



**Universidad
Europea CANARIAS**

**Intervención psicoterapéutica
grupal dirigida a pacientes
diagnosticados de trastorno adaptativo
en atención primaria**

Trabajo fin de Máster

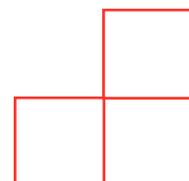
Autor/a: William Jefersson Diaz Vera

Tutor/a: Barbara López Hernández

13 de abril del 2024

Campus de la Orotava
Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava

Instalaciones de Santa Cruz
C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de Tenerife universidadeuropea.com



Resumen

El Trastorno Adaptativo (TA) es una respuesta emocional desproporcionada o inadecuada a eventos estresantes, reconocida por DSM-5 y CIE-11. Su sintomatología incluye ansiedad, depresión y cambios en el comportamiento, afectando significativamente el funcionamiento diario. Se ha evidenciado su impacto en la salud física, siendo relevante su detección precoz y manejo terapéutico. Su diagnóstico es difícil y puede confundirse con otros trastornos. Las intervenciones farmacológicas prevalecen, pero se sugiere priorizar la psicoterapia para reducir síntomas y optimizar el pronóstico. Se propone una intervención grupal de 10 sesiones basada en Terapia Cognitivo-Conductual para minimizar el uso de fármacos, reducir visitas a atención primaria, abordar tempranamente los síntomas, brindar apoyo emocional y prevenir comorbilidades. Se espera que esta intervención tenga un impacto positivo en la reducción de síntomas y mejora del bienestar emocional, respaldado por evidencia previa. Esta propuesta busca dar respuesta a la necesidad psicológica en la atención primaria, donde la psicoterapia aún no es la primera opción de tratamiento, constituyéndose esta como alternativa a la sobre medicalización.

Palabras clave: Atención primaria; Terapia grupal; Terapia psicológica; Trastorno de adaptación.

Abstract

Adaptive Disorder (AD) is an emotional response disproportionate or inadequate to stressful events, recognized by DSM-5 and ICD-11. Its symptomatology includes anxiety, depression, and changes in behavior, significantly affecting daily functioning. Its impact on physical health has been evidenced, making early detection and therapeutic management relevant. Its diagnosis is challenging and can be confused with other disorders. Pharmacological interventions prevail, but

prioritizing psychotherapy is suggested to reduce symptoms and optimize prognosis. A 10-session group intervention based on Cognitive-Behavioral Therapy is proposed to minimize the use of drugs, reduce visits to primary care, address symptoms early, provide emotional support, and prevent comorbidities. It is expected that this intervention will have a positive impact on symptom reduction and improvement of emotional well-being, supported by previous evidence. This proposal seeks to respond to the psychological need in primary care, where psychotherapy is still not the first choice of treatment, constituting an alternative to over-medication.

Keywords: Adjustment disorder; Group therapy; psychological treatment; Primary care;

1. Introducción

En el día a día, las personas nos enfrentamos a circunstancias cotidianas que se presentan como retos. En ciertas situaciones necesitamos de habilidades para afrontar las circunstancias, y esto requiere, por parte de las personas una respuesta y como consecuencia una exposición emocional.

Situaciones cotidianas que pueden surgir como resultado de eventos vitales significativos, como la pérdida de un ser querido, rupturas o conflictos de pareja, dificultades financieras, diagnósticos recientes de enfermedades y cambios en la rutina diaria. Estas situaciones pueden desencadenar respuestas emocionales variadas, tales como sentimientos de desánimo, ira, irritabilidad, negación y ansiedad. Es fundamental reconocer y comprender estas respuestas emocionales como parte del proceso de afrontamiento y adaptación a eventos estresantes en la vida de las personas.

Actualmente, los dos manuales de referencia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocen la existencia del Trastorno Adaptativo (TA) como una respuesta a situaciones adversas.

El DSM-5 clasifica los TA dentro de la categoría de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (American Psychiatric Association, 2013) y define y enfatiza la característica primordial de estos trastornos. Los síntomas del TA no pueden explicarse mejor por otra causa y están claramente relacionados con un evento o situación estresante.

