



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 3

Septiembre de 2020

DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUTO-AYUDA GUIADA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA A TRAVÉS DE INTERNET: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Manuel Jesús Palomo Ferrera¹

Consejería de Educación e Investigación de la Comunidad de Madrid
España

RESUMEN

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden dada, por una parte, su alta prevalencia y comorbilidad y, por otra parte, el alto coste de intervención, que es básicamente farmacológica en Atención Primaria. Por ello, en el presente artículo se realiza una propuesta de intervención para el TAG basada en la Terapia Cognitivo Conductual mediante un protocolo de auto-ayuda guiada aplicado a través de Internet. Su objetivo principal es reducir la razón coste/eficacia del tratamiento. A lo largo del artículo se describe el protocolo propuesto, se hace alusión al método de investigación que se llevaría a cabo para obtener evidencia empírica y se exponen y discuten los resultados esperables.

Palabras clave: TAG, ansiedad, atención primaria, terapia cognitivo-conductual.

¹ Correo Electrónico: manuel.palomo@educa.madrid.org

DEVELOPMENT, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF AN INTERNET GUIDED SELF-HELP TREATMENT PROGRAM FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER: AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT

Generalized Anxiety Disorder (GAD) has become an important public health problem due to, on one hand, its high prevalence and comorbidity and, on the other hand, the high cost of intervention, which is basically pharmacological in Primary Care. Therefore, in this article an intervention proposal is made for GAD based on Cognitive-Behavioral Therapy through an Internet guided self-help treatment protocol. Its main objective is to reduce the cost / effectiveness of the treatment. Throughout the article, the proposed protocol is described, and the method that would be carried out to obtain empirical evidence is referenced. Finally, the expected results are exposed and discussed.

Key words: GAD, anxiety, primary care, cognitive-behavioral therapy

Los Trastornos de Ansiedad Generalizada se han convertido en un problema de salud pública de primer orden. Varias razones podrían justificar esta situación:

a) *Elevada prevalencia en la población general:* Los trastornos de ansiedad afectan a más del 10% de la población de cualquier edad (Kessler, *et al.*, 2005). En este sentido, el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), realizado en seis países europeos, encontró que el 14 % de los europeos desarrolla un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida.

En España se han realizado pocos estudios de prevalencia del TAG, de ahí la importancia del estudio ESEMeD, que arrojó unas cifras de prevalencia-año poblacional del 0,5% y de prevalencia-vida del 1,9%. Los últimos datos de prevalencia en atención primaria disponibles son del 7,3% según los estudios de Haro, *et al.* (2006).

Según el estudio LIGANDO (Caballero, *et al.*, 2009), la prevalencia es baja en menores de 25 años (12,9%), la edad adulta media de 25 a 55 años es la de mayor prevalencia (14,1-15,5%) y disminuye progresivamente a partir de esa edad. En cuanto al sexo, es más frecuente en mujeres (2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta (Rodríguez, *et al.*, 2006).

En conclusión, la prevalencia del TAG en consultas ambulatorias de salud mental en España es más alta de lo esperado, siendo las mujeres de entre 25 y 45 años el grupo con mayor prevalencia. El motivo de consulta más frecuente en estos centros son los trastornos de depresión seguidos por los de ansiedad. Entre los pacientes con TAG, los síntomas propios sólo suponen dos tercios de las consultas; es decir, casi uno de cada tres pacientes consulta por un motivo distinto al de su diagnóstico. Finalmente, de los pacientes que visitan al psiquiatra sin diagnóstico de TAG un 10% lo padece.

b) Son altamente costosos en Atención Primaria (en adelante, AP) en relación a su eficacia: Los Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran un importante consumo de recursos y costes sanitarios en el ámbito de la AP. En líneas generales puede afirmarse que los grupos con diagnóstico de ansiedad, comparados con un grupo de control, tienen una mayor probabilidad de utilizar servicios sanitarios y presentan un mayor absentismo y discapacidad temporal en el trabajo (Berndt, e. al., 2000). En un estudio del coste de la prevalencia realizado por Rice, et al. (1998) se estimó que los costes de la ansiedad en Estados Unidos suponían el 31,5% de los costes totales atribuidos a los trastornos mentales, lo que situaba la ansiedad como una de las enfermedades mentales más costosas.

