas sobre todo en ancianos, deterioro en las habilidades complejas y de la conducción y comportamientos paradójicos (2).

La duración del tratamiento indicada en ficha técnica es de 2 a 4 semanas en el insomnio y de 8 a 12 semanas en la ansiedad, ambos períodos incluyen el tiempo necesario para la retirada gradual (3).

Según las encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas, en su memoria de 2011 (4), con relación a la media de España, el consumo de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos) en Extremadura es elevado y en constante crecimiento, siendo éste más del doble en mujeres que en hombres.

Además, a pesar de ser fármacos que sólo se dispensan con receta médica, exhiben un amplio componente de autonomía en su uso, a través de la prescripción inducida y requerida.

La escasa tolerancia al malestar cotidiano y el inicio precoz de la toma de psicofármacos, especialmente en mujeres, pueden estar influyendo en el alto consumo de los mismos, a lo que puede añadirse el creciente fenómeno social de la medicalización de la vida cotidiana (5).

Por todo ello, se considera necesario evaluar otra alternativa de tratamiento que influya sobre **la calidad de vida** de los pacientes, mejorando la ansiedad, el estado de ánimo o el insomnio, y reduciendo el consumo de psicofármacos.

En definitiva, existe una preocupación por parte de las autoridades sanitarias extremeñas, tanto en lo relativo a los efectos adversos de las benzodiazepinas, como en los problemas de dependencia y tolerancia que puede generar, haciéndose estrictamente necesario un uso racional de las mismas.

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios en el capítulo dedicado al uso racional del medicamento en la atención primaria a la salud insta a los servicios o unidades de farmacia de atención primaria, a contribuir en cuantas funciones puedan redundar en el mejor uso y control de los medicamentos, mediante estrategias de colaboración entre los profesionales sanitarios de atención primaria.

Es así como la Subdirección de Farmacia empezó a colaborar con la Secretaría Técnica de Drogodependencias dentro de un grupo de trabajo multiprofesional en la redacción y coordinación de un **programa para el buen uso de psicofármacos** con el fin de

impulsar herramientas no farmacológicas, para afrontar la ansiedad o el insomnio con tratamientos alternativos, potenciando las habilidades personales del paciente, de manera que aborde su problema de forma diferente, y así evitar los problemas relacionados con un mal uso de las benzodiacepinas especialmente.

Este grupo ha redactado el programa base, que ha servido de modelo a los profesionales de los centros de salud que voluntariamente se han adscrito al pilotaje del mismo. Cada centro, según idiosincrasia, ha adaptado y ejecutado el programa base.

Dicha intervención consistió en la aplicación de un programa piloto denominado “GRUPOS DE TERAPIA para mejorar la Ansiedad, el Estado de Ánimo y el Insomnio” dentro del programa para el buen uso de psicofármacos (6).

En Mérida se inició el programa piloto en dos centros de salud urbanos con grupos de terapia cerrados de 15 sesiones de 2 horas cada una de duración, semanales. Como profesionales de apoyo participaron psicólogo clínico, trabajador social, médicos y farmacéuticos. La psicoterapia empleada fue de tipo cognitivo-conductual, sistémico e intervenciones en procesos emocionales.

La evaluación de la terapia se realizó tanto de **forma objetiva:**

- La disminución en el uso de ansiolíticos o hipnóticos, a través del registro de prescripciones /dispensaciones en Jara, resultando efectiva con resultados de una reducción en la utilización de benzodiacepinas de un 55 %.
- Con escalas visuales analógicas y el cuestionario de calidad de vida CAD-4 reducido, que no permitieron cuantificar resultados en calidad de vida, al obtener resultados contradictorios.

La falta de sensibilidad del cuestionario dificulta cuantificar resultados de calidad de vida. Es preciso utilizar cuestionarios más sensibles

Como con **evaluaciones subjetivas** mediante cuestionarios de satisfacción y de percepción de mejoría clínica con márgenes de rango de 0 a 10.

