

ARTÍCULOS

Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad

Effectiveness of a cognitive-behavioural group therapy in patients with anxiety disorders

MANUEL SÁNCHEZ GARCÍA¹

RESUMEN

Este estudio evalúa los datos obtenidos por 44 sujetos con diversos trastornos de ansiedad a los que se les indicó terapia grupal cognitivo-conductual. No se apreciaron diferencias significativas entre los individuos sometidos a tratamiento y el grupo control en variables sociodemográficas, estrés previo, alexitimia, estilo de afrontamiento y diagnóstico. Los resultados indican que la evolución clínica en los sujetos que asistieron a la mayoría de las sesiones es significativamente más favorable que en los sujetos-control: El seguimiento de un año muestra que son más los sujetos que reciben el alta (73.68% vs. 28%) y los que ven reducida la dosis de benzodiazepinas prescrita (44.44% vs. 10.52%) respecto a los controles. Entre las medidas post-tratamiento obtenidas, se hallaron disminuciones en las puntuaciones de ansiedad-estado, depresión y malestar emocional ($p < .05$); también mejoró, aunque con menos valor estadístico, la apreciación de su estado físico y disminuyó la frecuencia del malestar físico percibido.

¹ Psicólogo Clínico. U.S.M. Altabix. Elche (Alicante). Servicio Valenciano de Salud.

ABSTRACT

This paper evaluates data gathered from 44 subjects with different anxiety disorders who were prescribed cognitive-behavioral group therapy. No significant differences between individuals subjected to treatment and those in the control group, were found in socio-demographic variables, alexitimia, coping style and diagnosis. Results show that the clinical course of individuals who attended most of the sessions was significantly better than the clinical course of control group. A follow-up during a year showed that, compared with subjects in the control group, subjects in the treatment group who were discharged were much higher in number (73.68% v 28%). The same can be said of the reduction of prescribed benzodiazepine (44.44 v 10.52). Among post-treatment measures taken, a decrease in scores of state-anxiety, depression and emotional distress was found. Although not so significant ($p < .05$), there was also an improvement, in physical condition and a decrease in the frequency of perceived physical distress.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de ansiedad, Terapia grupal, Psicofármacos, Eficacia.

KEY WORDS

Anxiety Disorders, Group Therapy, Drug Therapy, Effectiveness.

Agradecimientos: A Diego Torres, estadístico del Hospital General Universitario de Elche, por su inestimable aportación en los cálculos estadísticos de este estudio y a la Dra. Mónica Godrid que, en su época de M.I.R. de la especialidad de Psiquiatría, colaboró en la recogida de datos y aportó interesantes sugerencias en la consideración de los datos de dosis de psicofármacos.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio parte de la necesidad de valorar el efecto de la aplicación de una terapia grupal a usuarios de un servicio de salud mental de la sanidad pública, que cumplen criterios clínicos suficientes como para ser diagnosticados de sufrir un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad suponen uno de los principales motivos de remisión de casos desde la Atención Primaria de Salud a Salud Mental. Partiendo de datos obtenidos en el servicio donde se realizó este estudio durante 6 meses del año 2002 (Estudio de derivaciones a la Unidad de Salud Mental –USM–, sin publicar), consta que un 33.75% de los pacientes derivados por los médicos de Atención Primaria a la USM recibieron el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, una vez valorados en las consultas de psiquiatría o de psicología, siguiendo los criterios clínicos del DSM-III-R.

La economía de tiempo empleado por profesional y el beneficio de una intervención colectiva, ha impulsado la necesidad de formar grupos de sujetos afectados por esta patología para aplicarles una estrategia terapéutica. La finalidad de este estudio es la de comprobar la eficacia de esta intervención, dirigida a sujetos que están siendo atendidos por el servicio y que no

han ofrecido una mejoría evidente en las primeras sesiones de tratamiento individual. La selección de técnicas aplicadas en las sesiones se ha ido imponiendo a lo largo de años de intervención clínica con métodos terapéuticos cognitivo-conductuales a grupos de sujetos diagnosticados de ansiedad en la USM, junto con la aportación que ha ido sugiriendo la revisión de nuevas publicaciones acerca del tema a las que se ha tenido acceso. Ante la realización del presente estudio, y para actualizar conocimientos en el momento de su confección, se realizó una última revisión de las propuestas de terapia en manuales y en búsquedas de bases bibliográficas de artículos; pretendiendo conocer, no sólo qué se está haciendo, sino también qué resultados ofrece; y así poder comparar con los resultados que pudieran obtenerse en esta evaluación. De forma resumida se expone a continuación las aportaciones de mayor interés en esta revisión.

