

## ***Una experiencia de trabajo en grupo de mujeres para la mejora de las habilidades de afrontamiento, en un Equipo de Salud Mental de Distrito***

***Francisco Dionisio CASADO CAÑERO***  
***Carmen ALMEIDA GONZÁLEZ***  
*Servicio Andaluz de Salud*

### *Resumen*

Evaluación como caso clínico de una experiencia de grupo de habilidades de afrontamiento, centrada en las estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva a problemas cotidianos y de relación desarrollado en un Equipo de Salud Mental de Distrito. Ésta es realizada con una porción de la demanda femenina, con diagnósticos del ámbito de la ansiedad y depresión, que presenta pobre red social, aislamiento y conflictos en su relación de pareja.

*Palabras clave:* habilidades de afrontamiento, terapia cognitiva en grupo, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, mujeres.

### *Abstract*

This paper is about the assesment of our experience in coping skill training group. It´s being made in the frame of a Community Mental Health Service. This experience is about women with anxiety and depressive disorders and severe problems of poor social net, isolation, sadness, and troubles in their marriage.

*Key words:* Coping skills, Group cognitive therapy, Anxiety disorders, Depressive disorders, Women.

En este trabajo realizamos la evaluación de una intervención en grupo centrada en la adquisición de habilidades para el afrontamiento en situaciones de conflicto

interpersonal, diseñada desde un paradigma cognitivo-conductual y realizada a través del empleo de las técnicas terapéuticas de la *reestructuración cognitiva* de Beck y su deri-

---

*Dirección del primer autor:* ESMD Dos Hermanas, Hospital "El Tomillar" (Área Hospitalaria de Valme), Carretera de Dos Hermanas a Alcalá de Guadaira, s/n. 41700 Dos Hermanas, Sevilla. *Correo electrónico:* curro@correo.cop.es

*Recibido:* febrero 2004. *Aceptado:* noviembre 2004.

vado, la *terapia centrada en los esquemas*, de Young, así como de la *terapia de resolución de conflictos*. Esta experiencia, que lleva puesta en marcha unos nueve años, se viene realizando en respuesta a demandas de la población femenina cuya problemática, caracterizada por una experiencia personal y social de infravaloración, la carencia de recursos y la pobreza de expectativas vitales, se asienta sobre unos patrones culturales y educativos que refuerzan los esquemas de dependencia. Todo ello da lugar a un sufrimiento expresado a través de un conjunto variado de síntomas que cubren varios diagnósticos del ámbito de los trastornos ansiosos, depresivos, mixtos, somatizaciones y reactivos, así como un diagnóstico asociado de *trastorno de personalidad* o de *personalidad con rasgos anómalos* en el eje II. (CIE-10, OMS, 1992). Cuadros cuya relevancia clínica, epidemiológica y social viene reflejado en:

- Un elevado porcentaje de casos detectados que demandan asistencia en los dispositivos de Salud Mental y de Atención Primaria, según reflejan los datos obtenidos en los registros epidemiológicos del Servicio Andaluz de Salud para Salud Mental (SISMA).
- El hecho de que el primer *Proceso Asistencial Integrado* puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud haya sido el de *Ansiedad, depresión y somatizaciones* (2001) en el área de Salud Mental.
- Que los trastornos de personalidad sean considerados área prioritaria en el nuevo *Contrato Programa de Salud Mental* para el periodo 2003-2007.

Hay actualmente bastantes evidencias de que en estos trastornos, las psicoterapias con eficacia bien establecida son las de orientación cognitiva-conductual, centradas

en la reevaluación de las situaciones conflictivas y en la búsqueda de nuevas formas de afrontamiento. En este sentido, en el Informe Chambless (APA, 1995, ver número 21(2) de *Apuntes de Psicología*) y en el texto de Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003), se documenta la existencia de estudios empíricos bien controlados que indican que la *Reestructuración cognitiva* de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beck y Freeman, 1995), es un tratamiento de eficacia bien contrastada en la depresión y en el trastorno por ansiedad generalizada, y además, esta psicoterapia junto con su derivado, la *Terapia centrada en los esquemas disfuncionales tempranos* de Young (Young, 1999), son tratamientos probablemente eficaces en los trastornos de personalidad vinculados con la ansiedad, la depresión y la dependencia. El *entrenamiento en habilidades sociales* y la *Terapia de resolución de problemas*, son asimismo tratamientos eficaces en la depresión, los trastornos ansiosos y los trastornos vinculados a la relación con los otros, como fobias sociales y algunos trastornos de personalidad.

