

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO ADAPTATIVO

José M. Sanz, Isabel M. García, Miguel Á. Cuquerella, Isabel Cano, Eva Jorda, Jesús Blasco y Eva Carbajo

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (España)

Resumen

El objetivo de esta investigación es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal en pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo. La muestra está compuesta por 102 pacientes de dos Unidades de Salud Mental y un centro de Atención Primaria de Valencia (España). El tratamiento consistió en una terapia grupal cognitivo conductual de ocho sesiones de una hora y media de duración, con una frecuencia semanal. Se realizaron mediciones pre y postratamiento y un seguimiento a los tres meses. Los instrumentos que se utilizaron fueron: el "Listado de síntomas revisado" (SCL-90-R), la "Escala de riesgo suicida" (RS) y el "Cuestionario de salud SF-36" (SF-36). Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre las medidas previas al tratamiento y al finalizarlo en las principales dimensiones de las escalas aplicadas, manteniéndose estos resultados en el seguimiento a los tres meses. Los resultados sugieren que la terapia cognitivo conductual grupal, debido a su eficacia y eficiencia, podría ser utilizada como un primer nivel de atención al trastorno adaptativo.

PALABRAS CLAVE: *trastorno adaptativo, terapia de grupo, terapia cognitivo conductual, riesgo suicida.*

Abstract

The goal at this research is to study the effectiveness of a cognitive behavioral group therapy program in patients with adjustment disorder. The sample is made up of 102 patients from two Mental Health units and a Primary Care Center in Valencia (Spain). The treatment was a cognitive behavioral group intervention of one hour and a half session per week during eight weeks. Patients were evaluated at the beginning and end of the program. Monitoring was performed at three months. The resources used were: the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), the Suicide Risk Scale (RS) and the SF-36 Health Survey (SF-36). The results show significant differences between previous and following treatment measures on key dimensions of the applied scales, maintaining these results at 3 months follow-up. The results suggest that cognitive-behavioral group therapy could be used as a first level of attention to adjustment disorder because of its effectiveness and efficiency.

KEY WORDS: *adjustment disorder, group therapy, cognitive-behavioral therapy, suicide risk.*

Introducción

El trastorno adaptativo (TA) se define en el DSM-5 como un cuadro caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un evento estresante. Estos síntomas han de ser desproporcionados o generar un deterioro significativo en el funcionamiento de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Existe cierta controversia en torno a este diagnóstico al ser considerado por algunos investigadores como vago y residual (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001). De hecho, el TA termina siendo un "cajón de sastre" para los pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo o de ansiedad, o como un diagnóstico provisional a la espera de comprobar su evolución. Esto ha hecho que en ocasiones el TA se considere como una categoría subclínica, vista cómo más leve con relación a otros diagnósticos (Anastasia *et al.*, 2016).

En la práctica clínica nos encontramos con que el TA es uno de los diagnósticos más usados, si bien la prevalencia encontrada en las investigaciones es muy variable, dependiendo de la población y los métodos utilizados. La mayoría de estudios afirman que entre el 10% y 35% de las primeras consultas atendidas en las Unidades de Salud Mental (USM) y entre el 11% y el 18% de las atendidas en Atención Primaria (AP) corresponden a TA (Casey, 2009).

Debido a la elevada prevalencia de este trastorno y los debates sobre su validez, algunos investigadores han revisado este concepto, encontrando que el TA podría tener un perfil distinto al resto de diagnósticos en términos demográficos y clínicos (Anastasia *et al.*, 2016). Estudios de validez sobre esta categoría muestran que los pacientes con TA difieren de los sujetos sin diagnóstico y de los pacientes con trastornos afectivos en diversos parámetros, como la naturaleza de los factores de estrés, la vulnerabilidad del sujeto, medidas de calidad de vida, así como el pronóstico y evolución del trastorno (Casey *et al.*, 2001).