c) Insatisfacción de los pacientes y profesionales en el abordaje de estas enfermedades (Sicras-Mainar, et al. 2009). Además, el TAG tiene un impacto considerable y negativo en la vida diaria y la funcionalidad del paciente, factor que lo vincula con la calidad de vida (Ruiz, et al., 2011).

Díaz y Bados (2009) estudiaron la influencia del TAG en la percepción subjetiva de la calidad de vida. Estos investigadores encuentran que personas con TAG o TAG subclínico presentaban una peor calidad de vida en distintas escalas del “Cuestionario de calidad de vida”. Variables del trastorno como humor deprimido y tendencia a preocuparse fueron los que predecían una peor calidad de vida. También, en cuanto al descenso del nivel de funcionamiento cabe destacar que el TAG es considerado la quinta causa de la pérdida de productividad en el trabajo (García-Campayo, et al. 2012).

d) *Alto número de comorbilidades*: Según el proyecto ESEMeD (Alonso, *et. al.*, 2004), el 69,4 % de pacientes que sufrían un TAG habían tenido al menos otro trastorno mental durante los últimos 12 meses: depresión mayor, agorafobia, trastornos de pánico, entre otros.

En el estudio llevado a cabo por Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) estos investigadores encuentran que el 73% de 90 pacientes con TAG recibieron además al menos un diagnóstico adicional de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-IV-TR (53%, un diagnóstico adicional; 27%, dos; 14%, tres; 5%, cuatro; y 1%, cinco). En otra investigación de similares características, Brown *et al.* (2001) hallaron que, de 120 pacientes con TAG, el 65%, 52% y 36% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Entre los diagnósticos comórbidos más frecuentes, tanto en la actualidad como a lo largo de la historia se encuentran la fobia social (36 y 39%) y el trastorno depresivo mayor (26 y 64%). El TAG tendió a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones de la fobia social (que tendió a aparecer antes) y de las fobias específicas (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

TRATAMIENTO ACTUAL DEL TAG EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

En Atención Primaria (AP), la terapia farmacológica es la más frecuente. Dentro de la cartera de fármacos, los de primera elección son los antidepresivos. De ellos, en España tienen indicación para el TAG: escitalopram, paroxetina y venlafaxina, así como los antidepresivos tricíclicos no sedativos: imipramina y clomipramina (Martínez, Sáiz y García, 2008).

Vedia Urgell *et al.* (2005) en un estudio de prescripción-indicación encontraron que el 43% de los psicofármacos prescritos eran antidepresivos y el 57% ansiolíticos e hipnóticos, siendo los más prescritos los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) (31,6%), y las benzodiacepinas de vida media corta (32,9%) y larga (19,8%).

Como puede entreverse por las investigaciones expuestas anteriormente, el tratamiento farmacológico predomina en AP. La prueba de esto fue obtenida través

del estudio GADAP llevado a cabo por García-Campayo, *et. al.* (2012) en centros españoles de AP. Los resultados de este estudio muestran que sólo el 34,9% de pacientes diagnosticados de TAG en AP seguía un tratamiento no farmacológico (siendo el más frecuente el de relajación) mientras que el 86,5%, el 69,4% y el 49,7% estaban tratados con benzodiazepinas, antidepresivos y antiepilépticos respectivamente.

UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DEL TAG Y SU RELACIÓN COSTE/EFICACIA.