- Mejoría clínica con la ayuda del grupo: $7,50 \pm 1,51$

- Satisfacción del paciente con el grupo: $9,35 \pm 0,87$

- Satisfacción de los profesionales de apoyo con el programa: $9,83 \pm 0,41$

Estas evaluaciones llevaron a un replanteamiento de los profesionales del uso de cuestionarios a aplicar para las evaluaciones objetivas, optando por el uso de los Cuestionarios de Calidad de Vida COOP/ Wonca y Cuestionarios de Salud específicos para la ansiedad de Goldberg.

3. Objetivo

Objetivo general: Identificar posibles mejoras en la atención al paciente que acude a un centro de atención primaria con el objeto de disminuir su malestar por causas de ansiedad, bajo estado de ánimo o insomnio.

Objetivo específico: Evaluar la efectividad de un programa de intervención grupal en una selección de pacientes de Atención Primaria que han participado en una terapia grupal para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio.

Tras cuatro años de tener implantado el proyecto piloto en la ciudad de Mérida y una primera evaluación positiva de la actividad centrada en el medicamento como fue la disminución del consumo de benzodiacepina, comprobamos que no habíamos obtenido resultados concluyentes en la evaluación de la actividad centrada en la persona, es decir resultados en calidad de vida.

Este trabajo pretende medir efectividad de la intervención grupal, tanto a través de los nuevos cuestionarios aplicados como a través de los datos de frecuentación en consulta, analizando estos registros desde un año antes del inicio de la terapia de cada paciente hasta un año después de finalizar la terapia, por ser ambos aspectos indicadores de resultados en salud.

Aportaría además información de interés a la hora de diseñar por parte de la Comisión del “Programa para el buen uso de psicofármacos-GRUPOS DE TERAPIA, para mejorar la Ansiedad, el Estado de Ánimo y el Insomnio”, un estudio de investigación más amplio, que incluyera además la eficiencia.

4. Material y métodos

Estudio casi- experimental, estudio comunitario, con un diseño longitudinal pre-post intervención en una muestra de pacientes que han participado en una terapia grupal en atención primaria.

La hipótesis nula de la que partimos es comprobar que no existe diferencia significativa entre las medias de los resultados de los cuestionarios de calidad de vida y salud y de los datos de frecuentación, antes y después de la intervención grupal. Para comprobar esta hipótesis utilizamos la prueba t de student para datos apareados con una significación $p \leq 0.05$. La relevancia de los resultados la mediremos con la d de cohen (7).

La **captación** de pacientes para participar en la terapia grupal se ha realizado, bien por derivación de los médicos de familia, enfermeros u otro personal sanitario del equipo o bien mediante demanda directa telefónica, por parte de los propios pacientes.

Los pacientes debían cumplir, al menos, alguno de los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes en tratamiento con tranquilizantes e hipnóticos que estén en disposición de reducir el consumo de los mismos, pero les sea difícil hacerlo.
- Pacientes que lo demanden directamente por presentar sintomatología de ansiedad, bajo estado de ánimo o insomnio, estén o no en tratamiento psicofarmacológico.
- Hiperfrecuentadores en tratamiento con fármacos tranquilizantes/hipnóticos
- Pacientes del entorno de la atención primaria que, a juicio de su médico de familia, puedan beneficiarse de este programa.

Asimismo, como criterio imprescindible se estableció la voluntariedad de los pacientes para aceptar la inclusión en el programa.

Como criterios de exclusión se consideraron pacientes con trastornos psicóticos y pacientes en seguimiento por los Equipos de Salud Mental, excepto aquéllos que fueran derivados por profesionales de estos equipos por considerar que cumplían con el resto de criterios de inclusión y ser adecuado para el paciente y el grupo.

Todos los participantes debían firmar el consentimiento informado en el que se les explicó el objetivo, la justificación y el procedimiento a seguir y un documento de compromiso con el grupo y con las normas de participación en éste.

