

Tratamiento psicológico grupal de sesión única para personas que sufren trastornos adaptativos. Programa y evaluación preliminar

Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ

Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Sevilla (España).

Resumen

La elevada demanda de atención en salud mental en el Sistema Sanitario Público de Andalucía requiere idear e implementar propuestas asistenciales proporcionales a la gravedad de los trastornos, a la vez que ágiles y de calidad. Este trabajo presenta un programa de tratamiento psicológico grupal de sesión única para atender a personas que sufren trastornos adaptativos, así como los resultados de una evaluación preliminar de dicho programa. Los objetivos del programa son ayudar a la recuperación psicológica y emocional de los participantes y a la prevención de su recaída.

Se ha aplicado a 40 personas, mujeres y varones, con edades comprendidas entre los 22 y 73 años, derivadas por sus médicos de atención primaria. La evaluación preliminar se realizó mediante un cuestionario de valoración y de satisfacción con el tratamiento de elaboración propia, indicadores asistenciales y la percepción de los profesionales que indicaron la derivación. A pesar del reducido número de pacientes que necesitaron una nueva derivación en los 12 meses siguientes, de las puntuaciones discretamente positivas obtenidas en el mencionado cuestionario y la percepción positiva de los médicos que indicaron la derivación, las limitaciones metodológicas de este estudio obligan a seguir valorando la oportunidad y utilidad del mismo en nuevos estudios controlados.

Abstract

The high demand for mental health care in the Public Health System of Andalusia requires to devise and implement care proposals proportional to the severity of the disorders, while being agile and of quality. This paper presents a single-session group psychological treatment program to assist people with adjustment disorders, as well as the results of its preliminary evaluation. The objectives of the program are to help the psychological and emotional recovery of the participants and to prevent their relapse.

It has been applied to 40 people, women and men, aged between 22 and 73 years, derived by their family doctors. The preliminary evaluation was carried out through a questionnaire of assessment and satisfaction with the treatment of own elaboration, indicators of care and the perception of professionals who indicated the derivation. In spite of the small number of people who are referred back within 12 months after the treatment, the discreetly positive scores obtained in the questionnaire and the favorable perception of the doctors who referred patients, the methodological limitations of this study oblige to continue assessing the opportunity and utility of the same in new controlled studies.

Un elevado número de personas sufren trastornos mentales y requieren atención en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). El *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020* (Carmona, García-Cubillana, Millán et al., 2016) -PISMA III- recoge, al respecto, diversos datos

epidemiológicos de interés. Así, en el año 2006 la prevalencia de trastornos mentales en España entre personas de 15 a 65 años era del 13'8%, siendo en Andalucía en 2013 del 14'8%.

En el año 2013, 114.641 pacientes fueron derivados desde los Centros de Salud de los distintos Distritos Sanitarios

Dirección del autor: Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente. c/ Cueva de la Pileta, s/n. 41020 Sevilla. *Correo electrónico:* manuelj.martinez.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido: marzo de 2017. *Aceptado:* julio de 2017.

de Atención Primaria o desde las Áreas de Gestión Sanitaria hacia las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Ese mismo año fueron atendidas 268.521 personas en las USMC, registrándose un incremento del 25% en el total de usuarios en dichas unidades entre los años 2008 y 2013 y del 43% en el número total de consultas. Por diagnósticos, los más atendidos son los trastornos neuróticos, 65.768, entre los que se incluyen los trastornos adaptativos (TA).

El mencionado PISMA III no aporta datos específicos para los TA ni en Atención Primaria (AP) ni en Atención Especializada (AE) de Salud Mental (SM) en Andalucía, aunque hay estudios que sí lo hacen para medios cercanos al nuestro. Así, Fernández, Mendive, Salvador-Carulla *et al.* (2012) encontraron una prevalencia del 2'94 % en centros de AP de Cataluña; y Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010) señalan que el 7'36 % de las personas atendidas en una clínica universitaria de Madrid en un período de nueve años presentaban este tipo de trastornos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), define los TA como “estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.” (OMS, 1992).

Tal y como señala Vallejo (2015), uno de los conflictos principales con respecto a los límites diagnósticos del TA es su diferenciación con la normalidad. En este sentido Pérez-Sales (2009) refiere dos modelos diferentes de entendimiento de este tipo de trastornos: el *psicologizante*, que considera la necesidad de reconocer y legitimar las dificultades de adaptación al medio para poder brindar desde el sistema de salud la atención adecuada; y el *salutógeno* que, por el contrario, entiende que existe una tendencia social contemporánea a una intolerancia a las emociones negativas y una medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento.