La exposición sobre el tema en un manual de hace años (Vila, 1986) se centra en el Modelo Tridimensional de la ansiedad y en qué técnicas específicas utilizar en función del componente afectado: Exposición/Desensibilización Sistemática (componente fisiológico), Reestructuración Cognitiva/Inoculación de Estrés/Autoinstrucción (cognitivo) o habilidades conduc-

tuales específicas (conductual). Ya en manuales posteriores, se hace referencia a categorías diagnósticas y tratamiento a aplicar; este es el caso de Echeburúa y de Corral (1991) que refiere el uso de técnicas de exposición en Trastorno de Pánico y en Trastornos de Ansiedad Generalizada sugiriendo expectativas positivas en la exposición a estímulos internos y externos generadores de ansiedad. Finalmente, se describen paquetes específicos de técnicas para los distintos trastornos como los protocolos para el tratamiento del Pánico del Center for Stress and Anxiety Disorders disponible como manual por Craske, Rapee y Barlow (Craske y Lewin, 1997); el protocolo diseñado por Botella y Ballester (1997) para el trastorno de Pánico o una propuesta de tratamiento multicomponente para el tratamiento de la Ansiedad Generalizada realizada por Dugas y Ladouceur (1997). A diferencia de estos tratamientos mencionados, cuando Deffenbacher (1997) propone un Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad Generalizada (EMA), sugiere que su aplicación en grupo junto a sujetos que padecen otros tipos de ansiedad, no sólo es posible sino que también es beneficiosa. Esta sugerencia es de interés a la hora de plantearse, por un lado, los beneficios de la inclusión de sujetos con cierta variedad de trastornos en un grupo y, por otro lado,

si son tan distintas las técnicas a aplicar como para que sea necesario que los grupos contengan sujetos con un 'único' diagnóstico. Más adelante trataremos un poco más el tema.

Una búsqueda realizada en la base bibliográfica de artículos de psicología PsycLit desde el año 1991 a 2000 así como otra realizada en la base de artículos de medicina Medline del año 1999, seleccionando aquellos estudios en los que la aplicación en grupo de técnicas psicológicas en trastornos de ansiedad ofreciera resultados de eficacia o expresara métodos de aplicación, reveló que la mayoría de los artículos hacían referencia a experimentos a sujetos con un solo tipo de trastorno: el Trastorno de Pánico, junto a agorafobia o sin ella; de hecho, más del doble de los artículos, seleccionados por su interés para la finalidad de este estudio, cumplían esta característica.

En aquellos resúmenes en los que se hace referencia a una intervención en grupos de sujetos con diversos Trastornos de Ansiedad, el Trastorno de Pánico, la Fobia Social o el Trastorno por Ansiedad Generalizada son los mencionados. La excepción es una referencia, realmente curiosa, que expone el resultado de la aplicación de un paquete de tratamiento a grupos

heterogéneos de pacientes con trastorno psiquiátrico (Manning, Hooke, Tannenbaum, Blythe et al. 1994). En este caso, se comprueba la eficacia de un tratamiento combinado de medicación y terapia cognitivo conductual mediante la puntuación en diversos inventarios, encontrando resultados estadística y clínicamente significativos en las aplicaciones y observaciones previas y posteriores al proceso. Otros estudios, recogen el formato de técnicas que se aplican en las terapias, si es en el caso de las Fobias Sociales o en el del Trastorno de Pánico (Barlow, 1992). Cuando hay otras referencias a varios Trastornos de Ansiedad son: aplicación individual de terapia en Ansiedad Generalizada y en Trastorno de Pánico (Woodman, Noyes, Black, Schlosser y Yagla, 1999) con medicación, donde no se observa cambio en la Ansiedad Generalizada, sí en el Trastorno de Pánico; o el caso de la aplicación a un grupo de médicos de Atención Primaria en Alemania (Schulze, Osen y Hand, 1997) de una terapia breve para capacitarles a promover habilidades de autoayuda en los pacientes con trastornos de ansiedad; se observó mejoría en algunos casos (Agorafobia, Fobia Simple y Fobia Social), pero no en Trastorno de Pánico ni en Ansiedad Generalizada.

El grueso de los artículos, en

cambio, gira alrededor de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual, con o sin medicación combinada, en sujetos con trastorno de pánico exclusivamente. En algunos casos se considera en el resultado cómo afecta el tratamiento a trastornos concomitantes (Neron, Lacroix y Chaput; 1995; Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993) refiriéndose mejoría de la Ansiedad Generalizada y los síntomas depresivos con terapia individual y también con terapias grupales, dándole fiabilidad a la terapia de grupo en el trastorno de pánico. Los demás artículos coinciden en confiar en la terapia cognitivo conductual individual y en grupo como eficaz en el tratamiento del Trastorno de Pánico bien en comparación con un placebo ((White, Keenan y Books, 1992), bien a un grupo de control (Telch, Lucas, Schmidt, Hanna et al., 1993; Petterson, y Cesare, 1996; Van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994) o comparado con un grupo de psicoterapia breve de apoyo (Beck, Sokol, Clark, Burchick et al., 1992). En algunos casos, se ha considerado la aplicación añadida de algún tipo de fármaco; encontrándose que la terapia cognitivo conductual ha sido eficaz sólo o junto con Fluvoxamina (Sharp, Power, Simpson, Swanson et al. 1996) o que combinada con Alprazolam ofrece mejores resultados que sólo este fármaco (Bruce, Spiegel, Gregg y Nuzzarello, 1995).