En este trabajo pretendemos realizar la valoración, en una experiencia clínica y con las limitaciones que ello conlleva, de una de terapia de grupo, centrada en las estrategias de afrontamiento a problemas cotidianos y de relación, que utiliza como marco de trabajo terapéutico la *Reestructuración cognitiva* de Beck. Analizamos los resultados retrospectivos de la experiencia desde su inicio, hace siete años, mediante el registro de las historias clínicas de las pacientes incluidas en el grupo. Asimismo realizamos en el grupo, iniciado en septiembre de 2003 y finalizado en junio del mismo año, un registro pre y post tratamiento, utilizando como variable dependiente las respuestas al *Inventario de Depresión de Beck* (IDB) y la situación clí-

nica: *alta por mejoría, mejoría significativa y sigue tratamiento*, al final del tratamiento.

Consideramos que el desarrollo de intervenciones grupales, basadas en unas líneas teóricas de eficacia bien contrastada, sobre una población de gran relevancia clínica y social, pueden ser una herramienta útil para el desarrollo de líneas de trabajo que den respuesta a los retos de efectividad, eficiencia, eficacia y relevancia social que nos son demandados como profesionales de un Sistema Sanitario Público (Casado Cañero, 1998).

### **Marco institucional y geográfico de la intervención**

Esta experiencia es desarrollada en el Equipo de Salud Mental de Distrito (desde ahora ESMD) de Dos Hermanas, que hasta el año 2003 fue ESMD Alcalá-Dos Hermanas, fecha en que fue creado el ESMD de Alcalá de Guadaíra. Según la ordenación de la Atención a la Salud Mental en Andalucía (Decreto 338/88 de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental, pendiente de ser sustituido) es el dispositivo central de atención a la Salud Mental de su distrito de referencia. Desarrollando el tratamiento de la mayoría de los problemas y trastornos, tanto farmacológico como psicoterapéutico y social. Es el dispositivo de referencia para los usuarios de la red, aunque en un momento concreto sean atendidos en una Unidad Específica de Salud Mental cuando las posibilidades de actuación del ESMD resulten desbordadas. Asimismo posee la función de coordinación, asesoramiento y puesta en marcha de programas conjuntos con los Equipos Básicos de Atención Primaria. Esta función de coordinación abarca también a servicios de otras redes: educativas, servicios sociales, drogodependencias, etc. Para ello, cuenta con una plantilla de cinco facultativos: dos psicólogos clínicos y tres

psiquiatras, una enfermera y una trabajadora social, más una auxiliar administrativo.

El área de atención de nuestro servicio abarca la localidad de Dos Hermanas, y un importante sector del área sur del municipio de Sevilla (Los Bermejales y Bellavista), con una población que supera con creces los 150.000 habitantes. Todas ellas son zonas con un marcado carácter suburbano, y un rápido y sostenido proceso de crecimiento demográfico. Éste vinculado en un primer momento (en los años 60 y 70) a migraciones desde localidades rurales de Sevilla y otras provincias (sobre todo de Cádiz); a partir de los años 90 comienza a convertirse también en una zona de asentamiento de clases medias dentro del Área Metropolitana de Sevilla. En el municipio de Dos Hermanas y zona sur de Sevilla se da la mayor concentración de tejido industrial del Área Metropolitana, tanto de la industria de alimentación y transformación de productos agrarios (aceite, aceituna y derivados, que dio lugar a un primer auge de esta localidad ya en los años veinte) como de otros sectores industriales (metalurgia, vidrio, químicas, materiales de construcción, maquinaria, naval), que han creado una clara vinculación de su economía a los sectores industriales, aunque en los años noventa se produce el despegue de actividades terciarias (distribución, superficies comerciales, servicios, etc.).