El metaanálisis de Stewart y Chambless (2009) sobre el tratamiento del TAG en la edad adulta concluye que la TCC (incluyendo la TC, la relajación aplicada o ambas) es muy eficaz en la práctica clínica habitual, siendo sus resultados comparables a los de los estudios controlados. Éste y otros metaanálisis (Norton y Prince, 2007) han servido para que la TCC se convierta en el tratamiento psicológico de elección en AP.

Linden, Zubrägel y Thomas (2011) sugieren que la TCC en la práctica real frente al tratamiento farmacológico, reduce el empleo de medicación y los días de baja, mejorado también el funcionamiento laboral.

Al objeto reducir la razón coste/eficacia del tratamiento, algo deseable cuando se trata de un servicio de un sistema de salud público, se han seguido varias vías. Una de ellas es la utilización de programas de autoayuda guiada aplicados a través de internet o software con apoyo limitado por parte del terapeuta vía correo electrónico, teléfono y/o en persona. Varios metaanálisis arrojan conclusiones importantes acerca de los diferentes tratamientos psicológicos del TAG: (1) La TCC por internet ha sido más eficaz que la lista de espera (Andersson *et al.*, 2012); (2) En comparación con la lista de espera, los tamaños del efecto fueron mayores cuando el programa de auto-ayuda a) se basó en internet/ordenador (0,89) en vez de en biblioterapia (0,60), b) implicó cierta guía por parte del terapeuta (0,85) en vez de ser puro (0,58)⁴, c) se aplicó con muestras comunitarias (0,88) en vez de clínicas (0,53) (Haug, *et al.*, 2012); (3) Las mejoras se mantuvieron a los 3-12 meses y el tamaño del efecto fue mayor cuando la TCC computarizada se aplicó por teléfono o

en persona (1,03) o por correo electrónico (0,89) que cuando no hubo contacto con el terapeuta (0,66). Por otra parte, la TCC computarizada fue igual de eficaz que la TCC presencial en estudios que las compararon directamente, excepto en el caso de las fobias específicas (Adelman, *et al.*, 2014).

MÉTODO

En base a las conclusiones recientes del tratamiento del TAG expuestas anteriormente, concluye la necesidad de elaborar un *programa de auto-ayuda guiada para el TAG aplicado a través de Internet (plataforma web) con apoyo limitado por parte del terapeuta*. Sus características más importantes son: (1) Fácil adaptación en espacios públicos de salud mental; (2) Breve y focalizado en el Trastorno de Ansiedad Generalizada; (3) Accesible (no requiere de conocimientos informáticos avanzados) para paciente y terapeuta.

MUESTRA

La muestra que se seleccionaría para llevar a cabo la investigación empírica tendría que reunir una serie de características concretas, definidas a través de los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Como criterios de inclusión, los pacientes tendrían que: (i) ser mayor de 18 años; (ii) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-V para el Trastorno de Ansiedad Generalizada-evaluación categorial; (iii) obtener al menos una puntuación de diez en la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) de Spitzer (2006); (iv) estar dispuesto a participar en el programa. Por otro lado, como criterios de exclusión, se rechazaría la participación en caso de: (i) estar recibiendo otra terapia; (ii) cumplir con criterios de abuso de alcohol y/o consumo de drogas; (iii) padecer otro trastorno mental.

Se seguiría un diseño experimental entre grupos apareados, siendo la variable de apareamiento, para asegurar la equivalencia de los grupos, el grado de ansiedad medido con GAD-7 en un estudio previo. Los pacientes serían asignados, en grupos de ocho, a través de ese procedimiento. Por tanto, se contaría con uno o varios grupos que recibirá el programa de auto-ayuda guiada para el TAG con apoyo limitado, y uno o varios grupos que recibirían el tratamiento habitual, esto es,

fármaco de primera elección “antidepresivo” + TCC con contacto terapéutico. Cabe destacar que los tratamientos se equipararían en número de sesiones.