Entre todos los pacientes participantes en la terapia grupal los seleccionados como **muestra** para poder aplicar la evaluación en resultados en salud debían cumplir los siguientes requisitos:

- Haber asistido al menos a 8 sesiones grupales de forma continuada o alterna.
- Haber cumplimentado tanto el Cuestionarios de Calidad de Vida COOP/ Wonca como el Cuestionarios de Salud específicos para la ansiedad de Goldberg, antes de iniciar la terapia y al finalizar ésta.
- Disponer de datos de frecuentación en consulta desde 1 año antes de inicio de la terapia hasta 1 año después de finalizar ésta.

Con estos requisitos y teniendo en cuenta que los datos de frecuentación se contabilizaron a junio de 2017, hubo que rechazar a los pacientes que no habían concluido la terapia antes de junio de 2016, así como a los pacientes que habían cumplimentado otros cuestionarios distintos al Wonca y al Goldberg durante los años 2013 y 2014. La fecha de inicio de la terapia del primer grupo que cumplimentó los cuestionarios a evaluar fue el 6 de noviembre del 2014 y la última fecha de final de terapia fue el 29 de junio de 2016.

La muestra final fue de 40 persona, 36 mujeres y 4 hombres, todos mayores de 18 años que formaron parte de 5 grupos de terapia impartidos en los centros de salud urbano I y urbano III de Mérida.

La intervención consistió en una psicoterapia cognitivo-conductual, sistémica e intervenciones en procesos emocionales. El aspecto fundamental de las intervenciones es el formato grupal como marco terapéutico desde un modelo de autoayuda con apoyo de profesionales. Los aspectos básicos tratados en todos los grupos fueron la respiración diafragmática o profunda, la relajación, la identificación de la sintomatología de la ansiedad, así como la reestructuración cognitiva, la autoestima, el autocuidado y la identificación y gestión de las emociones (8).

Los datos de **calidad de vida** se obtuvieron aplicando un cuestionario **Coop/Wonca** con nueve preguntas y cinco opciones de respuesta.

Las preguntas están relacionadas con aspectos tales como forma física, sentimientos, actividades cotidianas y sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor. Es un cuestionario diseñado explícitamente para su uso en atención primaria, con reconocimiento internacional, es breve y ha demostrado validez y fiabilidad. La puntuación global del cuestionario se obtiene por sumatorio de los valores otorgado a cada respuesta, yendo éstos de 1 a 5 puntos, lo que proporciona una puntuación mínima de 9 y máxima de 45 puntos. Valores altos referencian menor nivel de calidad de vida.

Los datos de **salud** en relación con el aspecto clínico de la ansiedad se obtuvieron del cuestionario de salud de **Goldberg**, el cuestionario es una adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ-12), éste es un cuestionario de salud autopercebida, fue elaborado inicialmente con 60 ítems con la intención de identificar la severidad de trastornos psiquiátricos menores, por lo que es más adecuado para medir salud mental, en nuestro caso para medir nivel de ansiedad.

El cuestionario Goldberg aporta a la historia clínica del paciente una valoración del bienestar percibido, dentro del amplio concepto de salud de la OMS, que incluye el bienestar

mental. Se ha utilizado una versión reducida de 12 ítems con cuatro opciones de respuestas, con valores de 0 a 3.

El valor final del cuestionario se obtiene por sumatorio simple de las calificaciones en cada uno de los ítems, el valor mínimo que se puede obtener en la escala es de 0 puntos y el máximo de 36 puntos. Valores altos referencian menor nivel de salud en relación con la ansiedad.

Los datos de **frecuentación** en consultas de demanda de atención primaria y urgencias se obtuvieron del sistema de gestión clínica integrada de Atención Primaria y Atención Especializada **JARA**, previa solicitud justificada a la Subdirección de Sistemas de Información del Servicio Extremeño Salud. A partir de los CIPS se contabilizaron las consultas identificadas como a demanda, programada, administrativa y altas de urgencias, computando sólo las anteriores y las posteriores a la intervención y rechazando las que se realizaron durante el transcurso de la terapia (9).

Utilizamos la prueba de la t de student para comparar las medias de datos emparejados.