Por otro lado, los datos ponen de manifiesto la importancia de prestar una atención adecuada a estos pacientes, por las consecuencias negativas, tanto individuales como sociales de los TA (Casey *et al.*, 2001). Uno de los aspectos importantes es la presencia de la conducta suicida en pacientes con TA. Investigaciones han informado tasas 12 veces mayores de suicidio con relación a otros diagnósticos (Gradus *et al.*, 2010). Estudios indican que hasta un 25% de los adolescentes con TA realizan intentos autolíticos (Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Loongvist, 2005), llegando la cifra en adultos al 60% (Kryzhananovskaya y Canterbury, 2001). Además, los estudios encuentran que el intervalo es más corto (un mes) entre la aparición de los síntomas y la conducta suicida, con relación a otros diagnósticos (en depresión tres meses, en el trastorno bipolar de 30 meses y en la esquizofrenia 47 meses) (Patra y Sarkar, 2013; Portzk, Audenaert y van Heeringen, 2005). De esta forma se podría considerar que el TA genera un importante sufrimiento personal.

También debemos tener en cuenta el gasto económico que supone, ya que el diagnóstico de TA suele ser la consecuencia más frecuente tras experiencias de acoso laboral, enfermedad física, accidentes, etc., estando muy relacionado con las bajas laborales por enfermedad. Datos de los Países Bajos afirman que el 33% de

las bajas laborales se atribuían a trastornos mentales, y de ese porcentaje, más del 50% eran problemas relacionados con el estrés como el TA (Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk, 2003).

En lo referente al manejo en la sanidad pública del TA, las principales guías clínicas, como la del Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2011), abogan por una atención escalonada (modelo *stepped care*). Una de las propuestas consiste en realizar una intervención grupal inicial dentro de las unidades de AP y, si este tratamiento no es suficiente, el paciente pasa al siguiente nivel dónde podría recibir una atención más individual e intensiva dentro de una USM (Cano, 2011).

En cuanto a la intervención en TA no existe en la actualidad un tratamiento empíricamente validado. El abordaje psicofarmacológico es actualmente uno de los más utilizados a pesar de la escasa evidencia científica en TA (Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy, 2009), limitándose al tratamiento sintomático de la ansiedad o el insomnio (Casey, 2009). En la revisión de la literatura científica nos encontramos que la psicoterapia es considerada como el tratamiento de elección, especialmente las psicoterapias breves (Kaplan y Sadock, 1998; Sifneos, 1989). En concreto, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que más ha demostrado su eficacia (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010), siendo la terapia recomendada, según pruebas empíricas, para los trastornos de ansiedad, depresión y adaptativos en las unidades de AP y USM (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Roy-Byrne *et al.*, 2010). También ha demostrado su eficacia en formato grupal (Burgos, Ortiz, Muñoz, Vega y Bordallo, 2006; Latorre *et al.*, 2012; Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015; Segarra, Farriols, Palma, Segura y Castell, 2011).

En España la mayoría de estudios muestran intervenciones de caso único, como presentan Herrero y Cano (2010) en el tratamiento de un caso con TA con ansiedad o la aportación de Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños (2012) quienes aplican estrategias de psicología positiva y realidad virtual en dos pacientes con TA, siendo escasas las experiencias grupales para intervenir de forma específica en TA (Egea, Trigo y Bernal, 2014). También podemos destacar la aportación de Molés, Quero, Pérez-Ara, Nebot y Botella (2015), con la elaboración de un protocolo de tratamiento basado en TCC para pacientes TA utilizando las tecnologías de la información y comunicación para facilitar la adherencia y las tareas para casa (p. ej., la terapia emocional *on line*, TEO).

A nivel internacional encontramos estudios con diferentes tipos de abordajes y población diagnosticada de TA. En adolescentes con TA, Pelkonen y Marttunen (2005), informan que el funcionamiento psicosocial de aquellos mejoraba de forma significativa con tratamiento psicoterapéutico. En ancianos, Frankel (2001) sugiere la utilidad de la terapia de fortalecimiento del yo ("*ego-enhancingtherapy*") para el tratamiento del TA promoviendo el desarrollo de estrategias eficaces de afrontamiento. En adultos, Van der Heiden y Melchior (2012), muestran que el tratamiento cognitivo conductual individual es eficaz para reducir los síntomas de depresión y ansiedad en sujetos diagnosticados de TA. Sundquist *et al.* (2015) informan de reducciones de sintomatología ansioso depresiva en pacientes con TA en tratamiento con atención plena y TCC.

Existen estudios que evalúan la eficacia de tratamientos psicológicos para personas con un diagnóstico de TA en el contexto de una enfermedad física: terapia gestalt y terapias con componentes cognitivos y neurolingüísticos en infarto agudo de miocardio (Gonzales-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003). TCC en enfermedades somáticas (Ruesch, Helmes y Bengel, 2015). Relajación autógena para reducir indicadores somáticos de estrés, presión arterial, frecuencia cardíaca, colesterol y cortisol (Jojčić y Leposavić, 2005a, 2005b).