En general, los procedimientos utilizados se describen bajo el epígrafe general de *terapia cognitivo conductual*. En algunos artículos se describen los componentes de estos tratamientos, y a éstos suelen adscribirles elementos tales como:

- Psicoeducación
- Algún tipo de entrenamiento en relajación/respiración
- Terapia cognitiva
- Exposición

En cuanto a la técnica de *exposición*, en algunos artículos se hace referencia a su aplicación ante situaciones 'externas' temidas (DiFilippo y Overholser, 1999), en otros a la exposición interoceptiva (Telch et al., 1993), Barlow (1992) propone realizarla ante los síntomas somáticos y cognitivos; algunos proponen la inducción de síntomas (Rudd y Joiner, 1998).

En cuanto a la eficacia, en los resúmenes de los artículos seleccionados, sólo se encuentran referencias cuantitativas en unos pocos. Aparecen datos que oscilan entre el 85% de los tratados que al final de la terapia permanecen sin crisis de ansiedad frente a 30% de controles (Telch et al. 1993); persistiendo en su mejoría el 63% de los tratados a los 6 meses (Beck et al. 1992). Refieren ausencia de crisis de pánico en el 87% del grupo que recibió terapia cognitiva y de 79%

en el que recibió terapia cognitiva tras haber recibido psicoterapia breve de apoyo. Botella y Ballester (1997) en una revisión sobre el tema encuentran que los programas cognitivo-conductuales eliminan el pánico en el 80% de los pacientes; encontrándose mejorías entre el 20 y el 50% de los criterios (entre ellos, se incluye el uso de los servicios de salud).

He dejado para el final el artículo de Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea y Berasategui (2000) por ser el más parecido al presente estudio por lugar de aplicación (Centros de Salud Mental), la consideración del medicamento entre los datos a evaluar y la muestra que es de diagnóstico no específica (ansiedad y depresión); refiriendo una mejoría significativa del 70% de los pacientes en las modalidades terapéuticas con terapia cognitivo-conductual con o sin tratamiento farmacológico asociado (según perfil del paciente), frente a tratamiento farmacológico exclusivamente, donde no se refiere una mejoría significativa.

Parece quedar claro que es efectivo el uso de terapia cognitivo conductual. La aplicación en grupo es rentable. Como el formato de tratamiento es parecido en los diversos tratamientos de ansiedad (relajación, terapia cognitiva, algún tipo de exposición...) parece razonable

pensar que un proceso adaptado en el aspecto psicoeducativo a los distintos trastornos (generalizada, pánico, agorafobia, incluso adaptativo...) donde se apliquen las técnicas comunes puede ser una alternativa válida. Queda la duda de conocer si será eficaz y, si lo es, en qué medida respecto a los grupos aplicados a sujetos con un único diagnóstico. Los criterios de mejora pueden ser diversos, pero parece de interés tener algún criterio clínico y alguno psicométrico, pues la sintomatología y su ausencia es difícil de definir en diagnósticos tan diversos. Se ha elegido para este estudio como uno de los criterios el de la evolución clínica; el alta de la USM sería el objetivo buscado, pues significaría mejoría clínica (y el alivio de la carga asistencial del Servicio). La continuidad del tratamiento significaría el estancamiento o el empeoramiento y el abandono sería difícil de definir (búsqueda de otro recurso debido a no obtener resultados, mejoría y falta de interés en volver,...). Otro criterio sería el del tratamiento farmacológico. Como la finalidad de este estudio es la marcha clínica del paciente pero no la valoración de un fármaco, ha parecido de interés apreciar si se ha disminuido, mantenido o aumentado la dosis inicial de ansiolítico al final de la aplicación del grupo o meses más tarde, si es que el componente farmacológico es el mismo. No se han valorado distin-

tos componentes ni sus dosis equivalentes por considerar que un cambio de tratamiento en sí es la muestra de un 'fracaso' terapéutico con el anterior. En resumen, ¿Cuándo será útil la terapia a aplicar? Cuando reduzca el volumen de pacientes en la USM, permitiendo la entrada de otros al proceso terapéutico; cuando logre la reducción de dosis de ansiolítico (o su eliminación); si el usuario experimenta algún grado de mejoría subjetiva expresada por algún medio cuantificable y cuando el sujeto haya tenido la oportunidad de adquirir modos de hacer frente a situaciones de estrés o a la misma ansiedad en sí.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Los sujetos que componen este estudio son usuarios de una Unidad de Salud Mental (USM), ubicada en un centro sanitario perteneciente al Sistema Sanitario Público, que accedieron a un taller de manejo de la ansiedad en los años 1998, 1999 y 2000. Los criterios básicos para acceder a este Taller de Ansiedad eran que cada sujeto estuviera en tratamiento en la USM, bien con un psiquiatra, bien con un psicólogo, bien con ambos y que el motivo de consulta principal reseñado en la

historia clínica indicara, con preferencia, que cada caso se sometía clínicamente a los criterios DSM-III-R necesarios para que pudiera considerarse como susceptible de padecer un Trastorno de Ansiedad; si bien otros diagnósticos menos precisos eran considerados con tal de que la patología predominante fuera la ansiedad (procesos adaptativos, cuadros mixtos ansioso-depresivos de difícil filiación...). Se comunicaba a dichos sujetos que se iba a realizar esta experiencia y se contó con todos los que, de entrada, dieron su aprobación.