5. Resultados

Encontramos diferencia entre las medias y ésta es significativa $p < 0.05$ tanto en el WONCA (tabla1) como en el GOLDBERG (tabla 2) por lo que rechazamos la hipótesis nula y confirmamos la hipótesis alterna de que la intervención mejora la calidad de vida y la salud en relación con la ansiedad.

Tabla 1: Prueba t para medias de muestras emparejadas: WONCA

	Antes de la intervención	Después de la intervención
Media	18,375	12,975
Varianza	36,8044872	27,8198718
Observaciones	40	40
Coefficiente de correlación de Pearson	0,42580285	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	39	
Estadístico t	5,58646239	
P(T<=t) una cola	0,000001	
Valor crítico de t (una cola)	1,68487512	
P(T<=t) dos colas	0,000002	
Valor crítico de t (dos colas)	2,0226909	

Tabla 2: Prueba t para medias de dos muestras emparejadas: GOLDBERG

	Antes de la intervención	Después de la intervención
Media	17,85	9,05
Varianza	43,874359	39,9974359
Observaciones	40	40
Coefficiente de correlación de Pearson	0,32275405	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	39	
Estadístico t	7,38279655	
P(T<=t) una cola	0,000000003	
Valor crítico de t (una cola)	1,68487512	
P(T<=t) dos colas	0,000000006	
Valor crítico de t (dos colas)	2,0226909	

El tamaño del efecto según la d de Cohen para calidad de vida es 0.89 y para salud en relación con la ansiedad es de 1.32, lo que confirma la relevancia clínica de ambos resultados.

En relación con la frecuentación presenta diferencia de las medias pero ésta no es significativa $p > 0.05$. (Tabla 3) y no se puede confirmar la hipótesis alterna de que la intervención disminuye la frecuentación.

Tabla 3: Prueba t para medias de dos muestras emparejadas: Frecuentación

	Antes de la intervención	Después de la intervención
Media	16,25	14,575
Varianza	140,141026	197,327564
Observaciones	40	40
Coefficiente de correlación de Pearson	0,43192738	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	39	
Estadístico t	0,76094173	
P(T<=t) una cola	0,22563423	
Valor crítico de t (una cola)	1,68487512	
P(T<=t) dos colas	0,45126845	
Valor crítico de t (dos colas)	2,0226909	

6. Discusión y conclusiones

El programa piloto para el buen uso de psicofármacos requería de una evaluación objetiva de resultados en salud relacionados con la calidad de vida que con este trabajo ha sido confirmado, a partir de los resultados con diferencia significativa tanto con el cuestionario de calidad de vida como con el cuestionario de salud.

El tamaño del efecto es elevado, es decir la diferencia de la puntuación media pretratamiento y postratamiento es superior a 0.8, valor consensado como para considerar clínicamente relevante los resultados.

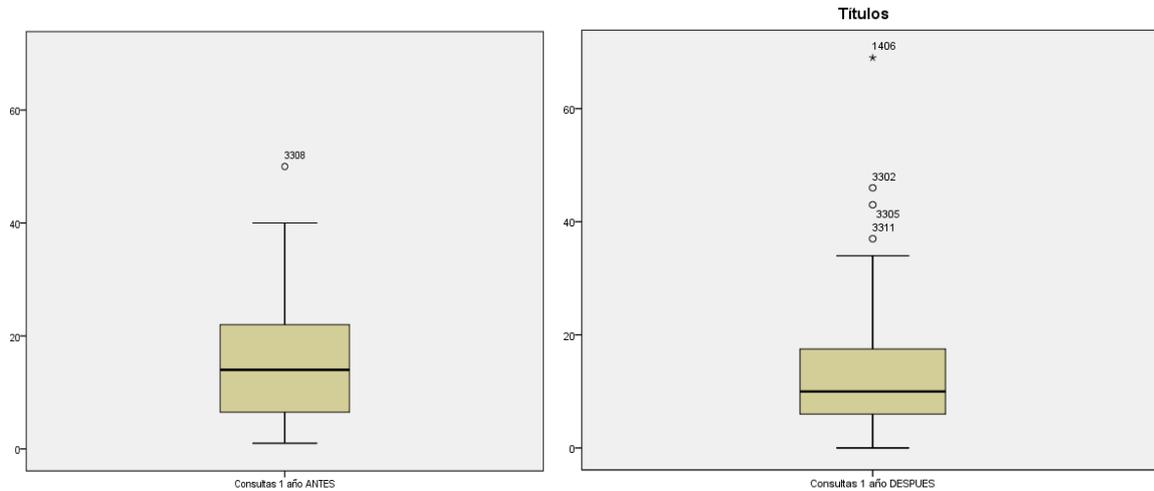
Por ser un estudio casi-experimental la muestra no es aleatoria, coincidiendo la muestra con el número de individuos que cumplen unos criterios, es respecto a esta muestra sobre la que podemos afirmar que la intervención es efectiva y aporta resultados en salud, siendo éstos más sobresalientes en el aspecto de salud en relación con la ansiedad que en calidad de vida.