En el caso de Bellavista, una barriada al sur del municipio de Sevilla en la linde con el término de Dos Hermanas, hay que destacar su origen en las barracas que construyeron los familiares de los presos políticos del franquismo que estaban condenados a trabajos forzados en el campo de concentración de Los Merinales en los primeros cuarenta. Ello ha marcado el carácter político y social de este barrio, que se ha considerado como un *pueblo* más que una barriada. Un rasgo relevante de

toda esta zona en los años de crecimiento migratorio, fue su relativa desestructuración social y la carencia de servicios comunitarios y culturales. Es de destacar que, sobre todo en el municipio de Dos Hermanas, ha existido un relevante crecimiento en servicios sociales y comunitarios, así como equipamientos culturales y comerciales. También hay que señalar la aparición de entidades que estructuran la sociedad, en las que militan de forma activa sectores sociales emergentes. Éstas generan un sentimiento de pertenencia, que se hace evidente en la primera generación nacida en el municipio, considerándose una ciudad autónoma de pleno derecho.

### **Características de las participantes en la experiencia**

Esta experiencia es desarrollada con mujeres de edades que abarcan un rango de los treinta y cinco a los sesenta y cinco años. La razón de la determinación por sexo y este rango de edad viene dado por:

- *La comodidad de las mismas pacientes.* Es algo que hemos escuchado en pacientes de estas edades en grupos mixtos. Muestran una menor libertad percibida para hablar de determinados temas, importantes para ellas, si existen varones dentro del mismo grupo.
- *La existencia de un conjunto de experiencias comunes,* muy mediadas por el rol de género y los aprendizajes vinculados al mismo en nuestra cultura.
- *Este rango de edad ha venido dado de forma empírica.* Corresponde de forma aproximada a un periodo, plena edad adulta, en el que se dan un conjunto de roles vinculados a la maternidad, al cuidado de otros miembros de la familia (esposo, hijos, padres y nietos), a la

presencia o no de actividad laboral, y a la expectativa social de vida en pareja, que determinan unos roles esperados que no están presentes de forma tan marcada en etapas previas y posteriores del ciclo vital.

Las patologías por las que son atendidas en el ESMD abarcan las incluidas en el *Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión y somatizaciones*. Pudiendo ser descrito un patrón común que se caracteriza por la anticipación irracional de contenido ansiógeno, tanto en los contenidos como en los procesos de construcción lógica de las cogniciones (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beck, 1995). Con sentimientos de desesperanza y perspectiva acentuada de fracaso, clave en la que suelen realizar la lectura de su experiencia personal (Miller y Seligman, 1984). Baja autoestima, nacida y mantenida por las verbalizaciones pasadas y presentes de las figuras relevantes de su entorno, lo que configura unos esquemas personales altamente disfuncionales (Young, 1999). Pobreza vital, elemento señalado por Lewinshon, Hobermann, Teri y Hautzinger (1988) como factor genésico en los cuadros depresivos. A ello queda por añadir un aspecto muy relevante, la descalificación de la palabra, *su palabra*, como medio legítimo de expresar sus sentimientos y vivencias. Son en muchos casos personas condenadas al silencio de sus afectos.

### **Características y formato del grupo**

Las características y formato del grupo son las siguientes:

- *Es un grupo abierto.* Las entradas son formalizadas a través de una entrevista individual previa con el terapeuta que

lleva el grupo, en la que se valora la pertinencia del abordaje a la problemática de la paciente, y se la informa de las características del grupo y compromisos que conlleva (el más relevante es el secreto de lo escuchado en él). Las altas del proceso se adaptan a los ritmos individuales, siendo formalizadas, bien a través de entrevistas individuales en las que se valoran los progresos, o en las mismas sesiones de grupo, con idéntico contenido, siendo escogida una opción u otra a petición de la paciente. Asimismo está abierta la reincorporación de pacientes al grupo cuando lo precisan.