Se convocó a todos los sujetos seleccionados a una primera entrevista individual de carácter informativo, motivador y aclaratorio, así como para la primera entrega de material psicométrico; todos los que acudieron a esta entrevista previa forman parte del presente

estudio. Se ha dividido a los sujetos en tres grupos en función de su asistencia a las sesiones realizadas; de tal modo que los sujetos tipo 1 serían aquellos que acudieron a la entrevista informativa, pero que no llegaron a asistir ni a una sola sesión del taller grupal por decisión personal, los sujetos tipo 2 fueron los que comenzaron a acudir pero que faltaron a más del 50% de las sesiones y los sujetos tipo 3 son aquellos que acudieron a más del 50% de las sesiones. De este modo, el grupo control podía establecerse basado en la propia decisión particular del usuario de someterse o no a la aplicación del procedimiento experimental.

En la tabla 1 se presentan los datos de los sujetos. Cabe decir que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de usuarios.

Tabla 1. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS

		TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
N		5	20	19
EDAD	Media (desviación típica)	43.2 (6.65)	37.45 (13.72)	40.89 (10)
SEXO	(Hombre-Mujer)	1-4	3-17	4-15
DIAGNÓSTICO	T Pánico c/ agorafobia	0	3	6
	T Pánico s/ agorafobia	1	2	1
	Ans. Gzada.	0	4	5
	Agorafobia	1	1	1
	Otros	3	10	6

Material

Se han evaluado algunos aspectos que podían tener relevancia tanto para determinar el estado de la muestra como su evolución en dos momentos distintos; al inicio de la aplicación del proceso psicoeducativo y al final de las sesiones grupales.

Para evaluar el estrés al que han sido sometidos los sujetos durante el último año, se aplicó el "Inventario de Experiencias Recientes" de Thomas Holmes (extraído de Davis, McKay y Eshelman, 1986).

Para diferenciar el modo particular de afrontamiento del estrés se ha aplicado el "Cuestionario de Conductas de Afrontamiento en Situaciones de Estrés" elaborado por Labrador (1992) basándose en Muñoz (1988).

Se ha considerado de interés considerar una variable de personalidad que repercute tanto en el modo de afrontar el estrés como en el aprovechamiento de la terapia y para ello se han realizado medidas de alexitimia mediante el TAS-20, que ha demostrado ser un instrumento psicométricamente válido y fiable (Bagby, Parker y Taylor; 1994 y Bagby, Taylor y Parker; 1994); se ha empleado la adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto realizada por Martínez Sánchez (1996).

Una medida de interés para la ansiedad ha sido la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI E/R) en su adaptación española de TEA (1982); si bien para este estudio sólo se ha considerado la variable 'estado'.

Otro modo de evaluar la ansiedad ha sido la presencia de tensión indicada por el sujeto en el Inventario de Indicadores de Tensión y Ansiedad de Cautela (1977). En este inventario predomina la atención a la presencia de signos físicos indicadores de ansiedad; aspecto del que carece el STAI.

Se ha considerado de interés conocer el grado de afectación del desánimo/depresión en estos sujetos y para ello, creyendo necesario utilizar un instrumento bien conocido, se aplicó el Beck Depression Inventory (BDI); extraído de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983).

Igualmente se han aplicado algunas medidas de estado general que pudieran indicar los sujetos en una escala Likert de 1 a 10 referidas a su estado físico (ESFIS en este estudio) y su estado psicológico (ESPSI en este estudio). Se añadió un listado de 50 síntomas de malestar físico para que indicaran la frecuencia con la que se habían experimentado éstos en la última semana; obteniendo dos tipos de

medida, el número de síntomas físicos experimentados (SFIS) y la frecuencia media de afectación de estos síntomas (FxFIS).

Por último, se consideró otros tipos de queja subjetiva que pueden mostrar los sujetos que experimentan malestar emocional en general mediante un cuestionario extraído de Davis et al. (1986) que trata de un registro de síntomas de respuesta particular al estrés tales como 'baja autoestima', 'irritabilidad' o 'resentimiento' donde los sujetos valoran la presencia de tales síntomas valorando de 0 (no está presente) a 10 (malestar extremo). Se ha hecho una puntuación promedio de la intensidad subjetiva del malestar (SUBJET) que ha resultado del cociente entre intensidad de los síntomas (0 a 10) y número de síntomas reseñados.