También hay pruebas sobre las tasas de reincorporación al trabajo más elevadas, menor duración de las bajas y menor tasa de recurrencia de bajas en pacientes con TA tratados con "intervención activa" (una intervención similar a la inculcación de estrés) (Van der Klink *et al.*, 2003).

Aunque existe controversia en cuanto a la validez del diagnóstico de TA en el ámbito investigador, sigue siendo muy utilizado en la práctica clínica y engloba una población de pacientes que requieren atención sanitaria. Sin embargo, la escasez de estudios sobre la eficacia del tratamiento en TA dificulta que estos pacientes reciban una atención adecuada, siendo tratados principalmente desde una perspectiva farmacológica (Kovess-Masfety *et al.*, 2007). Por ello, nuestro objetivo es estudiar la eficacia de un programa de TCC grupal destinado a pacientes con TA. La hipótesis de nuestro trabajo es que los pacientes tratados con TCC grupal presentarán tras el tratamiento menos psicopatología, menor riesgo de suicidio y mejor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los tres meses.

Método

Participantes

La muestra está constituida por pacientes derivados a través de psicólogos y psiquiatras de las USM de Torrent y Pere Bonfill y de médicos de la Unidad de AP de Juan Llorens, todas ubicadas en Valencia, en el año 2010. Las principales características de la muestra se pueden observar en la tabla 1. Inician el tratamiento un total de 102 pacientes de los que terminan 75 (27 abandonan, lo que supone un 16,8% del total). Sin embargo, son 62 de los que se obtienen correctamente mediciones pre y postratamiento y 41 de los que se consiguen pre, pos y seguimiento a 3 meses. La evolución de la muestra antes, después y en el seguimiento queda reflejada en la figura 1.

Instrumentos

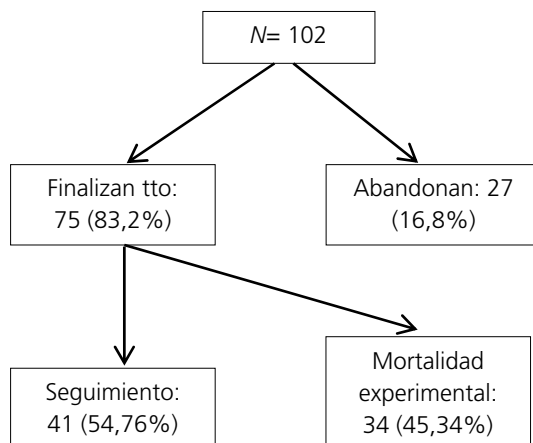
- a) "Listado de síntomas revisado" (*Sympton Check List-R*, SCL-90-R; Derogatis, 1983), adaptación española de González de Rivera *et al.* (1989). Este listado mide el malestar psicológico a través de nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, proporciona tres índices globales de malestar: índice de gravedad global (ISG), total de síntomas positivos (STP) e índice de malestar positivo

(PSDI). El SCL-90-R está formado por 90 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 0 a 4. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos a 0,70 en los estudios de test-retest y a 0,80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis y Savitz, 2000).

Tabla 1
Descripción de la muestra (N= 102)

Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer= 58,86% (n= 59) • Hombre= 42,14% (n= 43)
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • M= 41,51 • DT= 10,99 • Rango= 20-73
Duración de los síntomas antes de acudir a tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • M= 11,79 • DT= 17,8 • Rango= 0-120
Tipo de evento estresante	<ul style="list-style-type: none"> • Laboral= 45,09% (n= 46) • Familiar= 26,57% (n= 27) • Otros= 28,44% (n= 28)
Diagnóstico: trastorno adaptativo	<ul style="list-style-type: none"> • Con estado de ánimo depresivo (F43.20)= 14,7% (n= 15) • Con ansiedad (F43.28)= 6,86% (n= 7) • Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F43.22)= 78,43% (n= 80)
Toma psicofármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Si= 77,45% (n= 79) • No= 22,54% (n= 23)
Sesiones a las que acuden	<ul style="list-style-type: none"> • M= 5,75 • DT= 2,73 • Rango= 0-8

Figura 1
Evolución de la muestra



- b) "Escala de riesgo suicida" (*Risk of Suicide*, RS; Plutchik, 1989), adaptación española de Rubio *et al.* (1998). Se trata de una escala autoadministrada de 15 preguntas, con respuesta si-no. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. La fiabilidad en la versión española superó el 0,90 (alfa de Cronbach) (Koslowsky *et al.*, 1991; Rubio *et al.*, 1998).
- c) "Cuestionario de salud SF-36" (*SF-36 Health Survey*, SF-36; Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993), adaptación española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Proporciona un perfil de la calidad de vida relacionada con la salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre ocho dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Las puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach fue superior a 0,7 en todas las dimensiones con un rango de 0,71 a 0,94 (Alonso, 1995).