Respecto a los tratamientos de los TA, Vallejo (2015) señala que, debido a la escasez de trabajos sobre los mismos y a que no existe un consenso basado en la evidencia sobre el mejor tratamiento, la elección del mismo es una decisión del profesional clínico. Sin embargo, Azocar y Greenwood (2006) sostienen que, en general, los tratamientos psicológicos son considerados por muchos autores como los de elección para el abordaje de estos trastornos. Respecto a estos tratamientos, Vallejo (2015) refiere que se han usado enfoques y técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en técnicas de relajación, intervenciones basadas en *mindfulness*; psicoterapia interpersonal, terapias grupales de apoyo, terapia familiar y técnicas de desensibilización y reproceso por el movimiento de ojos (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR).

Simón, Molés y Quero (2017) han realizado una revisión de los tratamientos psicológicos de estos trastornos, concluyendo que los estudios encontrados presentan limitaciones metodológicas y de validez externa; y, en función de los resultados obtenidos en diversos estudios, recomendando para futuras investigaciones el uso de las tecnologías de la información y comunicación (programas computarizados, internet y dispositivos móviles) para el tratamiento psicológico. Precisamente, Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños (2012) y Quero, Andreu-Mateu, Moragrega *et al.* (2017), entre otros, están desarrollando experiencias de tratamiento de los TA mediante el uso de la realidad virtual.

Las sesiones únicas de tratamiento psicológico, con distintas orientaciones y en formato individual o grupal, se usan desde hace varias décadas en los ámbitos del consejo psicológico y la psicoterapia con buenos resultados en el abordaje de problemas clínicos mentales y somáticos y relacionales (Talmon, 1990; Bloom, 2001; Hymmenm, Stalker y Cait, 2013). No obstante, este último grupo de autores destaca la necesidad de un mayor rigor metodológico en los estudios. Aunque, como señala Molés (2016), la postura generalmente adoptada es la de aplicar terapias breves con los TA, no se han encontrado estudios específicos para el tratamiento psicológico en grupo de los TA en sesión única.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, el *Proceso Asistencial Integrado Ansiedad-Depresión-Somatizaciones* (PAI-ADS) (Díaz del Peral, Aragón, Aranda *et al.*, 2011) establece que los cuadros leves y moderados de ansiedad y depresión sean atendidos en primera instancia en AP. Entre otros diagnósticos se incluyen en este Proceso el de los TA y se señala como primera opción terapéutica para las personas incluidas en el mismo la psicológica y psicosocial. Así mismo, indica el uso de guías de autoayuda basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual como instrumento fundamental de trabajo en la intervención con la persona, que, en todo caso, se reduce a un número limitado de sesiones individuales presenciales o telefónicas, de corta o muy corta duración; y a un número de sesiones grupales también limitado. Este Proceso incorpora, así, las propuestas de las guías NICE (2009, 2011) sobre tratamiento de la depresión y la ansiedad, orientando el modelo de tratamiento hacia la práctica asistencial que en los últimos años se desarrolla en el Reino Unido (programa IATP: *Improving Acces to Psychological Therapies*). Sorprendentemente este Proceso no indica la incorporación de psicólogos en AP, a pesar de que prioriza las intervenciones psicológicas.

En la USMC-Oriente de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) del Hospital “Virgen del Rocío” de Sevilla se atienden las solicitudes de AE de seis Centros de Salud (CS) que suman un total de 105.000 usuarios de tarjetas sanitarias. El equipo de profesionales de la USMC-Oriente es multidisciplinar, integrado por tres psicólogos clínicos, cuatro psiquiatras, dos enfermeras, una

trabajadora social, tres auxiliares de enfermería y una auxiliar administrativa. En 2015 se programaron 2.340 primeras consultas en esta Unidad. Los pacientes son derivados desde AP o AE y las consultas de urgencias hospitalarias. En la Unidad se atienden todo tipo de patologías mentales y de todas las franjas de edad.

La elevada demanda de atención en nuestra Unidad, la diversidad de patologías que se atienden y los distintos grados de gravedad de las mismas, han aconsejado desarrollar un programa de tratamiento psicológico para personas que sufren TA que permita dar una respuesta asistencial eficiente; atendiendo con la mejor calidad posible (para que no se cronifique el malestar) sin sobreatender (para que no se patologice la normalidad); y con el que las personas puedan encontrar una ayuda para su mejoría y una herramienta de prevención de la patología en futuras pérdidas de su nivel de bienestar psicológico.