Datos clínicos

Además de las medidas extraídas de los instrumentos antes mencionados, se ha registrado información de las historias clínicas referente a los sujetos del estudio. Ésta incluía datos tales como la Evolución de la Atención Clínica (sujetos que habían abandonado la asistencia a las consultas, aquellos que seguían en tratamiento y a los que se les había dado de alta en la

Unidad) y también el Tratamiento Psicofarmacológico, consistente en la prescripción de benzodiazepinas y su dosis en el momento previo al inicio de las sesiones de grupo, a los 3 meses de finalizar éstas y al año. Se ha denominado TTO+ la reducción de la dosis (o su supresión) por su psiquiatra, considerándolo un indicador de mejoría clínica; y la denominación TTO- se refiere a mantenimiento, aumento en la dosis o cambio de psicofármaco, siendo considerado un indicador clínico de no haber conseguido mejoría.

Con estos indicadores se ha pretendido evaluar de un modo más pragmático si la inclusión y asistencia de los sujetos a las sesiones de grupo (así como la no participación o escasa asistencia en los casos control) presenta alguna incidencia en la evolución clínica. Esto supone evaluar también si la aplicación de este procedimiento de terapia en grupo es útil de cara a mejorar la presión asistencial de la USM y a reducir costes para la administración, considerando la mejoría de los participantes.

Terapia cognitivo-conductual aplicada en grupo

Esta terapia grupal consta de 8 sesiones de 90 minutos aproximadamente de duración, con una fre-

cuencia semanal de aplicación, desarrollada con un mismo formato en los distintos años (1998, 1999 y 2000) y puesta en práctica por el mismo terapeuta, si bien cada año asistió como observador y, en alguna sesión, como coterapeuta un residente de formación P.I.R. (Psicólogo Interno Residente) o M.I.R. (Médico Interno Residente de Psiquiatría). Las sesiones eran predominantemente psicoeducativas, buscando que, además de aportar información, los usuarios supieran identificar su problema y conocieran diversos modos de manejar sus síntomas. Siempre se reservaba algún tiempo para que expresaran sus inquietudes, manifestaran sus dudas y pudieran recibir apoyo del resto de los participantes. Se les sugería la aplicación entre sesiones de los procedimientos tratados en cada una de ellas, experiencia que podía ser comentada al inicio de la siguiente. El contenido esencial de cada sesión era el siguiente:

— Sesión 1 “Conocer el trastorno”: Presentación de los componentes, de la finalidad del grupo y de las normas a seguir. Ansiedad como respuesta normal y como trastorno. Revisión de síntomas experimentados. Exposición del ‘Círculo del Pánico’; distinguir ansiedad generalizada y trastorno adaptativo.

— Sesión 2 “Control de los sín-

tomos fisiológicos”: Relajación y su generalización. Uso de la respiración profunda y lenta.

— Sesión 3 “Pensamientos distorsionados”: Conocer y ser capaces de detectar los pensamientos distorsionados básicos, especialmente los pensamientos catastróficos, y cómo intentar refutarlos.

— Sesión 4 “Combatiendo la amenaza”: Técnica de distracción de pensamiento y la necesidad de su uso dentro del círculo del pánico como modo de combatir la focalización sensorial. Uso de autoinstrucciones específicas para el Trastorno de Pánico y otras generales para todos.

— Sesión 5 “Conductas de afrontamiento”: Importancia de no fomentar conductas de escape/evitación. Caso especial de la agorafobia. Exposición a estímulos ansiógenos internos o externos.

— Sesión 6 “Afrontar las causas y/o los mantenedores”: Valoración de causas y mantenedores. Aportación de información y discusión del manejo de algunas de ellas como la organización del tiempo para combatir el estrés, cómo favorecer el sueño apropiado y consejos dietéticos básicos. Importancia de la toma de decisiones en la confrontación de las situaciones estresantes.

— Sesión 7 “Afrontar la presión

social”: La presión social como causa y mantenedor específico. Habilidades asertivas básicas de afrontamiento de crítica y de expresión de malestar. Repercusión del trastorno en el entorno socio-familiar.

— Sesión 8 “Conclusiones”: Repaso de conceptos básicos y su utilidad. Exponer cada sujeto qué considera más necesario practicar y dudas. Cada usuario se propone una meta de práctica para los siguientes 6 meses.

Desde la sesión 1 a la 7 se practica durante los últimos 20 minutos técnicas de relajación combinando elementos de entrenamiento autógeno y relajación progresiva. En las últimas sesiones se practica la relajación por evocación y la relajación diferencial.

RESULTADOS

Primero, para conocer la eficacia de la aplicación del tratamiento grupal se ha valorado la evolución de los usuarios tras acudir a las sesiones aplicadas en comparación con aquellos sujetos que no asistieron a éstas; como el total de los que no asistieron es bajo se añadió a este grupo ‘control’ los datos de aquellos sujetos tipo 2, es decir, los que acudieron menos de la mitad de las sesiones. La tabla 2 muestra la distribución de los usuarios con-

forme a los criterios de evolución de alta, abandono (el usuario deja de acudir a la USM) y tratamiento. El estadístico Chi Cuadrado revela que las diferencias observadas en la tabla son significativas. Aunque el porcentaje de sujetos que reciben el alta dentro del grupo experimental es superior al del grupo control (sujetos tipo 1 y 2), donde más se aprecia la diferencia es en el criterio de abandono; en rigor, cuesta decidir qué nos indica esta diferencia: eficacia del tratamiento o adherencia de los sujetos al proceso clínico.

