
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PILOTO

Nuria Jaurrieta

Doctora en Psicología.

Adjunta Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

njaurrieta@sagratcormartorell.org

David Chesa

Psiquiatra Adjunto Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

Carles Franquelo

Psiquiatra.

Coordinador Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar la reducción de la sintomatología ansiosa en 40 personas diagnosticadas de trastorno de angustia con y sin agorafobia, que se sometieron a un tratamiento cognitivo-conductual grupal en un centro de atención primaria. Tras 10 sesiones de tratamiento semanal, los participantes redujeron la sintomatología ansiosa, depresiva, ansioso-fóbica, obsesiva-compulsiva y somatoforme. Por otro lado, presentaron mejoría en otros ítems evaluados que se describen en este artículo. De este modo, podemos concluir que el tratamiento grupal cognitivo-conductual es eficaz en personas diagnosticadas de trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Palabras clave: Trastorno de angustia con y sin agorafobia, terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, eficacia, estudio piloto, centro de atención primaria.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the reduction of anxiety symptoms in 40 people diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia, who underwent a cognitive-behavioral group treatment in a primary care center. After 10 weekly treatment sessions, participants reduced the anxious, depressed, anxious-phobic, obsessive-compulsive and somatoform symptoms. On the other hand, they showed improvement in other evaluated items described in this article. Thus, we can conclude that cognitive-behavioral group treatment is effective for people diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia.

Key Words: Panic disorder with and without agoraphobia, cognitive-behavioral therapy, therapy group, efficiency, pilot study, primary care center.

Introducción

El diagnóstico de trastorno de angustia (TA) con y sin agorafobia es una de las patologías que motivan más visitas a urgencias y consultas en atención Primaria. Un 66% de los pacientes diagnosticados de TA desarrollan agorafobia. Su prevalencia a lo largo de la vida es de un 3 % (1).

Se han hecho numerosos estudios para verificar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en estos trastornos. Así lo confirman los estudios meta-analíticos de Clum y Surls(2), Michelson y Marchione (3) y Wolfe y Máster (4).

No obstante, se han realizado menos estudios para evaluar la eficacia de la TCC grupal. Uno de los primeros estudios publicado en 1993 fue el de Telch et al. (5), en el que compararon pacientes con TA que recibieron 8 sesiones de tratamiento grupal, con un grupo control de lista de espera. Al finalizar el tratamiento, el 85% del grupo experimental no presentaba ataques de pánico, frente al 30% del grupo control. En otro estudio similar, los participantes habían reducido un 87% las crisis de angustia al finalizar el tratamiento, además de la reducción de la ansiedad anticipatoria y generalizada, de la evitación agorafóbica y de los síntomas de depresión (6).

Más recientemente, un estudio verificó la eficacia del tratamiento grupal en un centro de salud mental, el 54,2% de los tratados estaban libres de ataques de pánico. El tratamiento consistía en 14 sesiones de 120 minutos cada una (7).

Erickson, Janeck y Tallman (8), observaron diferencias significativas en un estudio realizado con 153 participantes diagnosticados de varios tipos de trastornos de ansiedad. Los participantes fueron asignados de manera randomizada a dos condiciones; una

en terapia grupal y otra en lista de espera. Tras 11 sesiones de tratamiento semanal, los participantes del grupo redujeron significativamente los niveles de ansiedad, medidos con la escala de Beck. Otro estudio similar, llevado en nuestro país, en el que 39 pacientes con TA tras 12 sesiones de 90 minutos cada una en un Centro de Salud Mental, presentaron una mejoría significativa en los síntomas asociados, además de presentar escasos abandonos 8,6% (9).

En 2013 un estudio realizado con 96 pacientes diagnosticados de trastorno de angustia (TA) redujeron significativamente los niveles de ansiedad al finalizar el tratamiento de 10 sesiones grupales (10).

Todos estos estudios confirman la eficacia de la terapia grupal para los TA con o sin agorafobia llevados a cabo en Centros de Salud Mental (CSM) o un Centro de Atención Primaria (CAP). En comparación con el formato individual, en el tratamiento grupal, los terapeutas deben contemplar varios factores influyentes que deben ser tomados en cuenta con el fin de realizar sesiones de grupo positivas y productivas (11).

El formato grupal puede ofrecer la oportunidad de mostrar el ejemplo positivo de otro compañero, actitudes de reforzamiento y soporte social (12). La mayoría de los programas de tratamiento tienen muchas similitudes en relación a las técnicas utilizadas. Entre ellas cabe destacar la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual (8, 13).