- *Las sesiones* tienen una duración de noventa minutos cada dos semanas, en un periodo que abarca del mes de septiembre al de junio. Esta coincidencia con el periodo lectivo escolar es dada por la necesidad de ajustar las sesiones al tiempo disponible de las participantes, muchas de ellas al cargo de menores de edad, tanto hijos como nietos.
- En las mismas se ofrece en *primer lugar un espacio de palabra*, ítem que es señalado de un modo explícito en cada sesión, donde las pacientes van refiriendo sus experiencias. Ello lleva a que *no exista un guión rígido de las sesiones*. En este sentido, el ritmo y contenido de las mismas, en cuanto a contenidos y situaciones concretas a tratar, viene marcado por las necesidades y vivencias de las integrantes. *Hay una agenda de temas a debatir y analizar*, que se concreta junto con las participantes. Por lo general, los temas de esta agenda suelen estar relacionados con la forma de vivir las situaciones de conflicto relevantes para las mismas, la identificación de los esquemas disfuncionales y cogniciones irracionales presentes en la interacción,

los esquemas de evaluación de conductas e intenciones de los otros presentes en la relación, y cómo hacerles frente de una forma asertiva y adaptada. El grupo es orientado hacia éstos mediante sugerencias, o en algún caso, a través de preguntas directas, cuando se considera necesario continuar el debate sobre ellos o son relevantes a una nueva situación referida en consulta.

- *Es fundamental la fase de debate*, que constituye el cuerpo central de la sesión. Tras la presentación y un breve recuento de las novedades de la quincena, en el que se analizan los conflictos y la realización de tareas para casa (básicamente aplicación de soluciones a conflictos antes debatidos), se inicia la fase de debate aprovechando como argumentos los problemas de más relevancia aportados y las dificultades en las tareas. En la misma, se favorece a un análisis de la situación, y *la localización de los esquemas no asertivos, irracionales, que perpetúan situaciones de dependencia, subyugación y temor a la evaluación de los otros*. En esta fase, es importante que las propias participantes sean las que aporten los argumentos para el debate a partir de sus propias experiencias y de su reflexión. Son valoradas conductas alternativas, soluciones diferentes a las hasta ahora realizadas, analizando sus consecuencias. *Todo ello con la finalidad, que se hace explícita, de modificar los patrones de evaluación de las relaciones sociales, los esquemas a partir de los que se dotan de sentido las interacciones* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983 y Beck y Freeman, 1995; Young, 1999). En cada sesión procuramos que participen de forma activa todas las integrantes, instando a que traigan al grupo una situación de

conflicto que haya ocurrido en el periodo entre la sesión en curso y la anterior. El debate constituye asimismo una situación de aprendizaje de resolución de conflictos por medios verbales, así como de análisis de alternativas.

- Es muy importante destacar *la técnica de análisis de la situación traída al grupo y desarrollada en la fase de debate*. Normalmente las participantes realizan una descripción poco precisa, vaga y general de lo ocurrido, en la que se mezcla el contexto, los actos, las cogniciones y los sentimientos. Una tarea fundamental de la reestructuración realizada, es redefinir la percepción y vivencia de la situación. Mediante un dialogo socrático, muy centrado en la descripción detallada, traduciendo lo ocurrido a términos concretos, intentamos que se realice, por parte de la paciente, una descripción y expresión del contexto: dónde, cuándo, con quién, que acción realizaba cada uno de los participantes de la situación, y si habían existido antecedentes. Asimismo de las cogniciones, valoraciones realizadas sobre lo ocurrido; de los sentimientos, afectos, que surgen de la valoración de los hechos, y las acciones desarrolladas, y su determinación en las cogniciones y afectos. Ello permite reevaluar la situación y modificar tanto los afectos como las cogniciones vinculadas.
- Las herramientas de trabajo que nos ofrecen la *Terapia de resolución de conflictos* (D'Zurilla, 1993) y la *Reestructuración cognitiva* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beck y Freeman, 1995) y su derivado, la *Terapia centrada en los esquemas disfuncionales tempranos* (Young, 1999), son el eje de la intervención, que está centrada en la detección y discusión de esquemas y

cogniciones irracionales, así como el desarrollo de alternativas a los patrones de conducta hasta ahora empleados. Utilizamos las herramientas que nos ofrece el *Entrenamiento en habilidades sociales* (Kelly, 1987), sobre todo los items centrados en las conductas de evaluación de situaciones sociales, donde son más marcadas las carencias. En la mayoría de las ocasiones, las propias participantes son las que realizan la tarea terapéutica, limitándose los profesionales a reforzar y resumir las intervenciones. Los modelos son más eficaces en aprendizaje vicario cuanto más cercanos sean valorados por el receptor (Bandura, 1987).