En razón de la pretendida eficiencia se ha establecido una sesión única grupal para dicho tratamiento -al igual que, frecuentemente, también ocurre en la atención individual de estos paciente en nuestra Unidad-; con un grupo suficientemente amplio para que pueda beneficiarse un mayor número de la intervención directa del terapeuta, al mismo tiempo que de los factores curativos que operan en los grupos psicoterapéuticos (Yalom, 1986). El número de personas que son atendidas, las que vuelven a ser derivadas y la valoración que hagan del tratamiento y su satisfacción con el mismo permitirán considerar su eficiencia en relación a los resultados.

Para diseñar el tratamiento, el autor se ha basado en las intervenciones individuales que viene desarrollando desde hace años con las personas a las que atiende con diagnóstico de trastorno adaptativo y en sus conocimientos de psicoterapia grupal en un modelo que combina la terapia en grupo y por el grupo (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1957).

Partiendo de la conceptualización de los estresores vitales como pérdidas del *status quo* del bienestar que se tiene en cada momento en diferentes situaciones y áreas de la vida, se persigue ayudar a la persona a posicionarse ante dichas pérdidas de una forma diferente para aliviar su sufrimiento.

Este trabajo tiene los objetivos de presentar el programa mencionado y los resultados de una evaluación preliminar tras aplicarlo a un grupo de pacientes con diagnóstico de TA.

Método

Participantes

Los pacientes se seleccionaron con los siguientes criterios: personas atendidas en AP, mayores de 18 años, que, a juicio de su médico de familia, sufrían un malestar emo-

cional y limitación funcional en reacción a evento/eventos estresor/estresores (TA) y requerían una AE en SM.

Se excluyeron personas con personalidades complejas, otras patologías mentales más severas, riesgo suicida, quienes pudieran obtener beneficios secundarios por tener un diagnóstico y estar en tratamiento (por ejemplo, mantener su situación de incapacidad laboral temporal) y aquellas otras personas que ya estuvieran atendidas en nuestra Unidad.

Participaron en total 40 pacientes, 32 mujeres y 8 varones, con edades que varían entre 22 y 73 años (media edad 48'37 y desviación tipo 13'31).

Instrumentos

Cuestionario de valoración y satisfacción

Se pidió a los participantes que cumplimentasen un cuestionario de valoración y de satisfacción con el tratamiento recibido. Este cuestionario, de elaboración propia, consta de cuatro preguntas que se responden en una escala de unidades subjetivas de 0 a 10. Las preguntas valoran cinco aspectos diferentes, siendo las tres primeras de carácter prospectivo: entendimiento y aceptación, utilidad, disposición a llevar a la práctica y satisfacción con el tratamiento. Las preguntas eran las siguientes:

Pregunta 1. ¿En qué grado cree que el tratamiento recibido hoy le ayudará a entender mejor y aceptar lo que le ocurre?

Pregunta 2. ¿En qué grado cree que el tratamiento recibido hoy le ha dado ideas útiles para poder mejorar su situación personal y emocional actual?

Pregunta 3. ¿En qué grado cree que podrá llevar a la práctica dichas ideas útiles?

Pregunta 4. ¿Cuál es un nivel de satisfacción con el tratamiento recibido hoy?

Indicadores asistenciales

Se cuantificó el número de personas asistentes por sesión y el de las que fueron derivadas posteriormente desde los CS a la USMC-Oriente en los seis y doce meses siguientes, comparándolo con el de aquellos que también habían sido derivados en dichos períodos de tiempo tras haber sido atendidos individualmente durante los meses en que se realizaron las sesiones grupales por el profesional que desarrolló el programa.

Valoración de médicos de familia

En una reunión de coordinación con cada centro de salud posterior al desarrollo del programa se presentaron los resultados del mismo y se solicitó la valoración informal del programa a los médicos de familia que hubieran atendido a pacientes derivados tras haber participado en el mismo.

Procedimiento

Programa

Se diseñó un programa de tratamiento psicológico grupal de sesión única.

Los objetivos generales del programa son ayudar a las personas que sufren TA a su recuperación psicológica y emocional y a la prevención de su recaída. Y los correspondientes objetivos específicos son: ayudar a las personas que sufren un TA a que entiendan y acepten el malestar emocional que tienen; a que reconozcan y usen sus capacidades psicológicas y personales y los recursos de su entorno; y a que desarrollen nuevas capacidades psicológicas.