El TA es una afección psicológica caracterizada por una respuesta emocional desproporcionada o inadecuada a un evento estresante o a una situación estresante en la vida de una persona (Lucas Oliver et al., 2023).

Este trastorno se manifiesta con síntomas de ansiedad, depresión u otras manifestaciones psicológicas que interfieren significativamente en el funcionamiento normal y adaptativo de la persona en su entorno (American Psychiatric Association, 2013; O'Donnell et al., 2019; Wang & Gorenstein, 2013).

El TA se diferencia de otros trastornos mentales en que está directamente relacionado con un factor de estrés específico y su duración está vinculada temporalmente a la presencia o duración del estresor, la sintomatología asociada al trastorno adaptativo comienza dentro de los tres meses posteriores al inicio del estresor y desaparece o disminuye una vez que cesa el factor estresante (American Psychiatric Association, 2013; Eimontas et al., 2018; O'Donnell et al., 2019; Quero et al., 2019; Spinhoven et al., 2014).

El TA puede manifestarse de diversas formas y con diferentes síntomas, que van desde ansiedad y depresión hasta cambios en el comportamiento y el estado de ánimo (Quero et al., 2019; Ruesch et al., 2017). La gravedad de los síntomas puede variar según la naturaleza y la intensidad

del estresor, así como según la capacidad de afrontamiento y resiliencia del individuo afectado (Davydov et al., 2010).

Se ha evidenciado que, además del impacto en la vida cotidiana, estas respuestas emocionales conllevan una afectación fisiológica. Diversos estudios han observado una estrecha relación entre el estado anímico y el riesgo de padecer enfermedades vasculares (Caruso Mazzolani et al., 2023; Lichtman et al., 2014; O'Neil et al., 2016). Asimismo, se ha encontrado que el estado emocional puede influir y, en ocasiones, determinar el pronóstico de una enfermedad, siendo este peor en caso de experimentar desánimo (Caruso Mazzolani et al., 2023; Dickens et al., 2012).

En el estudio de Dickens et al. (2012), se destaca la estrecha relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo de muerte en pacientes después de un accidente cerebrovascular. Además, se encontró que las respuestas emocionales como la hostilidad y la agresividad, sin una adecuada gestión previa, son factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias adictivas, incluyendo el tabaco. Por consiguiente, las conductas relacionadas con estados emocionales, como la hostilidad y la agresividad, que están precedidas por una mala gestión emocional, podrían explicar en gran medida la iniciación de hábitos de consumo en edades tempranas (Bernstein et al., 2014).

Esta información se complementa con la evidencia previa presentada, que destaca la interacción entre las respuestas emocionales y la salud física, subrayando la importancia de abordar adecuadamente las emociones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Kelber et al., 2022b).

Lucas Oliver et al. (2023) describen las respuestas emocionales y conductuales desproporcionadas ante una situación adversa y clasifican los TA como una respuesta conductual y

emocional desproporcional a la situación adversa vivida, además, describen un deterioro del funcionamiento del individuo por la exposición del factor estresante.

Resulta una tarea ardua, por parte de profesionales, detectar la conexión de las conductas disruptivas a una respuesta emocional de una situación estresante y categorizarlo. Investigaciones como las Baumeister & Kufner, (2009); Kelber et al., (2022) ponen de manifiesto la dificultad de observar, diagnosticar, y realizar un seguimiento en el diagnóstico en TA. Existe una línea difusa e interpretable según el profesional que diagnostica. El diagnóstico se puede difuminar, con otros más específicos, o como un simple desarrollo de la respuesta humana delante una adversidad. Por ende, el profesional no lo diagnostica como un TA.

Se ha demostrado que, para realizar una eficaz intervención en personas con un diagnóstico en TA, se necesita una detección precoz y una mayor aplicación en intervención psicoterapéutica (Arbus et al., 2014); así de esta manera minimizar el consumo de fármacos como las benzodiacepinas, que actualmente actúa como primera respuesta y en ocasiones única al observar sintomatología mencionada (Arbus et al., 2014; Lucas Oliver et al., 2023).