También merece la pena destacar que los profesionales que desplegarían ambos tratamientos serían los mismos. Se trataría de un psiquiatra, que se limitaría a la prescripción farmacológica en el tratamiento habitual y dos psicoterapeutas entrenados durante cinco horas que implementarían el programa de auto-ayuda guiada y la TCC en el tratamiento habitual (ambos han sido asignados de forma aleatoria a los pacientes y, por tanto, al tratamiento).

VARIABLES, MOMENTOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables que se van a estudiar serían:

- Asistencia a las sesiones con contacto terapéutica (a)
- Grado de cumplimiento con las tareas inter-sesiones (b)
- Ansiedad: diagnóstico categorial (DSM-V) (c) y grado de sintomatología (d)
- Tendencia a preocuparse general (e)
- Funcionamiento global (f)
- Tiempo de permanencia en la plataforma web (g)

Otras variables medibles que fueran de interés serían:

- Satisfacción de los terapeutas con el programa (h)
- Satisfacción de los pacientes con el programa (h')

(Ambas variables medidas a través de un cuestionario ad-hoc tipo Likert con cinco niveles de respuesta).

En cuanto a los momentos de medida, se expone a continuación *Tabla 1* en la que relaciona el momento con las variables a medir.

Momento de medida	de Variables
<i>Estudio preliminar</i>	Diagnóstico de Ansiedad (c) y grado de sintomatología (d)
<i>Pre-intervención</i>	Diagnóstico de Ansiedad (c), grado de sintomatología (d), Tendencia a preocuparse general (e) y Funcionamiento global (f).
<i>Tras cada módulo</i>	Diagnóstico de Ansiedad (c), grado de sintomatología (d), Tendencia a preocuparse general (e) y Funcionamiento global (f).
<i>Post-intervención</i>	Asistencia a las sesiones con contacto terapéutica (a), Grado de cumplimiento con las tareas inter-sesiones (b), Diagnóstico de Ansiedad (c), grado de sintomatología (d), Tendencia a preocuparse general (e) y Funcionamiento global (f), Satisfacción de los terapeutas con el programa (h) y Satisfacción de los pacientes con el programa (h').
<i>Sesión de seguimiento</i>	Diagnóstico de Ansiedad (c), grado de sintomatología (d), Tendencia a preocuparse general (e) y Funcionamiento global (f).

Tabla 1 - Relación entre los momentos de medida y las diferentes variables objeto del estudio.

Los instrumentos de medida a utilizar son: (i) Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) de Spitzer (2006); (ii) Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ) de Meyer *et al.*, (1990); (iii) Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG); y (iv) Entrevista conductual (EC) para el cribado de abuso de alcohol y/o consumo de drogas.

Existe el compromiso ético de que, si el tratamiento que se investiga ofrece mejores resultados, éste se aplicaría a los pacientes no recuperados con tratamiento

habitual. Asimismo, todos los pacientes que participan en el estudio tendrían que dar su consentimiento informado.

INTERVENCIÓN

Se trata de un *programa de auto-ayuda guiada para el TAG aplicado a través de Internet con apoyo limitado por parte del terapeuta*, que presenta las siguientes características:

- Incluye 5 sesiones de *contacto con terapeuta* y 6 sesiones de *trabajo autónomo*. Dichas sesiones tienen una duración de 60 minutos (si bien la duración de las sesiones de trabajo autónomo podría dilatarse en función de la forma en que la aborde cada paciente).
- La plataforma web que se emplea está alojada en un servidor seguro SSL que garantiza la confidencialidad. Esta plataforma permite el acceso privado a través de una cuenta y un código. En ella se ponen a disposición del paciente, por módulos, diferentes vídeos y documentos.
- Las sesiones están programadas para su desarrollo semanal y están agrupadas en módulos.
- Los módulos en la plataforma web están encadenados, de tal forma que no se habilitan hasta que no se completan todas las tareas “fin” del módulo anterior.
- Se proporcionan plantillas o documentos guía a la hora de realizar actividades inter-sesiones (ej: “*Diario de las preocupaciones*”).
- La plataforma cuenta con un sistema de mensajería entre paciente y terapeuta, así como las dos guías que se describen a continuación:
 - F.A.Q. (Frequently asked questions) = Preguntas frecuentes en cuanto a la plataforma y su uso.
 - F.A.P. (Frequently asked problems) = Problemas frecuentes en la aplicación de técnicas y tareas psicológicas.
 -