Debido a que la atención en un servicio de Salud Mental como el nuestro es más prolongado que la propia mejoría clínica debido a la indicación de los tratamientos psicofarmacológicos, se revisó la evolución un año más tarde para valorar si los datos de evolución iniciales se mantenían o variaban. Para esto se acudió a las historias clínicas, de nuevo, comprobándose las cifras que indica la tabla contenida en la figura 1. En ésta se puede observar la tendencia tan diferencialmente marcada de los sujetos tanto a recibir más el alta como a abandonar menos el proceso clínico en el caso de los individuos que han recibido el tratamiento grupal.

La prescripción de ansiolíticos un año después de la asistencia a las sesiones de grupo se refleja en la

Tabla 2. EVOLUCIÓN CLÍNICA A LOS 3 MESES		
	Tipo 1 y 2 (No acuden o no finalizan las sesiones)	Tipo 3 (Terminan las sesiones)
Alta	6 (24%)	7 (36.84%)
Abandono	12 (48%)	1 (5.26%)
tto	7 (28%)	11 (57.89%)
Total	25 (100%)	19 (100%)

Chi Cuadrado 9.634 2gl. Significativo (p<0.05)

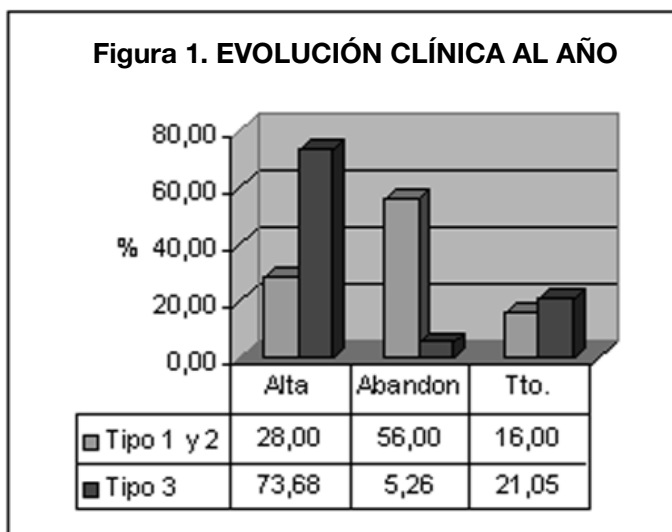


tabla 3 que indica una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos; de los cuales, sólo un 10.52% de los sujetos no cumplidores ven rebajada la dosis del ansiolítico prescrito, frente a un 44.44% de los sujetos que cumplieron las sesiones de grupo y vieron rebajadas sus dosis. Estos

datos se han recogido por su interés de cara a valorar aspectos prácticos (y también económicos) de la evolución de los sujetos adscritos a este estudio, pero se podrá observar que el número de individuos que figuran en este recuento es inferior al de las tablas anteriores debido a la dificultad de poder

Tabla 3. CAMBIOS EN LA DOSIS DE TRATAMIENTO ANSIOLÍTICO, TRAS UN SEGUIMIENTO DE UN AÑO

	SUJETOS NO CUMPLIDORES (TIPO 1 Y 2)	SUJETOS CUMPLIDORES (TIPO 3)
EVOLUCIÓN FAVORABLE (Disminuyen dosis BZD)	2 (10.52%)	8 (44.44%)
EVOLUCIÓN NO FAVORABLE (Aumentan o mantienen dosis; o bien se les cambia el tipo de BZD)	17 (89.47%)	10 (55.55%)

CHI CUADRADO 5.392 1 GL (P<0.029)

acceder a la información oportuna, y no pudiendo, por tanto, hacerla constar.

También se han aplicado instrumentos de medida antes y después de las sesiones de grupo donde los sujetos que han participado en ellas informen de cuál es su estado psicológico y percepción personal. Otro modo de conocer la eficacia de la aplicación de este tratamiento en grupo es observar si los cambios antes-después son significativamente favorables. Los datos se reflejan en la tabla 4.

Realizando la prueba t de comparación de medias resultan significativos en mayor grado aquellos indicadores de ansiedad-estado (STAI), de depresión (BDI) y la valoración en una escala de 0 a 10 de quejas generales de malestar personal

(desesperanza, mal humor, impotencia...) denominadas SUBJET.

En menor medida, han resultado significativas la disminución de la frecuencia con la que sienten malestar físico (FxFIS) y la mejoría subjetiva de su estado físico valorado en una escala de 1 a 9. Los otros indicadores, tales como el de tensión, el número de quejas físicas percibidas (SFIS) y la valoración del estado psicológico (ESPSI) medido en una escala de 1 a 9 no han resultado significativos, pero las medias indican un resultado positivo en cualquier caso.

CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado, la finalidad del presente estudio es la valoración de la eficacia de la aplica-

Tabla 4. EFICACIA DEL TRATAMIENTO BASADA EN RESULTADOS DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOMÉTRICA				
PRUEBAS COMPARADAS	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA)	t	gl	significativa
STAI 1 STAI 2	81.37 (15.82) 59.38 (27.60)	3.981	17gl	**
BDI 1 BDI2	16.5 (6.61) 10.88 (6.06)	2.920	7 gl	**
TENSION 1 TENSION 2	9.68 (3.64) 9.26 (3.94)	.552	18 gl	
SFIS 1 SFIS 2	30 (7.84) 23.78 (11.58)	1.662	8 gl	
FxFIS 1 FxFIS 2	1.92 (0.41) 1.59 (0.49)	2.254	8 gl	*
ESFIS 1 ESFIS 2	6.22 (1.09) 7.22 (1.48)	-1.897	8 gl	*
ESPSI 1 ESPSI2	6 (1.58) 6.4 (1.66)	-0.736	8 gl	
SUBJET1 SUBJET 2	4.35 (1.58) 2.9 (1.77)	3.823	18 gl	**

** (p<0.05) * (p<0.10)

ción en un grupo de pacientes con trastornos de ansiedad de un conjunto de sesiones cuya finalidad es ayudar a conocer a esos sujetos las características de su trastorno así como de modos de manejar la ansiedad. La forma de saber si ha

sido eficaz se ha centrado en valorar la variación de algunos parámetros en los sujetos-control (Tipos 1 y 2 en este estudio) frente a los sujetos a los que se aplicó el procedimiento grupal (aquellos que acudieron a más de la mitad de las sesiones).

Es necesario mencionar que las características de los sujetos no han parecido influir en los resultados puesto que las diferencias entre ellos no han sido estadísticamente significativas. Esto quiere decir que se han considerado las variables sexo, edad, formación académica, ocupación laboral, estado civil y diagnóstico sin que se haya apreciado que sea decisiva ninguna diferencia entre los sujetos 'experimentales' y los control. También se ha considerado una variable estable como la alexitimia (TAS-20), el estrés previo, la duración de la relación asistencial de cada sujeto, el estilo de afrontamiento y el diagnóstico sin que se mostraran diferencias significativas.

Todo indica que los resultados que nos encontramos en este estudio no están mediados por las variables mencionadas individuales. Cabe esperar que nos indiquen en qué medida es el resultado de haber participado en las sesiones de grupo. Tampoco se han mostrado significativos los 'cruces' de estas variables con los resultados de las variables dependientes que relataremos; dicho dato refuerza la afirmación anterior.

Los resultados nos enseñan varios aspectos sobre lo que ha ocurrido con los sujetos al acudir a este grupo:

A/ Frente a los que no acuden, se ha conseguido un *porcentaje significativamente mayor de altas de la USM*; especialmente al año de acudir a las sesiones. En los otros sujetos conocemos una alta tasa de 'abandonos'. Es difícil realizar una valoración del dato 'abandonos' sin recurrir a meras especulaciones al no poder contar con datos objetivos relacionados con esta circunstancia. Sería interesante para futuras investigaciones valorar (por ejemplo, mediante entrevistas telefónicas con estos sujetos) las razones para esta decisión y su relación con la evolución clínica.

B/Los sujetos que han acudido al grupo presentan *reducciones en el consumo de benzodiazepinas* proporcionalmente significativas respecto a los que no lo han seguido (recordemos que obtenemos un 44.44% frente a un 10.52% de los sujetos en cada grupo) este dato es un indicador de mejoría clínica y de reducción de gasto farmacéutico para la administración (más de un 30% de los sujetos del grupo en esta muestra respecto a los sujetos control).

C/ Atendiendo a los cambios que expresan los sujetos en medidas psicométricas se puede decir que, de modo estadísticamente significativo, los sujetos *parecen mejorar en ansiedad estado (STAI)*,

estado de ánimo (BDI) y *quejas subjetivas generales* (SUBJET). De forma menos concluyente, pero también significativa, se sienten *físicamente mejor* (ESFIS) y, cuando sienten molestias físicas, las experimentan con menos frecuencia (FxFIS).

Si consideramos como un aspecto relevante la evolución clínica, estos datos reflejan cifras de mejoría próximas a las encontradas en otros estudios mencionados en la introducción. En algunos casos, son muy similares; como los expuestos por Echeburúa et al. (2000) con sujetos afectados de cuadros mixtos de ansiedad y depresión con mejoría en el 70% de éstos. En las revisiones de grupos con diagnósticos homogéneos, si bien se consideran otros criterios de mejoría (ausencia de crisis de pánico, por ejemplo) con cifras entre el 85% (Beck et al. 1992) y el 80% (Botella y Ballester, 1997); cuando la referencia es al conjunto global de los criterios, la 'mejoría' oscila entre el 20 y el 50% de los sujetos (incluyendo entre estos criterios el uso de los servicios de salud); resultados que no distan de los mostrados en el presente estudio.