Su aplicación se efectúa por el autor del mismo, psicólogo clínico, con la ayuda de colaboradores (médicos de familia y profesionales en formación).

Los tres elementos psicoterapéuticos básicos sobre los que pivota son: la autorreflexión, el cuestionamiento de ideas y acciones disfuncionales en la persona y el aprendizaje grupal.

Se desarrolla en una sola sesión de tres a cuatro horas a través de cuatro fases, cada una de las cuales consta de tres subfases.

La sesión se inicia con una *recepción de los pacientes* que incluye la presentación de los profesionales que aplican o colaboran con el tratamiento, la presentación de las personas asistentes (cumplimentándose el listado correspondiente), la descripción del tratamiento y cómo se va a desarrollar; y la descripción de la actitud que deben tener las personas asistentes durante el mismo y posteriormente; a saber: curiosidad, confianza, atención, posición activa, autorreflexión; alentándoles a ello.

Las cuatro fases tienen las siguientes ideas centrales y contenidos:

Fase 1. Las pérdidas en la vida y el sufrimiento emocional como expresión de que estamos vivos. Herida-sufrimiento-cicatriz-huella. Las *heridas* necesitan cuidados y tiempo para cicatrizar. Vivir con las *huellas* de la pérdida.

Fase 2. Lo que la psicología sabe de lo que no ayuda a las personas a recuperarse emocionalmente de las pérdidas sufridas: huir del sufrimiento, lamentarse y recrearse en él, decirse que una/o no se recuperará jamás de esto, responsabilizar a otros de la posibilidad de recuperarse, aislarse, descuidar lo que uno sigue teniendo, rechazar cualquier buena sensación que uno tiene, rechazar posibilidades que *llamen* a la puerta de la vida.

Fase 3. Lo que la psicología sabe de lo que sí ayuda a las personas a recuperarse emocionalmente de las pérdidas: sentir el sufrimiento, agradecer lo que le ha dado a una/uno aquello que ha perdido hasta que se produjo la pérdida, centrarse en lo que depende de uno hacer para sentirse mejor, mantener el contacto con el mundo, tener

muy presente lo que uno sí sigue teniendo y cuidarlo, estar atento a las buenas sensaciones que uno tiene.

Fase 4. El bienestar se conquista con las consideraciones y las acciones que uno desarrolla en su vida diaria. Para lo que nos ocupa, los *medicamentos psicológicos* requieren más esfuerzo del paciente que los *medicamentos químicos*: el paciente tiene que aplicar diariamente en su vida lo que se sabe que le ayudará a recuperarse emocionalmente.

Cada una de estas fases se desarrolla a través de las 3 siguientes subfases:

Introducción por el psicólogo clínico de las ideas centrales y contenidos de la fase correspondiente.

Trabajo en pequeños grupos (3-4 personas) respondiendo cada uno oralmente a las preguntas escritas que se formulan (anexo 1) y que versan sobre las ideas centrales y contenidos de dicha fase; en sus respuestas se dirigen a las otras personas del pequeño grupo.

Puesta en común e intervención del profesional que aplica el tratamiento y los colaboradores para transmitir un modelo saludable de funcionamiento.

El profesional que dirige la intervención regula el tiempo dedicado a cada subfase en función de la dinámica del grupo y, junto a los colaboradores, apoyan el trabajo en pequeños grupos.

Cada participante recibe al final de la intervención un documento (anexo 2) en el que se resumen las ideas centrales que tienen que llevar a su vida diaria.

Al final de la fase 4 se aplicó el Cuestionario de valoración y de satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

Presentación en la USMC-Oriente y Centros de Salud

El autor presentó el programa al equipo de profesionales de la USMC-Oriente. Una vez acordada su implantación se presentó en cinco de los CS a los que la USMC-Oriente da cobertura. En dicha presentación se hizo especial hincapié en el tipo de paciente que se podría beneficiar de este tratamiento y se aclararon las dudas existentes. Se precisó para cada uno de los centros las fechas en las que iban a desarrollarse las sesiones y se estableció que un referente entre los médicos de familia de cada uno recogiera los nombres de los pacientes propuestos, que comunicaría al responsable del programa. Se invitó a participar a quienes tuvieran interés en conocer en la práctica el programa, con el objeto también de que pudieran desarrollar posteriormente el mismo en sus propios CS, inicialmente con supervisión del autor.

Sesiones

Se celebraron cinco sesiones grupales. Dado que a cada sesión podían asistir hasta 40 personas y el número de participantes reales ha sido de 40 en total (8 en la primera

sesión, 13 en la segunda, 4 en la tercera, 6 en la cuarta y 9 en la quinta), el porcentaje de asistentes en relación al número máximo posible de usuarios atendidos ha sido del 20 %.