MÓDULO 1: Psicoeducación – 2 sesiones

Sesión 1: Contacto con terapeuta

- Justificar el tratamiento.
- Entender en qué va a consistir el tratamiento: objetivos, número de sesiones, actividades, asistencia.
- Saber acceder y manejar con suficiente soltura el software online que va a emplearse.

Sesión 2: Trabajo autónomo

- Introducir el concepto de ansiedad y preocupación. Naturaleza de la ansiedad.
- Diferenciar la preocupación normal y la preocupación patológica.
- Conocer y manejar en situaciones cotidianas el sistema triple de respuesta de Lang.
- Tarea “fin”: cuestionario sobre los contenidos abordados sobre la ansiedad.

MÓDULO 2A: Relajación (I) – 1 sesión

Sesión 3: Trabajo autónomo

- En la primera sesión sobre relajación, se explica y se pone en práctica la relajación progresiva a través de un vídeo en el que aparece el propio terapeuta: Se explica al paciente que la relajación permite disminuir las reacciones fisiológicas de la ansiedad. Incluye dieciséis grupos musculares poniendo hincapié en las sensaciones de tensión/relajación de cada grupo muscular. Los músculos se tensan durante diez segundos y se relajan durante veinte segundos. Posteriormente se emplean técnicas de profundización como la respiración lenta y la respiración de la palabra *relax* al respirar.
- Tarea “fin”: Durante la semana, el paciente completará un autorregistro (con parámetros: situación, sensación, relajación y nivel de bienestar).

MÓDULO 2B: Relajación II – Transversal

Sesiones 4-10: Trabajo autónomo

- Relajación de 8 grupos musculares (1 sesión).
- Relajación de 4 grupos musculares (1 sesión).
- Relajación mediante recuerdo, concentrándose en los 4 grupos musculares liberando tensión mediante el recuerdo de la relajación lograda en prácticas anteriores (5 sesiones).

MÓDULO 3: Reestructuración cognitiva – 5 sesiones

Sesión 4: Contacto con terapeuta

- Reestructuración verbal de la utilidad de las preocupaciones mediante la guía de Borkovec, Hazlett-Stevens y Díaz (1999):

a) Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme y, más en general, es un medio eficaz de resolver problemas.

b) Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer.

c) Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas.

d) Preocuparse puede por sí mismo evitar la ocurrencia de consecuencias negativas o hace menos probable que ocurran.

e) Preocuparse ayuda a no pensar en cosas más perturbadoras emocionalmente.

Sesión 5: Trabajo autónomo

- Experimento conductual nº 1: "Diario de las preocupaciones". Se explica y se inicia esta técnica. Se escriben las preocupaciones que surgen durante una semana, así como lo que teme que pudiera suceder y su habilidad para hacerle frente. Se añade otra columna, en la que al final del día el paciente pueda valorar cómo fueron en realidad sus habilidades de afrontamiento.

- Experimento conductual nº 2: "Encuestas breves". Se trata de que el paciente pregunta a personas diferentes cuestiones como: a) si se preocupan; b) en qué grado; c) con qué frecuencia; d) si les provoca o no malestar; e) dificultades encontradas en ocasiones para controlar la preocupación.

- Experimento conductual nº 3: "Experimentos de modulación de la preocupación". Se trata de someter a prueba la creencia de que la preocupación mejora el rendimiento en el día a día, en el trabajo, en las relaciones sociales, en las labores del hogar, en el desempeño de un rol familiar... Por ello, se le pide que un día concreto el paciente se preocupe más de la cuenta y que al día siguiente no lo haga y que registre sus resultados (se proporcionan ejemplos de indicadores observables según el dominio vital en que vaya a intensificar la preocupación).