Procedimiento

La primera entrevista tras la derivación se realizó con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento grupal y cumplían los criterios de inclusión-exclusión (mayores de edad, habían sido diagnosticados de TA y no tenían antecedentes de enfermedad mental grave o dependencia de sustancias). En esta entrevista se les administró, previa firma del consentimiento informado, las pruebas psicométricas pretratamiento. Tras ello se les citaba a una segunda entrevista que tenía como objeto la devolución de los resultados de las pruebas, la solución de posibles dudas y la realización del contrato terapéutico, en el que se especificaban horarios, fechas de las sesiones y terminación prevista con la finalidad de obtener un compromiso del paciente y aumentar la adherencia al tratamiento.

Se realizaron grupos de 6-8 sujetos de ocho sesiones con frecuencia semanal de hora y media de duración. El terapeuta llevó a cabo un papel activo de soporte y conducción del grupo, buscando generar un grupo cohesionado y participativo.

La estructura del tratamiento y sus contenidos se detallan en la siguiente tabla 2. Al final de la última sesión de tratamiento los pacientes volvieron a realizar las pruebas psicométricas. Además, a los tres meses se volvió a citar a los pacientes para realizar una evaluación de seguimiento aplicando las mismas pruebas.

Tabla 2
Esquema de la organización de las sesiones

Sesión	Objetivos	Aplicación
1. Presentación	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar un clima grupal que favorezca la participación. Establecer el encuadre del tratamiento grupal y las normas. Ajustar expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica de presentación. Explicitar las expectativas en relación al tratamiento y soluciones intentadas.
2. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> Definir la ansiedad y sus respuestas fisiológicas. Normalizar experiencia ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Introducción a las técnicas de control de la activación: respiración diafragmática.
3. Técnicas de control de la activación	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar y practicar técnicas de control de la activación. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención plena (<i>mindfulness</i>). Relajación muscular progresiva.
4. Restructuración cognitiva I	<ul style="list-style-type: none"> Exponer el fundamento teórico de la técnica ABC destacando la relación existente entre las cogniciones, las conductas y las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> Realización de ejemplos prácticos para aprender a identificar: A (situaciones), B (pensamientos) y C (conductas y estado emocional). Entrega de autorregistros.
5. Restructuración cognitiva II		<ul style="list-style-type: none"> Discusión de los pensamientos y sustitución por otros más positivos. Registro de las nuevas conductas y sentimientos consecuentes.
6. Exposición a situaciones temidas	<ul style="list-style-type: none"> Explicar el mecanismo de la exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición en imaginación. Tareas de exposición para casa.
7. Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar técnicas de solución de problemas y de toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciación entre preocupación y problema. Realización de ejercicios prácticos con ejemplos propuestos por los participantes.
8. Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> Repasar sesiones anteriores. Prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> Despedida.

Análisis de datos

Los datos del estudio fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics v. 19.0 (IBM, 2010). Tras el análisis descriptivo, para explorar las diferencias en las puntuaciones obtenidas antes, después y a los tres meses del tratamiento, se

utilizó la prueba de análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) con corrección de Bonferroni. Se consideran significativos los contrastes cuya probabilidad era menor de 0,05.