Actualmente, según la Base de Datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP) el 6,7% de la población con tarjeta sanitaria, registra un trastorno de ansiedad, el 4,1% un trastorno depresivo, el síntoma más frecuente trastorno del sueño que afecta al 5,4% de la población (Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, n.d.).

A su vez, el informe Anual del Sistema Nacional de salud del 2022 recoge que el 37% de la población padece algún problema de salud mental y con el paso de los años va aumentando. En las personas mayores de 75 años el porcentaje se eleva hasta el 50% (De Sanidad, 2022).

En este informe se visualizan los problemas más frecuentes en relación con la salud mental, en ellos se observa; sintomatología de ansiedad, depresión y trastorno del sueño.

Tabla 1.

Problemas de salud mental más frecuentes en España

Problema de Salud Mental	Prevalencia por cada 1000 habitantes
Trastornos de Ansiedad	126.9
Depresión	78.8
Trastorno del Sueño	46.8
Total	252.5

Se desconoce si el porcentaje de personas con sintomatología ansiosa y depresiva presentado por el informe Anual del sistema Nacional de salud del 2022 se trata de personas con diagnósticos en TA que la sintomatología se manifiesta mediante ansiedad y depresión.

Como se ha mencionado, estos datos recogidos por la base de datos de atención primaria, no contempla aquellos casos de personas protegidas por el derecho de salud universal que están sin una tarjeta sanitaria vigente y con necesidad de una atención médica, casos con comorbilidad, y aquellos casos que comenta Kelber et al., (2022) en los que el diagnóstico es difuso.

Cabe destacar, que se observa una prevalencia dominante según el género. El informe publicado en noviembre del 2023 con datos del 2021 confirma la ansiedad como respuesta conductual que prevalece más en mujeres que en hombre. Afectando al 17% en mujeres y el 9% a los hombres. Cataluña es la segunda comunidad autónoma con más prevalencia en ansiedad, un total 187,1 casos por cada 1000 habitantes (De Sanidad, 2022).

Dada la limitada disponibilidad de escalas de medición objetiva para el TA y la naturaleza subjetiva del diagnóstico por parte de los profesionales de la salud mental, se presenta una dificultad sustancial para determinar el porcentaje de trastornos de ansiedad y depresión que se

originan como consecuencia del TA (Baumeister & Kufner, 2009; Kelber et al., 2022b; Lucas Oliver et al., 2023), de esta manera los datos presentados por Sanidad podrían tener cierto sesgo y no cuantificar los casos de TA y valorados como trastorno de ansiedad y depresión.

Se han identificado factores de riesgo que aumentan la predisposición al desarrollo de sintomatología asociada con el TA (Kelber et al., 2022a). Estudios han evidenciado una mejora en la percepción de la salud a corto plazo mediante intervenciones grupales, las cuales emplean técnicas no farmacológicas como la terapia cognitivo-conductual (Ruesch et al., 2017).

Además, se ha demostrado que la atención psicoterapéutica grupal en el ámbito de la atención primaria puede reducir la frecuencia de visitas de los pacientes, disminuir las largas listas de espera y proporcionar una respuesta y atención preventiva a personas con factores de riesgo. Por consiguiente, la implementación de atención grupal puede contribuir a minimizar los costos asociados en la atención primaria (Jackson et al., 2019; Ruesch et al., 2017).

Se ha observado que la aplicación temprana de intervenciones puede contribuir a la reducción de los síntomas del TA, así como a mejorar su pronóstico a largo plazo. Actualmente, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las intervenciones más respaldadas por la evidencia científica para el tratamiento del TA, como lo indican estudios recientes (García-Toro et al., 2023; Marco et al., 2020; Ruesch et al., 2017). Esta terapia se enfoca en la prevención en individuos con factores de riesgo, empleando técnicas propias de la terapia cognitivo-conductual. Por otro lado, se identifican otros enfoques de tratamientos psicoterapéuticos relevantes para el diagnóstico de TA, tal como se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2.

Tabla de tratamiento y objetivos del tratamiento para personas con un diagnóstico TA.