Respecto a la hipótesis de que este programa disminuía la frecuentación, no ha podido ser confirmado, aunque ha disminuido esta frecuentación la diferencia no presenta significación estadística. Una revisión de los datos de frecuentación nos lleva a comprobar unos valores muy altos de la varianza que implican una amplia dispersión de la muestra con posibles implicaciones en la falta de significación estadística, lo que nos motivó a llevar a cabo un análisis más detallado. Para medir esta dispersión calculamos la distribución de probabilidades de estos valores con el objeto de comprobar si hubiera valores atípicos que estuvieran interfiriendo con las medias.

En la figura 1, en el diagrama de cajas de los datos de frecuentación, se observa en el gráfico previo (grafico 1) un valor extremo entre 1.5 y 3 veces el rango intercuartil y en el

gráfico posterior (grafico 2) tres valores extremos entre el 1.5 y 3 veces el rango intercuartil y un valor extremo superior a 3 veces el rango intercuartil.

Figura 1: Diagrama de cajas: Frecuentación



Tras eliminar los 5 valores extremos, obtenemos unos resultados de frecuentación con significación estadística para una cola (tabla 4), concluyendo que la intervención produce disminución en la frecuentación para la mayoría de los pacientes.

Tabla 4: Prueba t para medias de dos muestras emparejadas: Frecuentación (sin casos extremos)

	Antes de la intervención	Después de la intervención
Media	14,02857143	10,7714286
Varianza	101,6168067	56,3579832
Observaciones	35	35
Coefficiente de correlación de Pearson	0,342490997	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	34	
Estadístico t	1,870405442	
P(T<=t) una cola	0,035028295	
Valor crítico de t (una cola)	1,690924198	
P(T<=t) dos colas	0,07005659	
Valor crítico de t (dos colas)	2,032244498	

Este resultado obtenido tras la manipulación a posteriori de los datos, no modifica los resultados del estudio pero orienta a la hora de llevar a cabo un estudio más amplio del proyecto piloto con el objeto de filtrar de una forma más concluyente los datos de frecuentación.

La revisión puntual de estos valores extremos nos lleva a comprobar que en un mismo día en horas consecutivas hay varios registros de consultas para un mismo profesional o para médico y enfermero, que según nuestra metodología de recogida de datos ha computado de forma independiente, aumentando los registros de consulta.

Desconocemos si esta forma de registro es habitual en todos los profesionales y no afectaría a nuestra valoración o si al contrario es puntual en algún profesional y ha producido un sesgo de registro de información. De cara a un estudio de investigación más amplio recomendamos que los registros de frecuentación se computen por día de contacto con el sistema, independientemente del número de profesionales con los que se haya contactado en el día.

Por otro lado de los 4 valores extremos de consultas después de la intervención, comprobamos que 3 continúan con seguimiento por los servicios de salud mental lo que hace suponer que pudiera haber otra psicopatología independiente de la ansiedad.