Resultados

En la tabla 3 se muestran las medias y desviaciones típicas de las subescalas del SCL-90-R, RS y SF-36 recogidas en las mediciones pre, posintervención y seguimientos a los tres meses. Asimismo, se incluyen los valores F , de tamaño del efecto y potencia observada en el ANOVA de medidas repetidas. Se realizó el cálculo de los efectos principales (comparación por pares) para conocer entre qué momentos de medición (pre, pos y seguimiento) se producían diferencias significativas. En el cuestionario SCL-90-R, fueron significativos en la comparación entre el pre y el seguimiento las dimensiones: obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo y el índice STP, mientras que las dimensiones depresión, ansiedad y los índices ISG y PSDI fueron significativos entre el pre y el seguimiento y también entre el pre y el postratamiento. En la escala RS la diferencia significativa se dio entre el pre y el seguimiento. En el cuestionario SF-36 se encontró significativa la comparación entre el pre y el seguimiento en la dimensión rol físico mientras que en las dimensiones vitalidad, función social, rol emocional y salud mental fueron significativas en la comparación entre el pre y el seguimiento y también entre el pre y la postintervención.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos y ANOVA de medidas repetidas

Medida	Pre		Post		3 meses		F	Sig.	η^2	Potencia
	M	DT	M	DT	M	DT				
SCL-90										
Somatización	1,59	1,01	1,51	16,25	1,36	1,12	1,91	0,156	0,05	0,38
Obsesivo compulsivo	2,26	0,86	1,98	1,07	1,68	1,08	9,11**	0,000	0,21	0,97
Sensibilidad interpersonal	1,66	0,82	1,39	,95	1,26	0,94	6,47**	0,003	0,16	0,89
Depresión	2,34	0,85	1,84	1,05	1,61	1,04	13,76**	0,000	0,28	0,99
Ansiedad	1,82	0,85	1,54	,88	1,34	1,07	8,45**	0,001	0,19	0,95
Hostilidad	1,38	0,94	1,12	,96	1,15	,97	2,52	0,087	0,06	0,49
Ansiedad Fóbica	1,16	1,13	1,11	1,16	0,85	1,11	5,60**	0,006	0,14	0,84
Ideación Paranoide	1,82	0,913	1,51	1,02	1,35	0,96	6,06**	0,004	0,15	0,87
Psicoticismo	1,08	0,67	0,98	0,84	0,76	0,69	6,72**	0,002	0,16	0,90
ISG	1,74	0,71	1,51	0,87	1,32	0,92	10,16**	0,000	0,23	0,98
STP	62,51	16,33	58,14	21,64	26,57	29,29	35,75**	0,000	0,51	1,00
PSDI	2,43	0,56	2,14	0,68	1,06	1,071	34,78**	0,000	0,50	1,00

Medida	Pre		Post		3 meses		F	Sig.	η^2	Potencia
	M	DT	M	DT	M	DT				
RS										
Riesgo suicidio	7,46	2,79	6,57	3,52	6,2	3,63	4,74*	0,012	0,12	0,77
SF-36										
Función física	77,28	23,46	79,85	23,12	79,85	24,35	0,68	0,505	0,020	0,162
Rol físico	35,71	45,08	47,14	46,48	57,14	47,96	3,96*	0,024	0,104	0,693
Dolor corporal	48,42	27,16	51,71	29,71	56,78	34,15	1,56	0,212	0,044	0,322
Salud general	37,52	18,94	51,42	21,26	52,97	23,49	16,06**	0,000	0,321	0,999
Vitalidad	33,52	23,22	47,85	17,62	50,14	18,84	13,68**	0,000	0,287	0,998
Función social	43,14	24,82	62,78	23,04	66,28	26,81	14,74**	0,000	0,302	0,999
Rol emocional	9,52	26,70	29,52	35,94	44,76	18,42	12,62**	0,000	0,271	0,995
Salud mental	42,03	22,24	50,85	1,17	57,14	44,97	6,62**	0,002	0,163	0,900

Notas: SCL-90= Listado de síntomas revisado; ISG= índice de gravedad global; STP= total de síntomas positivos; PSDI= índice de malestar positivo; RS= riesgo de suicidio; SF-36= Cuestionario de salud. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En las figuras 2 y 3 se representa la evolución de las puntuaciones en las escalas psicométricas administradas durante el pre, postratamiento y el seguimiento a tres meses. En el ANOVA de medidas repetidas de las diferentes subescalas de los instrumentos.