Resultados

Cuestionario de valoración y de satisfacción con el tratamiento

La gráfica de la figura 1 ilustra los promedios de las puntuaciones de cada grupo en cada una de las cuatro preguntas del Cuestionario. Las puntuaciones promedio para cada una de las preguntas son las siguientes: pregunta 1, 5'74; pregunta 2, 6'48; pregunta 3, 6'17 y pregunta 4, 6'25.

Se puede observar que las puntuaciones medias en las distintas preguntas son relativamente homogéneas para cada grupo/sesión, apareciendo diferencias muy notables entre sesiones/grupos; y en general son positivas (cuatro de los grupos puntúa en promedio por encima de 5, no así el quinto grupo). Es difícil explicar a qué se deben estas diferencias, aunque los dos grupos más reducidos (tercero y cuarto) son los que mejor valoran la ayuda recibida.

Nueva solicitud de atención de los pacientes participantes en el programa y de los tratados individualmente

A los seis meses se había solicitado una nueva atención en nuestra Unidad para cuatro de los pacientes atendidos en

la sesión grupal, tres de los cuales ya habían sido atendidos individualmente en la misma Unidad en los 12 meses anteriores al tratamiento en la sesión grupal. En uno de esos tres casos, en la misma sesión se evidenció que la suya era una patología diferente al TA, por lo este tratamiento no estaba indicado. En los seis meses posteriores se solicitó atención para un paciente más.

El 87'5 % de los pacientes con TA que participaron en este programa de tratamiento psicológico grupal de sesión única no volvieron a requerir atención en los 12 meses siguientes.

Así mismo, uno de los seis pacientes con TA atendidos individualmente durante el mismo período de tiempo en que se aplicó el programa volvió a precisar asistencia en los 12 meses siguientes.

El 85,8 % de los pacientes con TA atendidos individualmente no volvieron a requerir dicha atención en el período de tiempo referido.

Valoración de médicos de familia

Los médicos de familia que habían seleccionado a los pacientes que participaron en este tratamiento declararon informalmente en las reuniones de coordinación con nuestra Unidad la buena valoración del mismo a partir de los testimonios en consulta de personas asistentes, algunas de las cuales expresaron su deseo de que el tratamiento hubiese tenido más sesiones.