- Tarea "fin": Subir a la plataforma las plantillas realizadas de cada experimento conductual.

Sesión 6: Contacto con terapeuta

- Se revisan con el terapeuta todos los experimentos conductuales realizados.

MÓDULO 4: Control de estímulos – 1 sesión

Sesión 7: Trabajo autónomo

- Control de estímulos: Se trata de posponer las preocupaciones para un momento y lugar específicos del día. Se pide al paciente que durante toda la semana de la sesión: a) Identifique preocupaciones y otros pensamientos que sean innecesarios o desagradables; b) Elija un periodo de preocupación de 15-30 minutos en el mismo lugar y a la misma hora; c) Cuando note que se está preocupando, posponga la preocupación al periodo prefijado y se concentre hasta entonces en la experiencia del momento presente; y d) Utilice el periodo de preocupación para preocuparse y aplique estrategias aprendidas.
- Tarea “fin”: Subir a la plataforma una valoración personal sobre la utilidad de la técnica en el día a día, cómo ha afectado a su ejecución en diferentes tareas, etc.

MÓDULO 5: Exposición graduada e imaginal – 2 sesiones

Sesión 8: Contacto con terapeuta

- Exposición imaginal a los miedos subyacentes a la preocupación: a) Justificación del procedimiento; b) Identificar áreas de preocupación y elaborar situación con elementos del contexto, respuestas de ansiedad y consecuencias temidas y graduarlas; c) Entrenar en imaginación mediante escenas neutras con sensaciones; d) Evocar primera imagen preocupante; e) Mantenerla en mente durante 25-30 minutos tomando medidas USA cada 5 minutos sin emplear estrategias de afrontamiento y sin evitar la imagen; f) En los minutos finales de la exposición, preguntar que ocurriría en el futuro (1 semana, 1 mes, 1 año...); g) Al término de la exposición, pedir que genere alternativas a la peor consecuencia temida y qué podría hacer en ese caso; h) Tras habituación, se pasa a la siguiente imagen. Esta sesión se graba y se pone a disposición del paciente en la plataforma.

Sesión 9: Trabajo autónomo

- Auto-exposición imaginal mínimo tres días a la semana (Si surgen problemas, el paciente en la plataforma dispone de un sistema de mensajería para contactar con el terapeuta).

- Tarea “fin”: Subir a la plataforma un autorregistro que incluya: tiempo de inicio y fin, reacciones, contenidos de la exposición, peor consecuencia temida, ansiedad máxima experimentada, alternativas y ansiedad tras alternativas.

MÓDULO 6: Resolución de problemas – 1 sesión

Sesión 10: Trabajo autónomo

- Resolución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 2006): Se trata de buscar formas alternativas de afrontamiento diferentes a la preocupación, que a estas alturas el paciente comprenderá que no es de utilidad. Se promueve la adopción de perspectivas más realistas y menos catastrofistas. Esta técnica consiste en cambiar la (1) Orientación o actitud hacia los problemas y dotar de (2) Habilidades básicas de resolución de problemas, a los pacientes. Consta de fases: Fase 1 – Definición y formulación del problema. Fase 2 – Generación de soluciones alternativas. Fase 3 – Toma de decisión. Fase 4 – Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Se proporciona en la plataforma un problema resuelto con sus diferentes fases.

- Tarea “fin”: A través de una plantilla con las fases detalladas, el paciente subirá un documento resolviendo un problema personal.

MÓDULO 7: Seguimiento – 1 sesión

Sesión 11: Contacto con terapeuta

- A los tres meses, se realizará una sesión de seguimiento.
- Tarea “fin”: Complimentación del cuestionario de satisfacción con el tratamiento.