Figura 2
Evolución en las puntuaciones de riesgo de suicidio

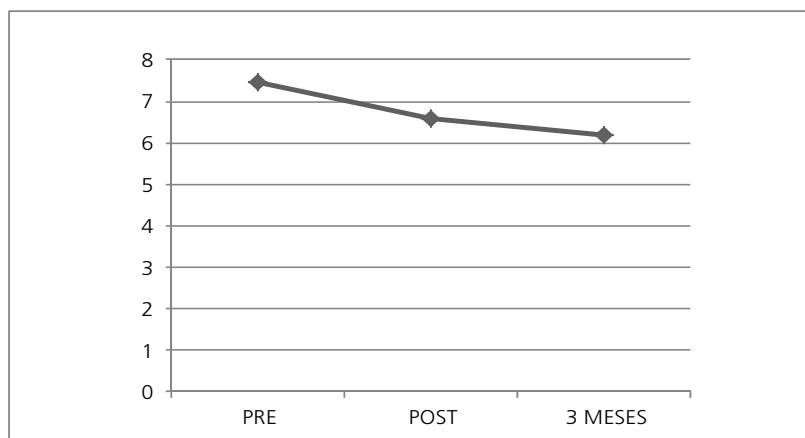
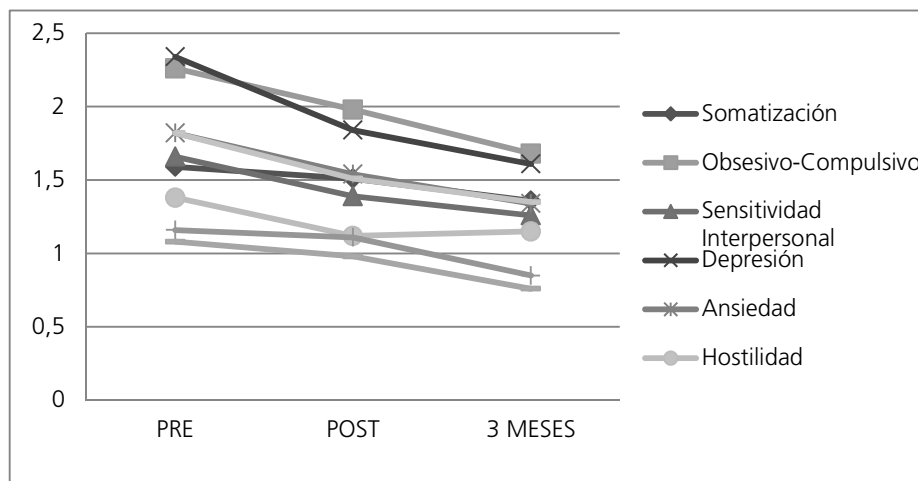


Figura 3
Evolución en las puntuaciones de síntomas



Discusión

Los resultados parecen indicar que la TCC podría haber producido cambios significativos en la mayoría de los constructos evaluados. En cuanto al SCL-90-R, los análisis estadísticos muestran una disminución significativa tras el tratamiento en casi todas las subescalas (salvo *somatización* y *hostilidad*) e índices globales. Esta reducción de la sintomatología evaluada se mantiene e incluso aumenta en el seguimiento a los 3 meses. No ocurre lo mismo con las subescalas de *somatización* y *hostilidad* en las que no se encuentran cambios significativos. Una posible explicación a ello sería que los sujetos ya obtienen una baja puntuación en el pretratamiento, siendo por tanto más difícil lograr una diferencia significativa entre la medida pretratamiento y postratamiento.

Diferentes autores como Ruesch *et al.* (2015), aplican una TCC grupal con componentes similares a los de nuestra investigación a pacientes con enfermedades somáticas y TA observando una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión de forma significativa. Jojić y Leposavić (2005a; 2005b) estudian concretamente el efecto de la relajación autógena para reducir la ansiedad en los pacientes con TA. Como en nuestro estudio, obtienen reducciones de la sintomatología ansiosa, aunque en nuestro caso optamos por la atención plena ("mindfulness") y la relajación muscular progresiva por su facilidad de adquisición y generalización a otros contextos (Labrador, 2008). En referencia a las técnicas de tercera generación, observamos como otros autores han decidido también emplear atención plena ("mindfulness") en el tratamiento de pacientes con TA. Así, Sundquist *et al.* (2015) informaron de que la TCC grupal basada en la atención plena ("mindfulness") reducía los síntomas de depresión y ansiedad. Otros trabajos investigan la eficacia de diferentes tipos de tratamiento en TA como

la terapia gestalt, terapias con componentes cognitivos y neurolingüísticos (Gonzales-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003) e intervención (Van der Klink *et al.*, 2003), encontrando resultados similares a los nuestros, lo que nos sugiere la importancia de continuar investigando para conocer mejor los elementos comunes de la terapia que resultan beneficiosos para el paciente con TA u otros diagnósticos.