De acuerdo con Deffenbacher (1997), la experiencia sugiere que los pacientes pueden beneficiarse cuando están mezclados con suje-

tos que tienen otros tipos de ansiedad. La inclusión de pacientes con distintos trastornos de ansiedad, especialmente Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada, presenta como único inconveniente que hace necesario diversificar la información en los momentos psicoeducativos de la terapia y, por el contrario, ofrece una visión más completa de cómo afecta la ansiedad al sujeto y cómo hacerle frente (algunas técnicas de afrontamiento son las mismas en ambos casos); resulta revelador para aquellos sujetos con comorbilidad (una incidencia que parece considerable) y facilita la atención profesional por economía de tiempo. Dados los datos de eficacia encontrados en el presente estudio, parece sugerente seguir aprovechando los beneficios de reunir en un mismo grupo a pacientes con diversos tipos de ansiedad.

La carencia de datos de todos los sujetos en todas las variables resta potencia a los resultados estadísticos, siendo este aspecto uno de los puntos débiles de este estudio. El paso del tiempo y un mayor y más completo acopio de datos definirán de modo más fiable estos resultados y la posibilidad de que algún tipo de variable, que en este estudio no haya sido relevante, suponga un factor de interés en posteriores revisiones.

REFERENCIAS

- Bagby, R.M.; Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item –Toronto Alexitimia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32
- Bagby, R.M.; Taylor, G.J. y Parker, J.D. (1994). The twenty-item –Toronto Alexitimia Scale. II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Barlow, D.H. (1992). Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. Annual Meeting of the American Psychiatric Association: Integrated treatment of panic disorder and social phobia (1992, Washington, DC). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56(2, Suppl A), 14-28.
- Beck A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F y Emery, G.(1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao:DDB. (Orig. 1979).
- Beck, A.T.; Sokol, L.; Clark, D.A.; Berchick, R. et-al. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, Vol 149(6), 778-783.
- Botella Arbona, C. y Ballester Arnal, R. (1997). *Trastorno de Pánico: Evaluación tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bruce,T.J.; Spiegel, D.A.; Gregg,S.F. y Nuzzarello,A. (1995). Predictors of alprazolam discontinuation with and without cognitive behavior therapy in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1156-1160
- Cautela, J.R. (1977). *Behavior analysis forms for Clinical Intervention*. Champaign, Illinois: Research Press Company.
- Craske, M.G. y Lewin, M.R. (1997). Trastorno por Pánico. En V.E.Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastorno psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, E.R. (1986). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Deffenbacher, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastorno psicológicos Vol 1* (241-266). Madrid: Siglo XXI.
- DiFilippo, J M. y Overholser, J C. (1999). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Confronting situational precipitants. *Journal-of-Contemporary-Psychotherapy*, 29(2), 99-113
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastorno psicológicos*, 1 (211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa Odriozola, E. y de Corral Gargallo, P. (1991). Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En G.Buela-Casal. y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (285-304). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa Odriozola, E; Salaberria, K.; Corral Gargallo, P.; Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 26 (108), 509-535.
- F. Martínez Sánchez. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de

Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.

Labrador, F.J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.

Manning, J.J.; Hooke, G.R.; Tannenbaum, D.A.; Blythe, T.H. et-al (1994). Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(4), 667-674.

Margraf, J.; Barlow, D.H.; Clark, D.M. y Telch, M.J. (1993) Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour-Research-and-Therapy*; 31(1), 1-8

Muñoz, M. (1988). Características de enfrentamiento: aspectos perceptivos y motores. Universidad Complutense. Madrid.

Neron, S.; Lacroix, D. y Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(4), 379-392.

Petterson, K. y Cesare, S. (1996). Panic disorder: A cognitive-behavioural approach to treatment. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(2), 191-202.

Rudd, M.D. y Joiner, T. (1998). The role of symptom induction in the treatment of panic and anxiety. Identifiable domains, conditional properties, and treatment targets. *Behavioural Modification*, 22(1), 96-107.

Schulze, M; Osen, B. y Hand, I. (1997). Verhaltenstherapeutische Kurzzeit-Grup-

penherapie zur Versorgung von Patienten mit Angststoerungen in der primaeraerztlichen Praxis. / Short-term therapy for patients with anxiety disorders in primary care. *Verhaltenstherapie*, 7(1), 5-13.

Sharp, D. M.; Power, K G; Simpson, R J; Swanson, V et-al. (1996). Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(4), 219-242.

TEA . (1982). Adaptación española de Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI E/R).

Telch, M.J.; Lucas, J.A.; Schmidt, N.B.; Hanna, H.H. et-al. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 279-287.

Van den Hout, M.; Arntz, A y Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 447-451.

Vila, J. (1986). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Comps.). *Manual de Modificación de conducta* (229-264). Madrid: Alhambra.

White, J; Keenan, M y Brooks, N. (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20(2), 97-113.

Woodman, C.L.; Noyes, R.; Black, D.W.; Schlosser, S. y Yagla, S.J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 187(1), 3-9.