El objetivo de este estudio, fue evaluar la reducción de la sintomatología ansiosa tras realizar un tratamiento cognitivo-conductual grupal en personas diagnosticadas de trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Método

Participantes

El estudio incluye 40 pacientes diagnosticados de trastorno de angustia con o sin agorafobia, según Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4 edition (DSM-IV-TR) (14).

Los participantes fueron derivados por su médico de cabecera habitual o el psiquiatra consultor del Centro de Atención Primaria (CAP) para ser evaluados por la psicóloga que dirigió los grupos. Los criterios de inclusión fueron tener un trastorno de angustia y una edad comprendida entre los 18-60 años. Los criterios de exclusión fueron padecer un trastorno psicótico, un trastorno depresivo grave, un trastorno bipolar, un trastorno de personalidad, retraso mental o un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

De los participantes evaluados, 40 fueron incluidos en el estudio, dividido en 4 grupos realizados por la psicóloga en el CAP. La muestra total del estudio fue de 29 participantes, 7 abandonaron a lo largo del tratamiento y 4 no devolvieron los cuestionarios al finalizar el tratamiento. Previamente cuatro pacientes habían descartado iniciar el tratamiento grupal; tres de ellos por incompatibilidad horaria y uno por preferir tratamiento individual. Los cuestionarios BDI-II y BAI, se empezaron a pasar más tarde, por ello la muestra es menor, con un total de 21 participantes.

En relación al total de la muestra, los datos sociodemográficos obtenidos son: 19 eran mujeres y 21 hombres (edad media = 32.25, SD= 6.75). En relación al estado civil; 22 pacientes (55%) estaban casados, 15 (37.5%) eran solteros, 2 (5%) vivían en pareja y 1 (2.5%) estaba divorciado. En relación al nivel educacional de los parti-

cipantes del grupo; 10 (25%) tenían el graduado escolar, 19 (47.5%) tenían estudios superiores y 11 (27.5%) estudios universitarios. A nivel de la situación laboral, 18 (45%) estaban trabajando en el momento que se realizó el grupo, 7 (17.5%) eran estudiantes, 7 (17.5%) estaban de baja médica, 7 (17.5%) estaban en paro y 2 (5%) eran amas de casa. Por otro lado, del total de la muestra, 33 pacientes (82.5%), no habían realizado anteriormente un tratamiento cognitivo-conductual.

Diseño

Se trata de un diseño de tipo cuasi experimental, realizando una comparación pre-post. Para la comparación de las variables pre-post se ha utilizado una Prueba T para variables relacionadas. Para los cuestionarios BDI-II y BAI (por ser muestra más pequeña) se ha utilizado una prueba no paramétrica T de Wilcoxon.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Instrumentos

Se realizó una evaluación al inicio y al final del tratamiento mediante la entrega a los pacientes de los siguientes cuestionarios autoadministrados:

Cuestionario de 90 síntomas, SCL 90-R (15). Es un cuestionario para explorar problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad en un paciente en un determinado momento, permitiendo evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. A

menor puntuación, menor evidencia de síntomas de intensidad de la sintomatología.

Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2 (16). Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la ira: Experiencia, Expresión y Control, así como de sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 subescalas y permite obtener un índice de cada escala y subescala y un índice general del test.

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos, ESFA (17). Instrumento breve y sencillo (27 ítems), diseñado para dar una medida global de las dinámicas y constructos relacionados con la familia. A mayor puntuación, mayor satisfacción familiar.

Inventario de Ansiedad de Beck, BAI (18). Es un cuestionario autoaplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”.

Inventario de depresión de Beck, BDI-II (19). La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

Procedimiento

Todos los pacientes realizaron una sesión individual previa de valoración con la psicóloga para decidir su inclusión o no en el tratamiento grupal. Si el paciente era candidato al tratamiento se le explicaban los objetivos de la intervención grupal y el formato de la misma.

El tratamiento se basó en el protocolo del libro “Manejo de Ansiedad: programas individual y de grupo” de Butler y Arrarás (20). La intervención consistió en 9 sesiones grupales de frecuencia semanal y un seguimiento al cabo de 2 meses de finalizar el tratamiento. Todos los grupos fueron conducidos por la misma psicóloga, con una duración de 90 minutos cada sesión. En la primera y última sesión de grupo se les administraron los cuestionarios.