En los resultados del SF-36 observamos aumentos significativos en sus puntuaciones tras el tratamiento y en el seguimiento, lo que indica un mejoría en la percepción de la propia salud en todas las escalas salvo en *función física* (limitaciones físicas a la hora de llevar a cabo actividades) y *dolor corporal*, resultados que se mantienen en el seguimiento a 3 meses. Una posible explicación a ello podría ser que estas subescalas han obtenido una mejor puntuación en la medida pretratamiento, estando por encima de la puntuación media en población normal (Alonso, 1995), con lo que el margen de encontrar cambios significativos es menor. Debemos destacar que en el seguimiento a 3 meses todas las subescalas excepto *rol emocional* tenían puntuaciones dentro de la normalidad.

Consideramos relevante la mejoría de la percepción de la salud de los sujetos de nuestro estudio ya que, según la literatura (Gómez, López-Laguna, Ferragud y Abadías, 2014), es un aspecto frecuentemente afectado en las poblaciones con diagnóstico de TA. Sin embargo, los mecanismos por los que se da la mejora en la calidad de vida relacionada con la salud tras la TCC grupal no están claros. Algunos autores concluyen que la mejoría en la percepción de la salud está más relacionada con la reducción de la sintomatología ansiosa y anímica que con cambios cognitivos (Oei y McAlinden, 2014). Por el contrario, otros autores opinan que son los cambios cognitivos, por ejemplo, cambios en los procesos atencionales como la hipervigilancia corporal (Schmidt *et al.*, 2003), los que explican el cambio en la salud percibida.

Volviendo a nuestros resultados, debemos destacar el valor elevado de los tamaños del efecto, mayor a 0,14 en todas las diferencias significativas encontradas, que nos indicaría que los resultados hallados parecen deberse más a nuestro tratamiento que a artefactos estadísticos.

Con relación a los datos de la Escala de Riesgo de Suicidio, encontramos una reducción significativa tras la intervención, que se mantiene en el seguimiento. Nos parece destacable este resultado dada la vulnerabilidad de la población diagnosticada de TA de cometer autólisis y a la menor latencia entre el inicio del cuadro y la conducta suicida (Gradus *et al.*, 2010, Portzk *et al.*, 2005).

Por otro lado, aunque tanto el formato individual como el grupal han mostrado su eficacia (Van der Heiden y Melchior, 2012), habría que destacar la eficiencia de la terapia grupal, aspecto importante en la sanidad pública. Por ejemplo, en nuestra experiencia se han utilizado 8 sesiones de 90 minutos en 14 grupos diferentes, esto supone 10080 horas de trabajo asistencial frente a las 36720 horas que hubiera supuesto un trabajo individual a 45 minutos por sesión. Además la latencia entre consultas fue de una semana frente a las 5 semanas de media de la terapia individual en nuestro contexto. Sin embargo, la terapia grupal sufre más abandonos que la individual (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), aspecto que se ve probablemente potenciado en nuestro estudio debido a la

heterogeneidad de los pacientes diagnosticados con TA, dificultando la cohesión grupal (Vinogradov y Yalom, 1996). Este importante número de abandonos constituye una de las limitaciones del estudio, pues los que abandonan pueden ser los que no se benefician de la intervención, sesgando así los resultados. Otra limitación del estudio es que debido a la presión asistencial, la falta de recursos humanos y cuestiones éticas, no se pudo generar un grupo de control, en lista de espera o con otra intervención. De esta manera, dada la especial importancia de la variable tiempo en los TA, los cambios observados tras la terapia no pueden ser atribuidos al tratamiento de forma inequívoca. Otra limitación fue la ausencia de seguimiento a largo plazo debida a la gran mortalidad experimental sufrida (mayor del 75%) en los seguimientos a 6 y 12 meses. Además, no se han tenido en cuenta otras variables importantes, como el tratamiento con psicofármacos, la situación familiar, social, la salud física o la situación laboral (Van der Klink *et al.*, 2003), aspectos muy relacionados con el diagnóstico y evolución del TA. Por tanto, sería especialmente importante para futuras investigaciones contar con un grupo de control, favorecer la realización de las evaluaciones de seguimiento a largo plazo (por ejemplo, utilizando internet y/o el teléfono móvil), valorar el efecto del tratamiento sobre el consumo de psicofármacos y profundizar en las variables sociodemográficas ya mencionadas.

