

¿En qué ocasiones el médico de familia solicita un tratamiento psicológico para sus pacientes?: análisis descriptivo y de concordancia entre diagnósticos

In which cases does the family doctor requests a psychological treatment for his patients?: descriptive analysis and concordance between the diagnostics.

David Sánchez González¹, Daniel Vega Moreno¹, Ángel Soto Lumbreras¹, Alexis Andreu i Gràcia¹, Mireia Castells Rovira¹, David Navarro Martín², Silvia Alpàñez Abanades³, Isabel Caballero Humet⁴, Daniel Allepuz Pérez⁵, Aurora Garriga Badia³ y Joan Ribas i Sabaté¹.

Resumen

Los trastornos mentales son una de las causas más importantes de morbilidad en el mundo, y suponen elevados costes económicos y sociales. La atención primaria de salud juega un papel importante en su detección y tratamiento. Los tratamientos psicológicos, que han sido a menudo mal difundidos, son una opción de tratamiento eficaz para una gran parte de los trastornos mentales. El presente estudio pretende investigar en qué casos el médico de familia solicitó un tratamiento psicológico para sus pacientes. Se analizaron las solicitudes escritas que había realizado el médico de familia (n=322). Los principales resultados sugieren una discrepancia en cuanto a la necesidad de realizar un tratamiento psicológico, así como una ausencia de concordancia entre diagnósticos (médico de familia vs psicólogo). Los datos obtenidos podrían sugerir la necesidad de mejorar la difusión de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, especialmente en la atención primaria de salud.

Palabras clave: Tratamiento psicológico. Atención primaria de salud. Salud mental. Concordancia diagnóstica.

¹Área de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Hospital d'Igualada

²Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Vilanova del Camí.

³Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Capellades.

⁴Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa Margarita de Montbui.

⁵Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Piera

Correspondencia: Dr. Daniel Vega Moreno
Área de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Hospital d'Igualada
Av. Catalunya, 11
08700 Igualada (Barcelona)
E-mail: dvega@csa.cat

Summary

The mental health problems are one of the most important causes of morbidity in the World, and suppose a source of high economic and societal costs. The primary health care plays an important role in their detection and treatment. The psychological treatments have been often poorly disseminated; nevertheless, they are an efficacious treatment option for a great part of mental disorders. This study aims to analyze the indication of psychological treatments which were made by the general practitioners. The data presented in the written solicitude was analyzed (n=322). A discrepancy in the need to realize a psychological treatment, and the absence of concordance between diagnoses (family doctor vs. psychologist), were the major findings. These results could suggest a need of improve the dissemination of evidence based psychological treatments, especially in the primary health care settings.

Key words: Psychological treatment. Primary health care. Mental health. Diagnostic concordance.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son una de las mayores causas de morbilidad en el mundo, y motivo de elevados costes económicos y sociales. En España, podrían suponer un coste total de aproximadamente 7.019 millones de euros (Oliva-Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero y Duque-González, 2009) y, en los países desarrollados, algunos trastornos, como la depresión unipolar, podrían ser en el futuro la principal causa de años vividos con discapacidad (YLD; tal como se desprende de cálculos sobre proyecciones a largo plazo; Mathers y Loncar, 2006); este hecho indicaría el importante impacto funcional que pueden suponer los trastornos mentales para las personas que los padecen.

Concretamente, en la Atención Primaria de Salud (AP), los trastornos mentales presentan una elevada morbilidad (Miranda et al., 2003), oscilando la prevalencia de psicopatología entre el 22 y el 29% (Latorre, López-Torres, Montañés y Parra, 2005). Los diagnósticos más frecuentes son: los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y el trastorno adaptativo (Landa, Goñi, García y Lizasoain, 2008). Además, los pacientes con algún trastorno mental, presentan elevadas tasas de frecuentación en las consultas de AP, hecho que supondría una sobrecarga asistencial y favorecería la saturación de los servicios (Ortiz, González y Rodríguez, 2006).

Muchas de las personas que padecen una enfermedad mental, consultan por primera vez en AP, constituyendo ésta la *puerta de entrada* a un

tratamiento adecuado; en consecuencia, los equipos de AP juegan un importante papel en su intervención y prevención. En este contexto, habitualmente, el médico de familia valora inicialmente al paciente y determina la orientación diagnóstica, la indicación de tratamiento y la prioridad de la derivación a los recursos especializados en salud mental (si se precisa). En consecuencia, el tipo de diagnóstico determina la derivación, y es por ello que la concordancia entre el diagnóstico del médico de familia y el especialista en salud mental (SM) es altamente importante para la correcta indicación de tratamiento.