El objetivo prioritario del tratamiento grupal era que las personas se informaran, aprendieran y desarrollaran maneras prácticas y sencillas de manejar su nerviosismo o ansiedad, y afrontar las situaciones cotidianas que lo generan. Además se pretendía mejorar la calidad de vida de los participantes en aspectos básicos como el disfrute de las actividades agradables y la valoración de su propia imagen. Las técnicas propuestas inciden en las 3 dimensiones de la conducta humana implicadas en la ansiedad: la fisiológica, la cognitiva y la conductual. Todas las sesiones siguieron un mismo esquema: 1) Revisión de las tareas correspondientes a la sesión anterior. 2) Aprendizaje de nuevas estrategias. 3) Propuesta de nuevas tareas.

En la sesión de seguimiento a los 2 meses, se retornó a los participantes los resultados de los cuestionarios pre- y postratamiento, y se decidió el alta o su continuidad en tratamiento individual.

Resultados

Los análisis demostraron que, al finalizar el tratamiento, habían diferencias estadísticamente significativas en algunos valores psicométricos. Como se puede comprobar en la tabla 1, en relación al cuestionario SCL-90, se observaron diferencias a favor

del post tratamiento en; síntomas somáticos de 9.14 puntos, síntomas obsesivos-compulsivos de 5.79 puntos, depresión de 17.69 puntos, ansiedad de 6.26 puntos, ansiedad fóbica de 1.86 puntos y hostilidad de 2.34 puntos. En la tabla 2, se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la Ira, medidos con el cuestionario STAXI-2. Particularmente se observaron diferencias en el temperamento con una diferencia pre- postratamiento de 2.17 puntos, en la reacción de la ira con 1.48 puntos y en total 3.66 puntos. Además se observaron diferencias significativas en el pre- postratamiento en la expresión de la ira, concretamente en la expresión externa (1.55 puntos), en expresión interna (1.78 puntos), en control interno (2.21 puntos) y en el total (6.89 puntos).

En relación al cuestionario ESFA, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-postratamiento, de 9.96 puntos, a favor del post-tratamiento. Finalmente, en relación a los síntomas de ansiedad y depresión las diferencias, medidos con el cuestionario de Beck, fueron de 8.31 y 10.05 puntos respectivamente.

Discusión

Los resultados obtenidos avalan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para la reducción de la sintomatología asociada al TA con o sin agorafobia en un Centro de Atención Primaria.

Los participantes de nuestro estudio redujeron significativamente los niveles de ansiedad, síntomas somáticos, síntomas obsesivos-compulsivos, ansiedad fóbica y depresión al finalizar el tratamiento grupal. Estos resultados concuerdan con los de otro grupo de investigación que tras 8 se-

siones de tratamiento, los pacientes habían mejorado significativamente los índices de ansiedad, agorafobia, depresión y miedo al miedo (5). Así como un grupo de Estados Unidos que tras el tratamiento los pacientes presentaron reducción en los síntomas de ansiedad anticipatoria y generalizada, evitación agorafóbica y depresión (21). Otro estudio más reciente, con 35 participantes, tras el tratamiento grupal, redujo los niveles de ansiedad y depresión, además de ansiedad estado y rasgo, los síntomas fisiológicos del pánico, conductas agorafóbicas y creencias agorafóbicas (9).

En relación a los abandonos, hubo un 27,5 %, teniendo en cuenta a los participantes que no entregaron los cuestionarios al finalizar el tratamiento. Este resultado es similar a los estudios realizados por Wade y cols. (6) con un 26,37% y Galassiy cols. (7) con un 22.3%. Otro estudio llevado a cabo en un centro de atención primaria, para evaluar la eficacia y aceptabilidad de la TCC grupal, obtuvo unos índices muy elevados de abandono en la intervención grupal (47%) (22).

Existen algunas limitaciones en este estudio, como son la inexistencia de un grupo control para poder comparar resultados y el tiempo limitado de seguimiento, en nuestro caso 2 meses. Respecto al seguimiento a más largo plazo, 6 meses o un año, tenemos que tener en cuenta que nuestro estudio se llevó a cabo en un contexto de atención primaria público, en el que los pacientes se desvinculan con cierta facilidad una vez realizado el tratamiento específico y donde los recursos profesionales son limitados. Por otro lado, sería interesante poder tener una muestra más amplia para extrapolar los resultados. En futuras investigaciones se tendrá en cuenta estos factores para aumentar la consistencia de los resultados.