RESULTADOS PREVISIBLES

- Porcentajes de abandono. Se espera que los porcentajes de abandono (20%) de un tratamiento auto-guiado con ayuda sean menores (Andersson *et al.*, 2012) que con la TCC habitual (26,8%) (Van Ingen, *et al.*, 2009), tal como indica la evidencia empírica disponible.
- Medida y mejora. Sería esperable que el tamaño del efecto para las medidas de TAG, preocupaciones y Calidad Global del programa propuesto sean mayores que la lista de espera (Andersson *et al.*, 2012); y que, en cuanto al tratamiento habitual,

los tamaños del efecto sean similares para las antedichas variables (Adelman, *et al.*, 2014)

- Satisfacción con el programa. Se espera que los pacientes más satisfechos con el programa mejoren más. Asimismo, tal como se encuentra en la literatura al respecto, la satisfacción del paciente con los programas asistidos por ordenador es mayor cuando hay contacto con el psicoterapeuta (Spek, *et. al.*, 2007).
- Grado de cumplimiento de las tareas inter-sesiones y avance en las sesiones. Es plausible que se encuentren mayores cuotas de mejora en aquellos pacientes que cumplen con las tareas inter-sesiones. También se espera que cuanto más se avance en el programa, más progreso se consiga en la terapia.
- Seguimiento y mantenimiento de la mejora. Sería esperable que las mejoras se mantuvieran a los 3, a los 6 y a los 12 meses, tal como se recoge en otros estudios (Adelman, *et. al.*, 2014).
- Permanencia en la plataforma. El sistema web permite conocer el tiempo de permanencia de un paciente en la plataforma (en contacto con materiales: documentos, vídeos, explicaciones, etc.). Podría figurarse que esto redundaría en una mejora más notoria.

VALORACIÓN FINAL

La incorporación de este programa de auto-ayuda guiada para el TAG aplicado a través de Internet (plataforma on-line) con apoyo limitado por parte del terapeuta persigue dos objetivos: a) aumentar la disponibilidad del tratamiento; y b) reducir la razón coste/eficacia del mismo.

Se ha optado por un programa de autoayuda guiada frente a autoayuda pura en tanto que los tamaños del efecto para la primera opción fueron mayores en medidas de TAG, malestar psicológico y calidad de vida (Mewton, Wong y Andrews, 2012). Además, como se expuso anteriormente, en el primer caso (auto-ayuda guiada) las tasas de abandono son menores.

Además, la estructura del programa es modular, lo que podría facilitar el hecho de encontrar aquellos módulos con más incidencia en la mejora, al objeto último de aumentar aún más su razón de coste/eficacia. En cuanto a esto, también merece la

pena destacar que el programa persigue la mejora continua, por ello se incluyen cuestionarios de satisfacción.

Este programa trata de reducir costes sin perjuicio de la eficacia. Por ello, se ha basado en la literatura científica al respecto en las tomas de decisiones que han conducido a su confección. Antes de detallar los costes que se reducen, sí hay que tener en cuenta que su puesta en práctica en el centro de salud detallado conllevaría la siguiente inversión inicial: Por un lado, el diseño de una web con plantilla con los requerimientos indicados en los detalles del programa, que ascendería a un pago único alrededor de los 600-800 euros (sin contar con futuros costes de actualización). Por otro lado, el mantenimiento del servidor seguro con certificado OV y protocolo SSL, que garantizase la confidencialidad, tendría un coste mensual de entre 50-100 €. A esto habría que sumar un entrenamiento para los dos terapeutas de unas cinco horas.

En cuanto a los costes que se reducen, diferenciamos entre directos e indirectos:

- Costes directos: Descendería el uso de farmacología, con lo que esto supondría de ahorro en medicación para la seguridad social. Además, en tanto que se reduce la medicación, los posibles efectos adversos serían menores (reduciendo asimismo el coste de tener que tratar estos efectos).

Disminuirían las sesiones de contacto terapéutico, que requieren tiempo de facto para el terapeuta, lo que se traduciría también en un ahorro en la conversión de asistencia – dinero.