### Metas de la experiencia de grupo

La meta principal de la experiencia de grupo es sacar a las participantes del rol de enfermo y, que ellas mismas, reevalúen su sufrimiento. *Se busca transmitir la idea que su trastorno es fruto de una problemática vivida, no de una característica interna y estable que señala y define a la persona, a la que podemos hacer frente, tanto en el plano de los sentimientos que genera, como en su modificación (esto último en la medida de lo posible)*. Este mensaje, en la línea del *Modelo de afrontamiento* de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus 2000; Casado Cañero, 2002), sirve como base para la búsqueda de alternativas a las conductas hasta ahora realizadas. Otras metas son: el refuerzo e implementación de conductas asertivas, y la puesta en valor de la palabra, *su palabra*, como medio válido para expresar vivencias y sentimientos, que aprenden a considerar como significativos y dignos de interés.

Otro resultado, colateral, de la experiencia de grupo es la creación de elementos propios de una red social natural a partir del

propio grupo. Aunque hay que señalar de forma clara y explícita la necesidad de mantener su propia autonomía y el respeto al espacio propio y ajeno.

### Resultados de la experiencia grupal en el periodo 1996-2003

La experiencia de grupo de mujeres en el ESMD, entonces, Alcalá-Dos Hermanas, fue iniciada en enero de 1996, habiendo pasado por la misma ciento catorce pacientes hasta el año 2003. En la tabla 1 se muestran la distribución de resultados tras la experiencia. Estos datos son un análisis global, realizado a partir de la revisión de las historias clínicas, que precisa de una continuidad en un diseño de evaluación más riguroso, a través de escalas clínicas validadas, previa y al final de proceso. Algo que realizamos en el grupo del 2003 al 2004.

Los abandonos se han producido con mayor frecuencia en el primer año -1996-, unos 24, periodo en el que la formalización de la entrevista por parte del terapeuta como paso previo no estuvo establecida como requisito, bastando entonces la indicación de grupo por cualquier facultativo. Desde la formalización de la discusión previa

del caso entre derivante y terapeuta, y la entrevista del paciente con éste, se ha reducido a un porcentaje mucho menor, unos 26 abandonos en seis años, casi todos ellos en la primera o segunda sesión. Ha habido una paciente apartada del grupo tras grave quiebra del compromiso de sigilo. En los casos de seguimiento individual, uno es por obligaciones laborales, y dos por no *sentirse cómodas en el grupo*.

### Resultados de la experiencia grupal en el periodo 2003-2004

En este periodo de sesiones de grupo, que se inicia en septiembre de 2003, y finaliza en junio de 2004, han sido realizadas un total de dieciocho sesiones, iniciando la terapia un total de doce pacientes. De éstas dejaron de acudir a terapia de grupo tres mujeres: una por incompatibilidad con horarios laborales (que ya había estado en el grupo en el año anterior), otra porque deseaba un abordaje terapéutico individual, y la tercera por abandono de tratamiento en el ESMD. Continúan las sesiones nueve pacientes, de éstas, dos ya habían estado en el grupo en el período 2003-04. A partir de abril de 2004 se incorporaron cuatro pacientes al grupo que no serán contabilizadas en esta fase del estudio. Fue escogida como medida de evaluación el *Inventario de Depresión de Beck (IDB)* en su adaptación española de Conde López y Franch Valverde (1984), por:

- Estar presentes de forma marcada sintomatología depresiva en todas las integrantes del grupo, y no estar presente de forma general sintomatología ansiosa, por lo que consideramos podría ser una medida más ajustada el nivel de disforia.
- Ser una prueba de fácil administración y comprensión por todas las participantes.

Tabla 1. Resultados de la experiencia grupal hasta el año 2003.

Items	N
Altas por mejoría clínica	53
Continúan en terapia individual	3
Continúan en ESMD con tratamiento farmacológico	2
Apartada del grupo	1
Abandono tras más de un año de tratamiento	2
Abandonos	50
Continúan más de un año en 2003	3
Total de participantes	114

De las nueve pacientes que contabilizamos, han realizado otros abordajes terapéuticos previos, ya sean farmacológicos o de psicoterapia individual, un total de tres (ver tabla 2).

En la tabla 3 se muestra la distribución de las pacientes en función a haber recibido tratamiento farmacológico (antidepresivos y ansiolíticos) en dosis estándar, prescrito por su psiquiatra o su médico de atención primaria.