Tratamiento	Objetivo del Tratamiento
Intervenciones de autoayuda para el trastorno de adaptación (Bachem & Maercker, 2016)	Reducir los problemas de trastorno de adaptación en víctimas de robo mediante intervenciones de autoayuda.
Intervención breve para el trastorno de adaptación (BADI) (Eimontas et al., 2018)	Reducir los síntomas del trastorno de adaptación y aumentar el bienestar psicológico.
Sistema de realidad virtual adaptativa para el trastorno de adaptación (Quero et al., 2019)	Proporcionar tratamiento para el trastorno de adaptación y duelo complicado utilizando un sistema de realidad virtual adaptativo.
Habilidades para la adaptación a la vida y la resiliencia (SOLAR) (Singla et al., 2017)	Abordar las dificultades de adaptación y las presentaciones subclínicas utilizando un formato breve.

Además, un seguimiento profesional y apoyo en el proceso de intervención ha demostrado que potencia la remisión. Actualmente atención primaria no cuenta con estos recursos (Salomonsson et al., 2020).

Los centros de atención primaria desempeñan un papel crucial en la identificación y abordaje de los TA. Sin embargo, es común que la respuesta médica predominante en la mayoría de estos centros sea el tratamiento farmacológico. En el caso de los TA, los ansiolíticos son frecuentemente prescritos como primera opción terapéutica (Stein, 2015a). El tratamiento farmacológico es apropiado cuando en el tratamiento psicoterapéutico no se obtiene el objetivo terapéutico o la sintomatología es intensa (Lucas Oliver et al., 2023). Siendo así, la intervención psicoterapéutica una prioridad, la psicoterapia se caracteriza por su capacidad para abordar no solo

los síntomas manifiestos del trastorno, sino también las causas subyacentes y los factores psicosociales que contribuyen a su desarrollo (Lucas Oliver et al., 2023; Stein, 2015b, 2015a).

Asimismo, se ha demostrado que la psicoterapia conlleva un menor riesgo de efectos secundarios adversos en comparación con los medicamentos, lo que la convierte en una alternativa más segura.

Además, promueve un mayor empoderamiento del individuo al proporcionarle herramientas y estrategias para hacer frente y manejar eficazmente los desafíos emocionales que enfrenta (Lucas Oliver et al., 2023; Stein, 2015b, 2015a; Zelviene & Kazlauskas, 2018). No obstante, en la actualidad en los centros de atención primaria no se realiza ninguna intervención psicoterapéutica como medida preventiva ni tampoco como primera respuesta frente a los TA (Salomonsson et al., 2020).

Debido a la alta prevalencia de sintomatología relacionada con los TA; las escasas escalas e instrumentos de medición en las investigaciones referente en los TA; la dificultad de realizar el diagnóstico, por ende la ausencia de tratamiento eficaz (Carta et al., 2009; Fernández-Buendía et al., 2024; Lucas Oliver et al., 2023; Zelviene & Kazlauskas, 2018); sumado al consumo de fármacos como primera medida, en ocasiones única respuesta en atención primaria (Arbus et al., 2014; Lucas Oliver et al., 2023). Es por ello, a continuación, se propone una intervención grupal basada en técnicas psicoterapéuticas, de 90 minutos durante 10 sesiones semanales, destinado a personas con un diagnóstico de TA, con el fin de reducir la sintomatología relacionada con TA, ansiedad, depresión, mejorar la percepción de bienestar emocional y de calidad de vida. Se valora esta sintomatología Realizando un tratamiento psicoterapéutico mediante los objetivos específicos de minimizar el consumo de fármacos; frecuencia de atención primaria; realizar una intervención

temprana; acompañar, crear un espacio de ventilación y prevenir el desarrollo otras patologías. Los participantes serán pacientes derivados del equipo de profesionales del centro de salud.

3. Objetivos e hipótesis

Objetivos

Objetivo general: Reducir la sintomatología del trastorno adaptativo y evitar el desarrollo de sintomatología mayor.

Los objetivos específicos de la intervención son los siguientes: Minimizar el consumo de fármacos como primera medida de intervención, en consonancia con las recomendaciones de Arbus et al. (2014) y Lucas Oliver et al. (2023), para promover estrategias psicoterapéuticas como abordaje prioritario.