- Costes indirectos: El hecho de no tratar o de no conseguir mejoras por abandono en pacientes con TAG, genera costes indirectos en forma de costes de morbilidad: pérdida de productividad por baja laboral y por asistencia a terapias.

Cabe destacar que Linden, Zubrägel y Thomas (2011) sugieren que la TCC en la práctica real frente al tratamiento farmacológico, reduce el empleo de medicación y los días de baja, mejorado también el funcionamiento laboral.

El programa en su mejora continua persigue:

- Encontrar el punto adecuado de auto-ayuda guiada sin menoscabo de la eficacia; esto es, reducir las sesiones de contacto terapéutico.

- Reducir en general el número de módulos, sesiones y tareas. En este sentido, se pretende buscar una fórmula que permita ajustar el programa a las características del paciente. En esta línea, Durham *et al.*, (2004) comprueban que cinco sesiones son suficiente para pacientes con buen pronóstico; y que, para pacientes con mal pronóstico, más de nueve sesiones no provocan mejora significativa.

Referencias Bibliográficas.

- Adelman, C.B., Panza, K.E., Bartley, C.A., Bontempo, A. y Bloch, M.H. (2014). A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. ***The Journal of Clinical Psychiatry***, **75**, e695-e704.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. y Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. ***Acta psychiatrica scandinavica***, **109**(s420), 21-27.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv J, y Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. ***Psychotherapy and Psychosomatics***, **81**, 344-355.
- Berndt, E. R., Bailit, H. L., Keller, M. B., Verner, J. C., y Finkelstein, S. N. (2000). Health care use and at-work productivity among employees with mental disorders. ***Health Affairs***, **19**(4), 244-256.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. ***Journal of Abnormal Psychology***, **110**, 585-599.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I., y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. ***Actas Españolas de Psiquiatría***, **37**(1).
- Díaz, S., y Bados, A. (2009). Calidad de vida en personas con trastorno de ansiedad generalizada. ***Psicología Conductual***, **17**(2), 217-231.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2006). ***Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention***. Nueva York: Springer

- García del Pozo, J., Abajo Iglesias, F. J. D., Carvajal García-Pando, A., Montero Corominas, D., Madurga Sanz, M., y García del Pozo, V. (2004). The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002). **Revista española de salud pública**, 78(3), 379-387.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. **Medicina clínica**, 126(12), 445-451.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G. y Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. **Clinical Psychology Review**, 32, 425-445.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, 62(6), 593-602.
- Linden, M., Zubrägel, D. y Bär, T. (2011). Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders. **Clinical Psychology y Psychotherapy**, 18, 218-224.
- Martínez, S., Sáiz, P., y García, M. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. **Jano**, 1714, 9-14.
- Mewton, L., Wong, N. y Andrews, G. (2012). The effectiveness of internet cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. **Depression and Anxiety**, 29(10), 843-849.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. **Behaviour research and therapy**, 28(6), 487-495.
- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 195, 521-531.
- Provencher, M.D., Ladouceur, R. y Dugas, M.J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et evolution suite a une thérapie cognitivo-comportementale. **Revue Canadienne de Psychiatrie**, 51, 91-99.
- Rice, D. P., y Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. **The British Journal of Psychiatry**, 173(34), 4-9.

- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., y Keller, M. B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *The Journal of nervous and mental disease*, **194**(2), 91.
- Ruiz, M. A., Zamorano, E., García-Campayo, J., Pardo, A., Freire, O., y Rejas, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, **128**(3), 277-286.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., y Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, **41**(2), 77-84.
- Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, **37**(3), 319-328.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, **166**(10), 1092-1097.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 595-606.
- Van Ingen, D.J., Freiheit, S.R. y Vye, C.S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, **40**, 69-74.
- Vedia, U. C., Bonet, M. S., Forcada, V. C., y Parellada, E. N. (2005). Study of use of psychiatric drugs in primary care. *Atencion primaria*, **36**(5), 239-245.