La distribución por diagnósticos de las pacientes incluidas en el escrutinio de la experiencia se muestra en la tabla 4.

Tabla 2. Distribución de pacientes en función de los abordajes terapéuticos previos.

<i>Tipo de abordaje terapéutico</i>	<i>N</i>
En tratamiento grupal en año anterior	2
Con tratamiento farmacológico previo	1
En tratamiento con terapia psicológica individual más farmacológico	2
En tratamiento de grupo como primera terapia	4

Tabla 3. Distribución de pacientes en función del tratamiento farmacológico.

<i>Tratamiento farmacológico</i>	<i>N</i>
Sin tratamiento farmacológico	4
Remitida al médico de A. Primaria para tratamiento farmacológico	1
En tratamiento farmacológico revisado por psiquiatra del ESMD	4

Tabla 4. Distribución de pacientes en función del diagnóstico.

<i>Diagnósticos</i>	<i>N</i>
Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo	2
Trastorno Reactivo	2
Trast. Dependiente de la Personalid.	1
Trast. Histriónico de la Personalidad	3
Trast. Reactivo + Trast. Dependiente de la Personalidad	1

En el postest, esto es, en junio de 2004, cuando realizamos este trabajo, la situación clínica de los pacientes era:

- *Tres de ellas fueron dadas de alta clínica.* La mejoría que presentaban tanto en la frecuencia como topografía de las conductas objeto de atención, era muy significativa, así como la capacidad de manejo autónomo de situaciones de conflicto. Todo ello indicaba que no era necesaria más atención por parte del ESMD.
- *Una paciente con mejoría clínica.* La paciente que mostraba mejoría clínica, presentaba un grave problema de relación marital, con presencia de malos tratos y amenazas. En este momento su estado clínico es bueno, sin síntomas ansiosos y se muestra eutímica. Asimismo presenta una mejoría significativa en los ámbitos personales y sociales, donde desempeña roles y actividades que antes no había desarrollado en ningún momento. Pero consideramos necesario continuidad en el apoyo desde el ESMD por la gravedad de la situación de partida y la necesidad también de apoyo por parte Servicios Sociales, en los problemas legales derivados de su separación y para la búsqueda de trabajo.
- *Cinco pacientes continúan tratamiento.* La mejoría clínica en la frecuencia y topografía de sus conductas no es lo suficientemente significativa, ni hay una capacidad autónoma de manejo de situaciones de conflicto que justifique el alta clínica, por lo que han de seguir tratamiento en el ESMD.

En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en función de la valoración clínica al finalizar el tratamiento y el IDB antes y después del tratamiento.

Tabla 5. Resultados obtenidos en función de la valoración clínica y el IDB.

Sujeto	Valoración clínica	IDB	IDB
		Pretest	Posttest
1	Alta	19	11
2	Alta	29	11
3	Alta	33	4
4	Sigue tratamiento	25	17
5	Sigue tratamiento	31	19
6	Sigue tratamiento	38	13
7	Sigue tratamiento	31	23
8	Sigue tratamiento	21	11
9	Mejoría clínica	32	3
Media		28.78	12.44 *

\*  $p = 0.007$

Las respuestas a este inventario fueron escogidas como variable dependiente porque en todas las pacientes del grupo manifestaban como una problemática de primer orden aquella relacionada con el estado de ánimo depresivo, tanto en aspectos cognitivos, como motivacionales y afectivos, algo que no sucedía en igual modo en la dimensión de ansiedad. Además, también fue escogido este inventario por ser más comprensible y de fácil aplicación, y estar validado en población española. Las puntuaciones dadas al *Inventario de Depresión* de Beck, muestran una diferencia significativa entre las puntuaciones previas y posteriores al tratamiento, evaluada mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, con un valor de  $p$  del 0.007.