Pese a su relevancia, existen datos a favor de una escasa concordancia entre el diagnóstico que se realiza en AP y el que posteriormente se realiza en SM (Miranda et al., 2003), especialmente en las categorías diagnósticas más frecuentes (Landa et al., 2008). Por ejemplo, en el caso de los trastornos afectivos, solamente en el 37% se produce este acuerdo y, de manera similar, ocurre con los trastornos de ansiedad (42% de acuerdo). De manera congruente, una discreta concordancia se ha evidenciado también entre el diagnóstico establecido en AP, y el basado en entrevistas clínicas estructuradas (Barret, Barret, Oxman y Gerber, 1988; Füredi, Rózsa, Zámbari y Szádóczy, 2003).

En cuanto al tratamiento sabemos, por ejemplo, que una parte importante de los pacientes que sufren un trastorno depresivo no solicitan ayuda, que una parte importante de los que lo hacen no reciben el diagnóstico adecuado, y que en menos de la mitad de ocasiones se proporciona el

tratamiento adecuado (Kanton y Schulberg, 1992; Eisenberg, 1992; Volk, Nease y Cass, 1997). En concreto, los tratamientos psicológicos, suponen una opción eficaz para un amplio rango de trastornos mentales; sin embargo, existe una amplia evidencia de que los tratamientos psicológicos con apoyo empírico rara vez están disponibles y, aún cuando lo están, éstos se realizan de manera poco óptima (Shafran et al., 2009).

El presente estudio pretende analizar en qué casos los médicos de familia consideran oportuno un tratamiento psicológico, a través del análisis de alguna información presente en la solicitud que éstos realizan para que el tratamiento sea valorado. Se presta especial atención al análisis de la concordancia entre el diagnóstico que el médico de familia establece con el que realiza posteriormente el psicólogo de referencia, dada la importancia que supone el diagnóstico en la elección de tratamiento y coordinación entre profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Tomando como referencia la comarca de l'Anoia (que consta de 117.114 habitantes), se tuvieron en cuenta los datos de cuatro áreas bási-

cas de salud (ABS): Vilanova del Camí, Capellades, Santa Margarida de Montbui y Piera. Estos municipios en su totalidad suponen el 24% de población de la Anoia, según datos extraídos de archivos oficiales (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2009).

Se analizaron un total de 322 solicitudes consecutivas de valoración de tratamiento psicológico (que había realizado el médico de familia), entre febrero de 2009 y julio de 2010.

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los pacientes. Se tuvieron en cuenta las variables de edad ($M= 39'06$; $DE= 14'36$), actividad laboral y nivel de estudios.

Procedimiento

Se recogieron las hojas de solicitud de tratamiento psicológico, emitidas previamente por el médico de familia; en éstas constaba el diagnóstico del paciente y la prioridad de derivación (ordinaria, preferente o urgente).

El psicólogo de referencia analizó la información de dichas solicitudes y se coordinó con el respectivo médico de familia. A partir de este proceso de coordinación y, en caso de ser necesario, la realización de una o varias visitas de valoración, éste

Tabla 1
Datos sociodemográficos

	Frecuencia (%)
Nivel de estudios	
Primarios	113 (55,7%)
Secundarios	75 (36,9%)
Universitarios	12 (5,9%)
Otros	3 (1,5 %)
Actividad laboral	
Activo	98 (44,5%)
Inactivo	79 (35,9%)
ILT	36 (16,4%)
ILP	7 (3,2%)
Centro de Atención Primaria de procedencia	
Capellades	62 (19,3%)
Piera	158 (49,1%)
Santa Margarida de Montbuí	41 (12,7%)
Vilanova del Camí	61 (18,9%)

Nota. ILT, incapacidad laboral temporal. ILP, incapacidad laboral permanente.

estableció un nuevo diagnóstico y determinó la necesidad o no de iniciar un tratamiento psicológico.

En cuanto al primer diagnóstico, el realizado por el médico de familia, se utilizaron los criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) dado que, en AP, se utiliza este sistema. Para el segundo diagnóstico, el realizado por el psicólogo, se utilizó como sistema de clasificación el DSM-IV-TR (APA, 2000). Para la comparación entre diagnósticos, éstos fueron agrupados en categorías amplias utilizando las categorías del DSM-IV-TR.

Análisis estadístico

Para calcular la magnitud de la asociación entre variables nominales se utilizó el estadístico *V* de *Cramér*, que proporciona valores comprendidos entre 0 (ausencia de asociación) y 1 (asociación perfecta).