Reducir la frecuencia de visitas a atención primaria, siguiendo el enfoque de Ruesch et al. (2017) y Jackson et al. (2019), mediante la implementación de intervenciones grupales que puedan ofrecer respuestas y atención preventiva a los participantes.

Realizar una intervención temprana para abordar los síntomas del trastorno de adaptación, como se sugiere en los hallazgos de Arbus et al. (2014) y Lucas Oliver et al. (2023), para mejorar el pronóstico a largo plazo y reducir la gravedad de los síntomas.

Brindar acompañamiento y crear un espacio seguro para la expresión emocional, en línea con las estrategias propuestas por Baumeister & Kufner (2009) y Kelber et al. (2022), con el fin de facilitar la ventilación emocional y la exploración de pensamientos y sentimientos.

Prevenir el desarrollo de otras patologías asociadas, siguiendo la recomendación de Zelviene & Kazlauskas (2018) y Lucas Oliver et al. (2023), al abordar eficazmente los síntomas del trastorno de adaptación y promover un manejo saludable de las respuestas emocionales ante situaciones adversas.

Hipótesis

La hipótesis planteada es que esta propuesta de intervención psicológica grupal, centrada en minimizar el consumo de fármacos como primera medida de intervención, reducir la frecuencia de visitas a atención primaria, realizar una intervención temprana para abordar los síntomas del trastorno de adaptación, brindar acompañamiento y crear un espacio seguro para la expresión emocional, así como prevenir el desarrollo de otras patologías asociadas, tendrá un impacto positivo en la reducción de la sintomatología del trastorno de adaptación y en la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida de los participantes. Esta hipótesis se fundamenta en la evidencia previa proporcionada por Arbus et al. (2014), Lucas Oliver et al. (2023), Ruesch et al. (2017), Baumeister & Kufner (2009), Kelber et al. (2022), Zelviene & Kazlauskas (2018), entre otros, que respaldan la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas grupales en el abordaje de los trastornos de adaptación, la promoción y prevención de la salud mental.

3. Intervención

Participantes.

Los participantes serán pacientes referidos por el equipo multidisciplinario de atención primaria, compuesto por profesionales médicos y de enfermería, pertenecientes al centro de atención primaria (CAP). Posteriormente a la derivación, se llevará a cabo una sesión de entrevista inicial, la cual será conducida por un psicólogo. Esta fase permitirá realizar un segundo tamizaje basado en los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

Tabla 3.

Tabla resumen de los criterios de inclusión o exclusión de los participantes.

Criterios de Inclusión

- Individuos con diagnóstico de Trastorno de Adaptación (TA) según los criterios del DSM-5 o la CIE-11.
- Personas con síntomas emocionales y conductuales desproporcionados ante situaciones adversas.
- Individuos con deterioro significativo en su funcionamiento debido a factores estresantes.
- Participantes con síntomas que afecten su calidad de vida y bienestar emocional.
- Pacientes sin tratamiento previo para el TA o sin respuesta adecuada a tratamientos farmacológicos.
- Personas mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión

- Individuos con otro trastorno psiquiátrico grave que requiera atención especializada.
- Pacientes con trastorno psicótico o trastorno bipolar.
- Personas con historial de abuso de sustancias que interfiera con la participación en el programa.
- Individuos incapaces de comprometerse con la asistencia regular a las sesiones y al escenario de grupo.
- Participantes con riesgo inminente de autolesiones o suicidio.
- Individuos con limitaciones físicas o cognitivas que dificulten su participación en actividades grupales.
- Participantes actualmente en otro programa de intervención psicoterapéutica para el TA.
- Pacientes con diagnóstico médico que contraindique la participación en un programa grupal, como enfermedades graves no estabilizadas o condiciones médicas agudas.

Desarrollo del Programa de Intervención

El presente programa de intervención psicológica grupal se desarrolla en un formato de 10 sesiones, cada una con una duración de 90 minutos y con la participación de grupos no superiores a 10 personas. Este enfoque terapéutico se estructura con el propósito de abordar el TA de manera

integral, proporcionando herramientas y estrategias para el manejo efectivo de los síntomas y promoviendo el bienestar emocional de los participantes.