## Discusión

Hay que valorar con prudencia los resultados ofrecidos en este trabajo. Somos los primeros en reconocer que tan sólo se trata de un estudio de caso clínico, de un grupo, con evaluación pre y post tratamiento, que la muestra es reducida (sólo nueve pacientes),

que no hay control de otras variables, por ejemplo, el efecto del tratamiento farmacológico, al ser la muestra muy pequeña. Todo ello nos ha de animar a profundizar en la evaluación de la eficacia de los tratamientos, con diseños más rigurosos, respetando siempre los límites no sólo éticos, sino aquellos derivados de un servicio de atención a la salud que ha de presidir nuestra actividad. Podemos señalar que tenemos algunos indicios, indirectos, y no todo lo fiables, que sería desear, que nos permiten esperar que el efecto de éstas variables no reste valor al efecto de la intervención grupal, sino que vaya en la línea de la efectividad de tratamiento combinado. Una de las pacientes, con tratamiento psicoterapéutico individual y farmacológico previo, llevaba una trayectoria de años en el ESMD, no existiendo cambios significativos en su clínica y ajuste, mejoría que sí hemos observado tras su paso por el grupo.

Tenemos que señalar que las pacientes con el diagnóstico de *Trastorno histriónico de personalidad* (F60.4), ofrecen unas puntuaciones en el BDI muy altas, que no se corresponde a su clínica ni a su desempeño social ni aspecto, algo explicable por la misma dinámica de su personalidad de base. La inclusión de las pacientes con este diagnóstico se planteó desde el comienzo con objetivos más limitados: obtener cierta mejoría clínica, ofrecer un espacio reglado de contención, disminuir la frecuentación de consultas (tanto de psicólogo clínico como de psiquiatra), reducir en las mismas el consumo de fármacos, y ayudar a que su ajuste en su medio social y familiar sea más normalizado (por ejemplo, disminuyendo la frecuencia de conflictos con sus familiares). Estos ítems, por la información aportada por su evolución clínica, y la mejoría en las puntuaciones en el IDB, han sido obtenidos de una forma que podemos valorar como satisfactoria.

Consideramos, que los grupos de orientación cognitivo conductual orientados al desarrollo de habilidades de afrontamiento, como el descrito en este artículo, por la bibliografía existente, pueden constituir una forma de intervención eficaz, efectiva y eficiente sobre una demanda en la que existe de modo general un malestar que nace de la vivencia de la carencia de recursos para hacer frente a las situaciones que han de afrontar (Lazarus y Folkman, 1986, Lazarus 2000, Casado Cañero, 2002). Profundizar en la evaluación de la eficacia de estos tratamientos consideramos que es una tarea a desarrollar por los profesionales de la red pública, no sólo como actividad científicamente relevante, sino por nuestra obligación de ofrecer a los ciudadanos tratamientos eficaces y a la vez de fácil implantación para problemas socialmente relevantes.

Lo antes descrito constituye el reto que pretendemos abordar con un encuadre que tiene como primer objetivo aumentar la autoestima de las participantes. Señalándoles el rol activo que pueden ejercer sobre sus vidas, partiendo de la aceptación de las limitaciones que imponen sus condiciones objetivas de vida, el derecho que poseen de tener sus propias opciones y elecciones, asumiendo el riesgo y las consecuencias que éstas significan, la necesidad de planificar a medio y largo plazo sus actos y asumir con ello los riesgos de la propia libertad y autonomía.

## Referencias

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca (Edición original, 1986).
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB (Edición original, 1979).
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós (Edición original, 1992).
- Casado Cañero, F. D. (1998). Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínico a los servicios de salud. *Apuntes de Psicología*, 16 (1 y 2), 73-80.
- Casado Cañero, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20 (3), 403-414.
- Conde López, V y Franch Valverde (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la clasificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorio Upjohn.
- D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: DDB (Edición original, 1986).
- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB (Edición original, 1999).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (Edición original, 1984).
- Lewinshon, P.M., Hobermann, H., Teri, L y Hautzinger, M. (1988). An Integrative Theory of Depression. En J.M. Hooley, J.M. Nealy, J.M. y C.D. Davison (Eds.), *Readings of Abnormal Psychology* (págs. 250-264). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Miller, S. y Seligman, M.E.P. (1984). El modelo reformulado del desamparo: evidencia y teoría. En R.W.J. Neufeld (Ed.), *Psicopatología y stress* (págs.160-193). Barcelona: Ediciones Toray (Edición original, 1982).

- OMS (1992). *CIE.-10. Clasificación Internacional de Enfermedades. Cap. V: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez Álvarez, M. Fernández Hermida, J. R. y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.