Para conocer la medida de concordancia entre diagnósticos se utilizó la *alpha* de *Krippendorff* (α); este estadístico, confeccionado originalmente por *Krippendorff* (1970), ha sido recientemente propuesto por algunos autores como un posible estándar para la codificación de datos, debido a que muestra diversas propiedades que le hacen superior a otros (*Hayes* y *Krippendorff*, 2007). La α varía entre 0 que indica la ausencia de acuerdo

y 1 que indica el acuerdo máximo. Para calcular los intervalos de confianza se utilizó un *bootstrap* (método de remuestreo) de 1000. También se utilizó la *Kappa* de *Cohen*, otra medida de concordancia entre diagnósticos, este estadístico necesita una tabla simétrica de dos vías, y debido a ello no fue posible utilizarlo en todos los casos (requería en el presente estudio eliminar determinados diagnósticos).

Para conocer si había algún tipo de asociación, cuando las dos variables eran ordinales, se utilizó el *índice gamma* de *Goodman* y *Kruskal* que varía entre -1 y 1, siendo los valores cercanos a cero indicadores de falta de asociación.

Los cálculos estadísticos se realizaron utilizando el software propietario SPSS en su versión 17. Los datos fueron considerados significativos cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los diagnósticos más realizados por el médico de familia fueron los trastornos de ansiedad ($n=118$, 37,1%); el psicólogo realizó en mayor frecuencia diagnósticos de carácter adaptativo ($n=51$, 25,5%) (ver Tabla 2).

La concordancia entre diagnósticos fue ine-

Tabla 2
Diagnósticos más frecuentes en categorías y concordancia

Diagnóstico	Psicólogo <i>n</i> (%)	Médico de Familia <i>n</i> (%)	Coincidencia <i>n</i> (%)
Trastornos adaptativos	51 (25,5%)	5 (1,6%)	1 (2,0%)
Trastornos del estado de ánimo	38 (18,8%)	61 (19,2%)	13 (35,1%)
Sin diagnóstico	27 (13,4%)	40 (12,6%)	5 (19,2%)
Trastornos de ansiedad	25 (12,4%)	118 (37,1%)	15 (62,5%)
Trastornos de la personalidad	24 (11,9%)	12 (3,8%)	3 (12,5%)
Problemas psicosociales	10 (5%)	3 (0,9%)	0 (0,0%)
Trastornos relacionados con sustancias	9 (4,5%)	5 (1,6%)	1 (11,1%)
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	6 (3%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)
Trastornos de la conducta alimentaria	5 (2,5%)	8 (2,5%)	4 (80,0%)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	—	42 (13,6%)	—
Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y síntomas generales	—	9 (2,8%)	—

Nota. Sólo se han incluido las categorías con una frecuencia relativa superior al 2% en al menos uno de los diagnósticos. El tanto por ciento de la coincidencia se ha calculado a partir de los diagnósticos de salud mental.

xistente, tanto utilizando categorías amplias ($\alpha = 0,086$, $IC95\%=0,0213-0,157$) como utilizando diagnósticos concretos ($\alpha=-0,025$, $IC95\%=-0,052-0,007$). En caso de eliminar las categorías que nunca coincidieron, debido al uso de sistemas taxonómicos distintos, los resultados continuaron mostrando una concordancia baja ($\alpha=0,106$, $IC95=0,0282-0,1915$). La Kappa de Cohen proporciona resultados similares en este último caso ($k=0,151$, $p<0,001$).

El 26,5% de las solicitudes de tratamiento fueron consideradas adecuadas por el psicólogo. No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico realizado por el médico de familia y la indicación de tratamiento realizada por el psicólogo ($X^2=46,50$, $gl=36$, $p=0,113$). Un análisis pormenorizado, muestra que el porcentaje más elevado de casos en los que el psicólogo sí determinó que era necesario un tratamiento psicológico, fueron aquellos que recibieron posteriormente el diagnóstico de *trastorno relacionado con sustancias* (66,7%), *Trastorno de la Conducta Alimentaria* (60%), *Trastorno de la Personalidad* (54,2%) y *Trastorno del estado de ánimo* (32,4%).

No existió asociación estadísticamente significativa entre la prioridad establecida por el mé-

dico de familia y la indicación de tratamiento ($G= 0,083$, $p=0,378$).

Por último, un análisis del diagnóstico más frecuente en función del diagnóstico establecido por el otro evaluador (psicólogo vs médico de familia) mostró, por ejemplo, que cuando el médico de familia diagnosticó un trastorno de ansiedad el psicólogo discrepó mayoritariamente, diagnosticando un trastorno adaptativo (fue así en el 58% de los casos; ver tabla 3).