Tabla 4.

Tabla de la temporalización de la propuesta de intervención.

Sesión	Objetivo	Temporización	Cronograma
			Semanas
0	Entrevistas iniciales de manera individual	45 minutos por cada paciente	previas al inicio de la primera sesión.
1	Establecimiento de Normas y Creación de un Ambiente de Confianza	90 minutos	Semana 1
2-3	Educación sobre el Trastorno de Adaptación	90 minutos cada sesión	Semanas 2-3
4-5	Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento	90 minutos cada sesión	Semanas 4-5
6-7	Exploración y Modificación de Pensamientos Negativos	90 minutos cada sesión	Semanas 6-7
8-9	Fomento de la Expresión Emocional	90 minutos cada sesión	Semanas 8-9
10	Evaluación del Progreso y Planificación para el Mantenimiento	90 minutos	Semana 10
11	Seguimiento	45 minutos individuales	Tres meses después de la última sesión

La Sesión 1, tal y como se muestra en la tabla 4, establece las bases del grupo, enfocándose en el establecimiento de normas y la creación de un ambiente de confianza mediante la presentación de los participantes.

Durante los primeros 15 minutos de la sesión, se realizará una breve introducción para presentar el objetivo del programa y establecer expectativas claras. Los siguientes 15 minutos se dedicarán a que cada participante se presente, compartiendo brevemente su motivo para unirse al grupo. Posteriormente, se procederá a establecer las normas del grupo, dedicando 30 minutos a discutir y consensuar las reglas básicas de participación y confidencialidad. Los últimos 30 minutos se reservarán para que los participantes compartan cualquier inquietud o expectativa adicional que tengan sobre el programa.

En las Sesiones 2 y 3, se imparte educación sobre el trastorno de adaptación, utilizando enfoques de psicoeducación basados en las directrices del DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-11 (OMS), con el fin de proporcionar a los participantes un entendimiento más profundo del diagnóstico TA.

Cada una de estas sesiones se dividirá en tres bloques de 30 minutos. En el primer bloque, se impartirá una presentación didáctica sobre el trastorno de adaptación, abordando su definición, síntomas y posibles desencadenantes. En el segundo bloque, se dedicará tiempo a discutir y clarificar dudas sobre la información presentada. El tercer bloque se centrará en actividades prácticas diseñadas para reforzar el conocimiento adquirido y promover la reflexión individual y grupal.

Las Sesiones 4 y 5 se dedican al entrenamiento en habilidades de afrontamiento a través de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), respaldada por estudios de Arbus et al. (2014), Garcia-Toro et al. (2023), Marco et al. (2020) y Ruesch et al. (2017), con el objetivo de dotar a los participantes para enfrentar de manera efectiva las situaciones estresantes.

Estas sesiones estarán estructuradas en cuatro bloques de 20 minutos cada uno, así como se observa en la tabla 5, la temporalización de la propuesta. En el primer bloque, se introducirán las habilidades de afrontamiento a trabajar durante la sesión. En el segundo bloque, se realizarán ejercicios prácticos para desarrollar estas habilidades, como técnicas de respiración o relajación. El tercer bloque se dedicará a la discusión y el intercambio de experiencias sobre la aplicación de estas habilidades en situaciones reales. Finalmente, en el cuarto bloque, se proporcionarán pautas para la práctica autónoma de las habilidades fuera de las sesiones.

En las Sesiones 6 y 7, se exploran y modifican los pensamientos negativos mediante técnicas de reestructuración cognitiva, lo que contribuye a promover un cambio positivo en la percepción de las experiencias adversas.

Cada sesión se dividirá en tres bloques de 30 minutos. En el primer bloque, se identificarán y discutirán los pensamientos negativos recurrentes de los participantes. En el segundo bloque, se aplicarán técnicas de reestructuración cognitiva para modificar estos pensamientos distorsionados. El tercer bloque se destinará a compartir y reflexionar sobre los cambios en la percepción de las situaciones problemáticas después de la aplicación de las técnicas.