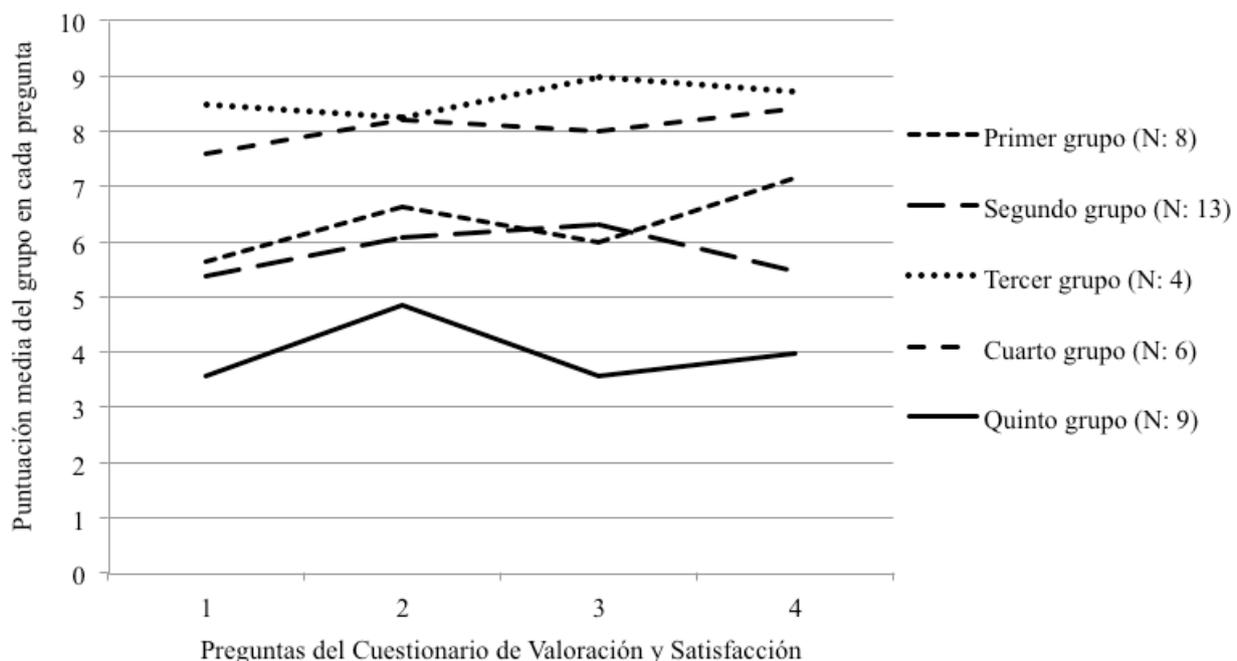


Figura 1. Puntuaciones promedio de cada grupo en las cuatro preguntas del Cuestionario (pregunta 1: ¿en qué grado cree que el tratamiento recibido hoy le ayudará a entender mejor y aceptar lo que le ocurre?; pregunta 2: ¿en qué grado cree que el tratamiento recibido hoy le ha dado ideas útiles para poder mejorar su situación personal y emocional actual?; pregunta 3: ¿en qué grado cree que podrá llevar a la práctica dichas ideas útiles?; y pregunta 4: ¿cuál es un nivel de satisfacción con el tratamiento recibido hoy?).

Incidencias

Aunque cuando se presentó el programa en los CS se precisó que este tratamiento se planteaba para pacientes que no estuvieran siendo atendidos ya en nuestra Unidad, una de las personas derivadas a este tratamiento no cumplía este requisito.

Por otra parte, en dos ocasiones se remitieron al tratamiento en la misma convocatoria a una madre y a un hijo, y a una madre y una hija. En el Programa no se había contemplado la incompatibilidad para recibir el tratamiento en la misma sesión de personas con vínculos familiares.

Por último, señalar que dos pacientes manifestaron que no se sentían identificados con la problemática y, por tanto, decidieron abandonar la sesión. Uno de ellos -el que se ha referido que sufría otro tipo de patología-, volvió a ser remitido a nuestra Unidad para atención individual.

Dos de las médicas de familia derivantes asistieron como colaboradoras a una de las sesiones.

Discusión

El número total de personas asistentes han sido 40. Teniendo en cuenta que el número máximo de personas que podían asistir a cada sesión eran 40 y que han sido cinco sesiones (200 potenciales asistentes en total), sólo se han atendido el 20 % de las personas que podrían haberse beneficiado. Este reducido porcentaje contrasta con la relativa alta prevalencia de estos trastornos en AP (Fernández *et al.*, 2012). Esto podría atribuirse a los siguientes motivos: que los médicos de familia hayan manejado por sí mismos la atención de ciertos casos con este diagnóstico; que hayan derivado individualmente a nuestra Unidad siguiendo la rutina del procedimiento habitual sin tomar conciencia de esta alternativa asistencial o por las características del caso; que los pacientes hayan rechazado este tratamiento grupal; y, por último, que habiéndolo aceptado en principio, finalmente cambiaran de opinión por mejoría -en consonancia con la, generalmente, buena evolución de estos trastornos con tendencia a su remisión espontánea (Diefenbacher y Strain, 2002)-, por considerar que no se iban a sentir cómodos en la atención grupal o por no poder asistir el día de la sesión (de ahí que sólo acudan en torno a la mitad de las personas que dijeron a su médico que iban asistir). En todo caso, para mejorar la asistencia será necesario dilucidar las variables implicadas en la misma en nuevos estudios. No obstante, a expensas de los hallazgos que se obtengan, en otras ediciones del Programa convendrá recordar en las reuniones de coordinación con los médicos de familia de que disponen de esta posibilidad asistencial, ayudarles a que puedan argumentar a las personas susceptibles de esta atención la utilidad de una sesión grupal única de tratamiento psicológico e informarles periódicamente del desarrollo de esta intervención: pacientes que asisten e impresión de profesional que la aplica.