DISCUSIÓN

El presente trabajo pretende estudiar en qué ocasiones el médico de familia realiza solicitudes de tratamiento psicológico, y analizar si éstas son consideradas adecuadas por el psicólogo de referencia. Además, se realiza un análisis de la concordancia entre el diagnóstico inicial (realizado por el médico de familia) y el posteriormente establecido por el psicólogo. Por último, se analiza la urgencia establecida en la solicitud de derivación por parte del médico de familia, y su relación con la indicación de tratamiento determinada por el psicólogo.

De todas las solicitudes de tratamiento realizadas por el médico de familia, el psicólogo sola-

Tabla 3
Diagnósticos más frecuentes en función del diagnóstico del otro evaluador

Diagnóstico Psicólogo	Diagnóstico más frecuente en AP (%)
Trastornos adaptativos	T. ansiedad (58%)
Trastornos del estado de ánimo	T. ánimo (35,1%)
Sin diagnóstico	T. ánimo/t. ansiedad (26,9%)
Trastornos de ansiedad	T. ansiedad (62,5%)
Trastornos de la personalidad	T. ansiedad (33'3%)
Problemas psicosociales	T. mixto./T. ansiedad* (30%)
Trastornos relacionados con sustancias	T. personalidad / T.ánimo* (33,3%)
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	T. ansiedad* (33,3%)
Trastornos de la conducta alimentaria	T.C. alimentaria* (80%)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	—

Nota. Cuando aparecen dos diagnósticos es porque hay un empate. *n <5 en el diagnóstico más frecuente.

mente consideró oportunas el 26,5% de éstas. Este dato estaría asociado al hecho de que, si tomamos como referencia el diagnóstico del psicólogo, aproximadamente el 40% de las solicitudes de tratamiento se debieron a trastornos adaptativos, problemas psicosociales o simplemente, no existía ningún diagnóstico clínico en el momento de la valoración. Estos datos sugerirían una discrepancia del 73,5% entre ambos profesionales, en cuanto a la necesidad de recibir un tratamiento psicológico.

El análisis de la concordancia entre el diagnóstico inicial realizado por el médico de familia y el diagnóstico realizado por el psicólogo a posteriori, apoyaría lo anteriormente expuesto. Además, la nula concordancia evidenciada, es especialmente relevante en el caso de los trastornos adaptativos que son, mayoritariamente, diagnosticados por el psicólogo y apenas diagnosticados por el médico de familia; de esta manera, cuando el médico de familia realizaba un diagnóstico de trastorno de ansiedad, se producía una discrepancia con el diagnóstico del psicólogo que, en la mayoría de los casos, consideraba éste como un trastorno adaptativo. Estos datos serían consistentes con estudios previos (Landa et al., 2008), y sugerirían un bajo índice de diagnósticos de trastorno adaptativo, en favor del de trastornos de ansiedad por parte de los médicos de familia; hecho que obviaría las características reactivas de los primeros y por tanto, la conveniencia o no de recibir un tratamiento psicológico en muchos casos. De todas maneras, en relación a lo anteriormente expuesto, es importante destacar que la concordancia entre diagnósticos fue mayor en aquellos casos más graves y que, por tanto, el médico de familia ajustó mejor su diagnóstico en este tipo de casos que en los menos graves. En esta línea, también cabe destacar que algunos trastornos adaptativos podrían resultar casos graves (Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001; Portzky, Audenaert y Herringen, 2009) y que decidir, sobre la indicación de tratamiento, puede resultar complicado (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001).

Por otro lado, el hecho de que no exista relación estadísticamente significativa entre la prioridad establecida por el médico de familia en su solicitud de derivación y la indicación o no de tratamiento, también avalaría la discrepancia entre

el médico de familia y el psicólogo en cuanto a la indicación de éste. De esta manera, en algunas ocasiones, pese a que el médico consideró que la valoración debía ser preferente o urgente, el psicólogo no consideró oportuno iniciar un tratamiento.

Varios son los factores que podrían explicar las discrepancias expuestas con anterioridad, tanto en el diagnóstico como en la indicación de tratamiento psicológico, entre el médico de familia y el psicólogo: (i) en primer lugar, las dificultades en la diseminación de los tratamientos psicológicos eficaces (Shafran et al., 2009); en este sentido, la escasa relevancia que la investigación tiene en la práctica clínica, sobretudo en el caso de los tratamientos psicológicos en comparación con otro tipo de tratamientos (por ejemplo los farmacológicos), y algunas posibles lagunas en la formación y el conocimiento sobre este tipo de tratamientos, podrían explicar en buena parte las discrepancias. De esta manera, el médico de familia desconocería qué casos (ó diagnósticos) deben recibir tratamiento psicológico y cuáles no, justificando así la derivación para que sea el propio psicólogo quien determine esto. (ii) Por otro lado, una elevada presión asistencial en AP podría relacionarse con un porcentaje mayor de demanda de tratamiento por parte del médico de familia, una mayor percepción de gravedad en relación al diagnóstico, y también una mayor sensación de urgencia. (iii) Por último, la ausencia de un lenguaje común (diferentes taxonomías diagnósticas) podría haber dificultado la coordinación y limitado una concordancia mayor entre diagnósticos.