Bibliografía

1. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May; 283 (19): 2529-36.
2. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Apr; 61 (2): 317-26.
3. Michelson LK, Marchione K. Behavioral, cognitive and psychophysiological treatment of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J Consul Clin Psychol*. 1991 Feb; 59 (1): 100-14.
4. Wolfe BE, Máster JD. Treatment of panic disorder: a consensus development conference. 1994; Washington DC: American Psychiatric Press.
5. Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, LaNae Jaumez T, Lucas RA. Group cognitive -behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*. 1993 Mar; 31 (3): 279-87.
6. Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *J Consul Clin Psychol*. 1998 Apr; 66 (2): 279-87.
7. Galassi F, Quercioli S, Carismas D, Nicolai V, Barciulli E. Cognitive-Behavioral group treatment for panic disorder with agorafobia. *J Clin Psychol*. 2007 Apr; 63(4): 409-16.
8. Erickson DH, Janeck AS, Tallman K. A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatr Serv*. 2007 Sep; 58(9): 1205-1211.
9. Garriga A, Martín JC, López Soler C. Tratamiento cognitivo conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2009 Aug; 14 (2): 79-93.
10. Mastrocinque C, De Wet D, Fagiolini A. Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder with and without agoraphobia: an effectiveness study. *Rev Psychiatr*. 2013 May-Jun; 48(3): 240-51.
11. Norton PJ, Hope DA. The "anxiety treatment protocol" a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clin Case Studies*. 2008; 7(6): 538-554.
12. Wolgensinger L. Cognitive behavioural group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 sept; 17(3): 347-351.
13. Norton PJ, Barrera MA. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety*. 2012 Oct; 29(10): 874-882.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4^a ed. Washington, DC: Barcelona Masson; 2000.

15. Derogatis LR. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2001.
16. Spielberger DC. Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Madrid: TEA Ediciones S.A.; 1991.
17. Barraca J, López-Yarto L. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Madrid: TEA Ediciones S.A.; 1997.
18. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
20. Butler G. Arrarás JI. Manejo de ansiedad: programas individual y de grupo. Ed. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1995.
21. Stuart GL, Treat TA, Wade WA. Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *J Couns Clin Psychol*. 2000; 68: 506-12.
22. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother*. 2004; 11, 73-82.

Tabla 1. Comparación de las puntuaciones pre- y postratamiento en el cuestionario SCL-90.

Dimensiones Sintomáticas SCL-90	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t Media	Sig. (bilateral) Error típ. de la media
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Superior
Somatizaciones	9,14	6,48	1,20	6,67	11,60	7,59	,000
Obsesiones y compulsiones	5,79	6,04	1,12	3,49	8,09	5,16	,000
Sensibilidad interpersonal	3,90	5,83	1,08	1,68	6,11	3,60	,001
Depresión	17,69	8,51	1,58	14,45	20,93	11,19	,000
Ansiedad	6,62	5,87	1,09	4,39	8,85	6,07	,000
Hostilidad	2,34	3,28	,61	1,10	3,59	3,85	,001
Ansiedad fóbica	1,86	2,39	,44	,95	2,77	4,20	,000
Ideación paranoide	2,17	3,93	,73	,68	3,67	2,98	,006
Psicoticismo	3,21	4,55	,84	1,48	4,94	3,80	,001
Índice de severidad global (GSI)	2,49	10,52	1,95	-1,51	6,49	1,27	,213
Sintomatología positiva total (PST)	11,74	20,96	3,89	3,76	19,71	3,02	,005
Índice de malestar por la sintomatología positiva (PSDI)	,53	,47	,09	,35	,71	6,09	,000

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones pre- y postratamiento en el cuestionario STAXI-2.

	Diferencias relacionadas					t Media	Sig. (bilate- ral) Error típ. de la media
	Media	Desvia- ción típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior	Superior		
Estado sentimiento	,90	3,24	,60	-,34	2,13	1,49	,148
Estado expresión verbal	-,07	1,16	,22	-,51	,37	-,32	,752
Estado expresión física	,17	1,62	,30	-,45	,79	,57	,573
Estado total	,52	5,14	,95	-1,44	2,47	,54	,593
Rasgo temperamento	2,17	2,35	,44	1,28	3,06	4,99	,000
Rasgo reacción	1,48	3,60	,67	,11	2,85	2,22	,035
Rasgo total	3,65	4,61	,86	1,90	5,41	4,27	,000
Expresión ira interna	1,55	2,54	,47	,58	2,52	3,28	,003
Expresión ira externa	1,79	3,35	,62	,52	3,07	2,88	,008
Control ira interna	-1,34	3,94	,73	-2,85	,16	-1,83	,077
Control ira externa	-2,21	4,72	,88	-4,00	-,41	-2,52	,018
Índice global de expresión	6,90	9,39	1,74	3,33	10,47	3,96	,000