Existen diversos cuestionarios de valoración de la satisfacción de usuarios con servicios asistenciales y tratamientos recibidos -entre otros, el *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ) (Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979; Echeburúa y Corral, 1998) y el *Consumer Reports Effectiveness Score* (CRES) (Consumer Reports, 2004; Feixas, Pucurull, Roca *et al.*, 2012). Sin embargo, se prefirió desarrollar uno propio porque se valora el tratamiento psicológico al concluir una única sesión y, en consecuencia, tres de las preguntas son de carácter prospectivo. Respecto a las puntuaciones asignadas por los pacientes a las preguntas del *Cuestionario de valoración y satisfacción con el tratamiento*, conviene destacar que la homogeneidad de las puntuaciones indica la consistencia de las valoraciones que se hacen. Por otra parte, aunque las medias de las 4 preguntas son superiores a 5 (entre 5.74 y 6.48), son muy discretas. Entre otros, los factores que podrían explicar esto son que la intervención haya sido grupal, que algunas personas no esperaban que sólo fuera una sesión, que una sola sesión no sea suficiente, que el método y la dirección del psicólogo que ejecutaba el programa no hubiera sido el adecuado, que el empezar a comunicar su situación en un espacio terapéutico invitara a una continuidad que no se iba a producir; y que la utilidad de una intervención de sesión única deba valorarse pasado un cierto tiempo de la misma. Por último, no se puede inferir estadísticamente que las puntuaciones en el Cuestionario estén mediadas por el número de asistentes debido al tamaño tan reducido de la muestra y de su exigua distribución en algunas sesiones.

El porcentaje de personas que son derivadas de nuevo a la Unidad tras el tratamiento grupal (12'5 %) es ligeramente inferior al de las que lo son tras el tratamiento individual (14'2 %). Por tanto, no parece ser una desventaja la atención grupal. Sin embargo, aquí también tenemos una muestra muy reducida. Por otra parte, el que una persona no vuelva a ser derivado para ser atendido no tiene por qué estar asociado a que haya mejorado por el tratamiento que se expone -ya que en ello pueden influir otros factores, como que la persona esté atendida por su médica o médico de familia, que lo esté privadamente o que haya mejorado espontáneamente-.

Respecto a la valoración informal de los médicos de familia del programa, aunque es positiva, no se contabiliza cuántos la reportan así y no se recoge información sistemática sobre la misma.

La incorporación de médicos de familia se redujo a dos personas en una sesión. Esta escasa asistencia puede estar relacionada con diversos factores: su dificultad para asistir actividades formativas, ya que su tarea asistencial tiene que ser asumida ese tiempo por sus compañeros, sumándose a la propia; el posible bajo interés que pudieran tener en el ámbito de la salud mental o en este tipo de tratamiento; y con la dificultad para poder insertar este tipo

de intervención en su agenda asistencial. En cualquier caso, este resultado invita a pensar que la posibilidad de que en AP se implemente este tipo de tratamiento por parte de los médicos de familia parece ser limitada. No obstante, como se señaló anteriormente, los tratamientos psicológicos deben ser dispensados por psicólogos en AP y, probablemente, sólo que no hayan estado incluidos hasta ahora en su equipo de profesionales, explica que se haya propuesto su aplicación por otros profesionales en este nivel asistencial (Díaz del Peral *et al.*, 2011).

Estas interpretaciones respecto a los resultados obtenidos requerirán nuevos estudios sistemáticos.

La evaluación de este Programa, por ser preliminar, tiene las siguientes limitaciones metodológicas: número de sujetos de las muestras muy reducido, uso de un cuestionario de valoración y satisfacción con el tratamiento no estandarizado; ausencia de medidas clínicas y funcionales previas y posteriores a la aplicación del tratamiento; y ausencia de medidas de valoración y satisfacción a medio y a largo plazo, también en la muestra de sujetos atendidos individualmente. Sin embargo, la necesidad de seguir avanzando en la implementación de propuestas asistenciales ágiles y de calidad para dar respuesta a la alta demanda de atención en salud mental en el Sistema Sanitario Público de Andalucía obliga a seguir valorando la utilidad de esta propuesta asistencial u otras similares en nuevos estudios controlados.