Debido a que, como se ha expuesto con anterioridad, los trastornos mentales representan un porcentaje elevado de las consultas que realizan los médicos de familia y que, la AP, supone la puerta de entrada a un tratamiento adecuado, los datos obtenidos permiten concluir la necesidad de mejorar: (i) la capacidad diagnóstica del médico de familia (especialmente en los casos menos graves), y (ii) el conocimiento sobre la utilidad e indicación de los tratamientos psicológicos. Sin duda, esta labor, que a nuestro criterio debe ser desempeñada por el psicólogo y los equipos de salud mental, debe basarse en la formación continuada de los equipos de atención primaria de salud y en la diseminación de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia.

En consecuencia, una mejora en estos aspectos, propiciará un diagnóstico inicial más ajustado y permitirá una mejor orientación terapéutica; de esta manera, se podrá beneficiar a aquellos casos más graves (para los que esté indicado un tratamiento psicológico), en relación a aquéllos menos graves que saturarían el sistema.

Este estudio presentaría algunas limitaciones que podrían condicionar los resultados obtenidos: (i) en primer lugar, no se utilizaron los mismos sistemas de clasificación de trastornos mentales, y aunque existen numerosos diagnósticos equivalentes entre el DSM-IV-TR y la CIE-10, no siempre es así. La agrupación realizada en categorías diagnósticas amplias, pretende minimizar este posible efecto; pese a esto podría no ser un método adecuado (ii). La ausencia de una entrevista diagnóstica, cuestionario específico ó de un protocolo concreto en el análisis realizado, podría explicar parte de las discrepancias observadas a partir de los datos obtenidos.

En resumen, en base a los datos obtenidos, se observaron discrepancias entre el diagnóstico realizado por el médico de familia y el psicólogo, y entre cuando un paciente debía recibir o no tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, España: Masson, 2000.
2. **Barrett J, Barrett J, Oxman T, Gerber P.** The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 1988; 45: 1100-1106.
3. **Casey C, Dowrick C y Wilkinson G.** Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 179: 479-481.
4. **Füredi J, Rózsa S, Zámboi J y Szádóczy E.** The Role of Symptoms in the Recognition of Mental Health Disorders in Primary Care. *Psychosomatics*, 2003; 44: 402-406.
5. **Eisenberg L.** Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice. *New England Journal Medicine*, 1992; 326: 1080-1084.
6. **Hayes A y Krippendorff K.** Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 2007; 1: 77-89.
7. **Instituto Nacional de Estadística.** Cifras de población referidas al 01/01/2009 Real Decreto 1918/2009, de 11 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, 2009; 309: 109453-109458.
8. **Kanton W, y Schulberg H.** Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 1992; 14: 237-247.
9. **Krippendorff K.** Estimating the reliability, systematic error and random error of interval data. *Educational and Psychological Measurement*, 1970; 30: 61-70.
10. **Kryzhanovskaya L y Canterbury R.** Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2001; 22: 125-131.
11. **Landa N, Goñi A, García de Jalón E y Lizasoain.** Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*, 2008; 40: 285-289.
12. **Latorre JM, López-Torres J, Montañés J y Parra M.** Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 2005; 36: 85-92.
13. **Mathers CD y Loncar D.** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 2006; 3: 2011-2030.
14. **Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M y Serrano A.** ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 2003; 32: 524-530.
15. **Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Montejo-González JL, Osuna-Guerrero R y Duque-González B.** The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 2009; 10: 361-369.
16. **Organización Mundial de la Salud.** Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: Meditor 1992.
17. **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.** Panorama de la educación, indicadores de la OCDE 2008, informe español, 2008. <http://www.oecd.org/dataoecd/16/59/41262207.pdf>
18. **Ortiz A, González R, y Rodríguez F.** La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 2006; 38: 563-569.
19. **Portzky G, Audenaert K y van Heringen K.** Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2009; 87: 265-270.
20. **Shafraan R, Clark DM, Fairburn CG, Arntz A, Barlow DH, Ehlers A, et al.** Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 2009; 47: 902-909.