Sería objeto de otra valoración si esta intervención pudiera haber sido un filtro para descargar la presión de las consultas individuales de la unidad de salud mental (10).

Hay dos aspectos fundamentales de carácter organizativo para que los profesionales del EAP hayan podido llevar a cabo esta intervención, como son la formación en dinámicas de grupos y especialmente la colaboración del resto del EAP y de la Gerencia del Área de Salud a la hora de liberar la agenda de consultas a demanda. Sin estas dos premisas no se puede ofrecer esta intervención desde atención primaria.

En el caso de esta intervención en la ciudad de Mérida ha participado un psicólogo clínico que no pertenecía al equipo, esta figura es fundamental si hablamos de psicoterapia,

por lo que sería necesario valorar la posibilidad de facilitar que estos profesionales realizaran esta intervención. Desconocemos cuales hubieran sido los resultados si en lugar de psicoterapia se hubiera impartido una intervención grupal de educación para la salud sin psicólogo (11).

A su vez reflexionamos sobre la idiosincrasia de esta patología de estudio como es la ansiedad y la dificultad de su atención en consultas a demanda de 5 minutos que puede llevar al profesional a generar reiteradas y consecutivas citas que aunque es correcto de cara a la atención al paciente no lo es así para poder usar esos registros como cómputo de visitas en la evaluación de la frecuentación.

De los resultados concluimos que la terapia grupal desde atención primaria, impartida en el centro de salud, con la participación de profesionales del equipo es una alternativa eficaz más a ofrecer al paciente que acude al centro de salud con problemas de ansiedad sin otra psicopatología (12).

No se ha comparado la terapia grupal con la terapia individual o la farmacoterapia por lo que no podemos establecer superioridad de una respecto a otras. Tampoco se ha comparado la terapia grupal en el centro de salud con la terapia grupal impartida en otros entornos.

El grupo es terapéutico y es necesario que haya profesionales formados en técnicas de atención grupal y que esta atención se recoja en las agendas de trabajo. Esta terapia grupal disminuye la frecuentación en la mayoría de los pacientes, lo que podría llevar a una mejor atención y disminución de los costes.

7. Bibliografía

1. Vicens C, Sempere E. Uso adecuado de benzodicepinas. AMF. 2014; 10: 390-3.
2. Sempere Verdú E. Uso y abuso de ansiolíticos. FMC. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 2017;24(2):61-3.
3. Azparren Andía A., García Romero I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Bit Servicio Navarro de salud. Abril - Junio 2014; 22(2).
4. Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
5. Menos fármacos, más psicoterapia. Revista OCU-Salud. 2012; 100:11-4.
6. Alonso García de Vinuesa S, Gil González-Haba M, Muñoz Godoy E, Rubio Nuñez PL, Gallardo Becerra A, Santander Barrero C. Impulsando herramientas no farmacológicas. Puesta en marcha de un programa de psicoterapia para el buen uso de psicofármacos. En: XVIII Congreso Nacional SEFAP: 29, 30 y 31 de octubre de 2014, Mérida.
7. Samsa G,Edelman D,Rothman ML,Williams GR,Lipscomb J,Matchar D. Determining clinically important differences in health status measures.Pharmacoeconomics.1999;15:141-55.
8. Bordas Reig R. Disponibilidad de las terapias psicológicas para tratar la ansiedad. FMC. 2007; 14(8): 449-51.
9. Parejo Maestre N, Lendínez-de la Cruz JM, Bermúdez-Torres FM, González Contero L, Gutierrez Espinosa de los Monteros MP, Espejo-Almazán Marís T. Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2016; 42(4):216-24.

10. Monleón B. Tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología de ansiedad en población adolescente. *Revista Española de Pediatría*. 2004; 60(5):370-7.
11. Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29:271-90.
12. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2016 Apr; 39:44-64.
13. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibáñez Pérez L, Valls Colomer MM. Psycho-education group therapy in patients with anxiety and depression in Barcelona Primary Care. *Aten Primaria*. 2009 Apr; 41(4):227-8.