Para concluir, destacaríamos que el tratamiento grupal de corte cognitivo conductual como primer nivel de atención al trastorno mental leve en el ámbito ambulatorio es un enfoque prometedor del que merece la pena mayor investigación, debido a la eficacia en la reducción de síntomas y a las ventajas derivadas del aprovechamiento de recursos.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Anastasia, A., Colletti, C., Cuoco, V., Quartini, A., Urso, S., Rinaldi, R. y Bersani, G. (2016). Demographic variables, clinical aspects, and medicolegal implications in a population of patients with adjustment disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 737-743.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 323-348.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana. (Orig. 2013).
- Baños, R. M., Guillen, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Burgos, M. L., Ortiz, M. D., Muñoz, F., Vega, P. y Bordallo, R. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *SEMERGEN. Medicina de Familia*, 32, 205-210.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

- Cano, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 15.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatry glossary. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and brief symptom inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (dir.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Egea, E., Trigo, A. y Bernal, M. T. (2014). *Experiencia de grupo terapéutico para trastornos adaptativos*. Comunicación presentada en el XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014. Recuperado desde <http://hdl.handle.net/10401/6456>.
- Frankel, M. (2001). Ego enhancing treatment of adjustment disorder of later life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 221-223.
- Gómez, J. C., López-Laguna, F., Ferragud, J. y Abadías, M. (2014). Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios*, 6, 12-24.
- Gonzales-Jaimes, E. I. y Turnbull-Plaza, B. (2003). Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Archives of Medical Research*, 34, 298-304.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E. y Lash, T. L. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2, 23-28.
- Herrero, V. y Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- IBM Corp. (2010). IBM SPSS Statistics [programa de ordenador]. Chicago, IL: Autor.
- Jojić, B. R. y Laposavić, L. M. (2005a). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*, 133, 424-428.
- Jojić, B. R. y Laposavić, L. M. (2005b). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 133, 505-509.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Koslowsky, M., Bleich, A., Greenpoon, A., Wagner, B., Apter, A. y Solomon, Z. (1991). Assessing the validity of the Plutchik Suicide Scale. *Journal Psychiatric Research*, 25, 155-158.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J. y Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.

- Kryzhananovskaya, L. y Canterbury, R. J. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22, 125-131.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Wood, C. M. y Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5, 37-45.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Molés, M., Quero, S., Pérez-Ara, M. A., Nebot, S. y Botella, C. (2015). Eficacia diferencial de dos formas de aplicar las tareas para casa en el tratamiento de los trastornos adaptativos. Terapia emocional on line vs. formato tradicional. *Àgora de salut*, 1, 245-257.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Common mental health disorders. Identification and pathways to care*. NICE clinical guideline 123. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- Oei, T. P. y McAlinden, N. M. (2014). Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research* 220, 1012-1018.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 447-466.
- Patra, B. N. y Sarkar, S. (2013). Adjustment disorder: current diagnostic status. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35, 4-9.
- Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2005). Adolescent outpatients with depressive disorders: clinical characteristics and treatment received. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 127-133.
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R. y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302.
- Portzky, G., Audenaert, K. y van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of affective disorders*, 87, 265-270.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., Bystritsky, A., Welch, S. S., Chavira, D. A., Golinelli, D., Campbell-Sills, L., Sherbourne, C. D. y Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 303, 1921-1928.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 143-152.
- Ruesch, M., Helmes, A. W. y Bengel, J. (2015). Immediate help through group therapy for patients with somatic diseases and depressive or adjustment disorders in outpatient care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 287.
- Schmidt, N. B., McCreary, B. T., Trakowski, J. J., Santiago, H. T., Woolaway-Bickel, K. y Lalongo, N. (2003). Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 34, 49-63.
- Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J. y Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y Estrés*, 17, 185-197.

- Sifneos, P. (1989). Brief dynamic and crisis therapy. En H. Kaplan y B. Sadock (dir.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 2 (5ª ed.) (pp. 1562-1567). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M. y Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 128-135.
- Van der Heiden, C. y Melchior, K. (2012). Cognitive-behavioral therapy for adjustment disorder: a preliminary study. *The Behavior Therapist*, 35, 57-60.
- Van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center.

RECIBIDO: 9 de enero de 2016

ACEPTADO: 23 de junio de 2016