Referencias

- Andreu-Mateu, M.S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R.M. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20 (2), 323-348.
- Azocar, F. y Greenwood, G. (2006). Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report. *The Internet Journal of Mental Health*, 4 (2) [<https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/6083>].
- Bloom, B. (2001). Focused single session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86.
- Carmona, J. (Dir.), García-Cubillana, P., Millán, A., Huizing, E., Fernández-Regidor, G., Rojo, M. y Aguilera, L. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_GestCal_SM_3].
- Consumer Reports (1995). *Mental Health: Does therapy help?* Noviembre, pp. 734-739.
- Díaz del Peral, D. (Coord.), Aragón, J., Aranda, J., Bellón, J., Bordallo, A., Cantero, L., Conde, M.P. y Sanz, R. (2011). *Ansiedad, depresión, somatizaciones: Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla: Consejería de Salud [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/ansiedad_depresion_somatizaciones/ansiedad_depresion_somatizacion_2e.pdf].
- Diefenbacher, A. y Strain, J. J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, 24, 249-256 [doi:10.1016/S01638343(02)00182-2].
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E., y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 89, 51-58.
- Fernández, A., Mendive, J.M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A. y Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 137-142 [doi:10.1192/bjp.bp.111.096305].
- Grinberg, L., Langer, M. y Rodrigué, E. (1957). *Psicoterapia de Grupo. Su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Hymmen, P., Stalker, C. y Cait, C.A. (2013) The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal Mental Health*, 22 (1), 60-71 [doi:10.3109/09638237.2012.670880].
- Labrador, F.J., Estupiñá, F.J. y García Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22 (4), 619-626 [<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3776>].
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Molés, A. (2016). *Eficacia diferencial de dos formas de aplicación de las tareas para casa en el tratamiento de los Trastornos Adaptativos: aplicación apoyada por las TICs versus aplicación de forma tradicional*. Tesis doctoral [<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/378368/mmoles.pdf?sequence=1>].
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management*. NICE Clinical Guideline, 91 [<http://www.nice.org.uk/CG-91niceguideline>].
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care*. NICE Clinical Guideline, 113 [de <http://guidance.nice.org.uk/CG113/NICEGuidance/pdf/English>].

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE 10 - Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Meditor.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez- Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R.M., Molés, M., Nebot, S. y Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XXVI*, 5-18 [<http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399002>].
- Simón, N., Molés, M. y Quero, S. (2017). Tratamientos psicológicos para los trastornos adaptativos. *Ágora de salud*, *IV*, 377-386 [doi: 10.6035/AgoraSalut.2017.4.39].
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vallejo, B. (2015). *Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo*. Tesis doctoral [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Bvallejo/VALLEJO_SANCHEZ_Beatriz.pdf].
- Yalom, I. D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Anexo 1

Guión para conducir el trabajo en pequeño grupo en cada fase

Fase 1

¿Cree que es posible vivir sin sufrimiento?

¿Se ha hecho alguna herida recientemente? ¿Le dolió? ¿Cuánto tiempo tardaron las molestias en desaparecer? ¿Tiene cicatrices? ¿Les duelen?

¿Qué ha perdido usted en su vida? (salud, trabajo, familia, amistades...)

¿Cuánto tiempo tardaron en *cicatrizarse* esas heridas?

¿Le dejaron alguna huella?

Después de esas pérdidas, ¿le llegaron a su vida situaciones, personas que le causaron bienestar?

Tras esas pérdidas, ¿aprendió usted algo que le ayudara en su vida?

Fase 2

¿Es difícil para usted soportar el sufrimiento?

¿Qué hace con su sufrimiento?

¿Lo trata de evitar? ¿Cómo lo hace?

¿Se lamenta de lo que ha perdido y se recrea en su sufrimiento?

¿Espera que alguien o algo le *salve* de su sufrimiento?

¿Cree que no se recuperará nunca?

¿Se aísla?

¿Tiene usted cosas buenas en su vida ahora?

¿Se le olvida que las tiene?

¿Cree usted que no tienen valor?

¿Le parece mal sentirse bien en algún momento?

Fase 3

¿Siente usted lo que ha perdido?

¿Qué cosas buenas le dio lo que ha perdido?

¿Si alguien le da algún buen consejo procura llevarlo a cabo?

¿Propicia usted cambios para recuperarse?

¿Se relaciona con familia y amistades?

¿Se ocupa?

¿Hace ejercicio?

¿Qué cosas valora en su vida ahora?

¿Cómo las cuida?

Cuando siente algún bienestar, ¿se pregunta por qué eso es así? ¿Procura propiciarlo de nuevo?

Fase 4

Se responden -en este caso individualmente- a las preguntas formuladas en el Cuestionario de valoración y satisfacción con el tratamiento.

Anexo 2

La recuperación psicológica y emocional en las pérdidas de la vida

Vivir supone también perder lo que de bueno uno ha llegado a tener en un momento determinado.

Cuando uno pierde algo bueno que tenía, sufre.

El sufrimiento en la vida es inevitable. Si uno trata de huir de él se lo encuentra de nuevo.

El sufrimiento va mitigándose naturalmente con el paso del tiempo.

Para que eso ocurra hay que:

- aceptarlo,
- agradecer lo que de bueno tuvo uno con lo que ha perdido,
- mirar todo lo que de bueno tiene en su vida ahora,
- cuidarlo,
- estar abierto a las sensaciones agradables que tiene uno en cada momento,
- estar abierto a la vida.