Durante las Sesiones 8 y 9, se fomenta la expresión emocional utilizando la Terapia Narrativa y el Arte Terapéutico, basándose en investigaciones de Baumeister & Kufner (2009), Kelber et al. (2022) y Lucas Oliver et al. (2023), con el objetivo de proporcionar un espacio seguro para la exploración y el procesamiento de las emociones.

En estas sesiones, se emplearán tres bloques de 30 minutos cada uno. El primer bloque se dedicará a la expresión emocional mediante actividades. En el segundo bloque, se fomentará el intercambio de experiencias emocionales entre los participantes, promoviendo la empatía y la

comprensión mutua. El tercer bloque se centrará en la reflexión guiada sobre las emociones expresadas y su relación con las experiencias personales.

Finalmente, en la Sesión 10, se lleva a cabo una evaluación del progreso alcanzado durante el programa y se planifica para el mantenimiento de las estrategias aprendidas, consolidando así los cambios positivos obtenidos a lo largo de la intervención.

Esta sesión se dividirá en tres bloques de 30 minutos. En el primer bloque, se llevará a cabo una evaluación individual del progreso alcanzado durante el programa, revisando los objetivos establecidos y los logros obtenidos. En el segundo bloque, se planificará el mantenimiento de las estrategias aprendidas, identificando posibles desafíos futuros y desarrollando estrategias de afrontamiento anticipadas. El tercer bloque se reservará para la despedida y la retroalimentación final sobre la experiencia del programa. En todas las sesiones se intentará finalizar con una respiración diafragmática (García-Toro et al., 2023)

Tabla 5.

Tabla de la intervención grupal, objetivos y tratamiento utilizado.

Número de Sesiones	Objetivo de la Sesión	Tratamiento Psicológico Utilizado	Referencias
Sesión 1	Presentación del grupo y establecimiento de normas	Terapia Grupal	-
Sesión 2-3	Educación sobre el trastorno de adaptación	Psicoeducación	(Lucas Oliver et al., 2023)
Sesión 4-5	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	(Arbus et al., 2014; García-Toro et al., 2023; Marco et

Número de Sesiones	Objetivo de la Sesión	Tratamiento Psicológico Utilizado	Referencias
Sesión 6-7	Exploración y modificación de pensamientos negativos	Reestructuración Cognitiva	al., 2020; Ruesch et al., 2017; Wenzel, 2017) (Baumeister & Kufner, 2009; Kelber et al., 2022b; Lucas Oliver et al., 2023)
Sesión 8-9	Fomento de la expresión emocional	Terapia Narrativa, Arte Terapéutico	(Balestroni & Bertolotti, 2015; Cilar et al., 2020; Pedersen & Karterud, 2012)-
Sesión 10	Evaluación del progreso y planificación para el mantenimiento de las estrategias aprendidas	Evaluación y Planificación Terapéutica	

Instrumentos

Para llevar a cabo la intervención propuesta, se emplearán instrumentos psicométricos y herramientas de evaluación psicológica rigurosamente seleccionados. Entre ellos, se incluyen cuestionarios validados y estandarizados diseñados específicamente para evaluar el trastorno de adaptación, tales como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Estos instrumentos permiten una evaluación sistemática y cuantitativa de los síntomas emocionales y conductuales presentes en los pacientes, lo que facilita un diagnóstico preciso y una planificación terapéutica adecuada (Wang & Gorenstein, 2013).

Además, se utilizarán pruebas psicométricas reconocidas, como la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), para evaluar el progreso terapéutico y el funcionamiento global de los pacientes a lo largo del tratamiento. Estas pruebas ofrecen una medida objetiva y

estandarizada del nivel de funcionamiento de los pacientes, lo que permite monitorear los cambios a lo largo del tiempo y ajustar la intervención según sea necesario (Pedersen & Karterud, 2012).

La escala de bienestar emocional (WEMWBS-7) se utilizará instrumento psicométrico diseñado para evaluar el bienestar emocional y mental en adultos (Cilar et al., 2020).

También, la escala EuroQol-5D (EQ-5D) se utilizará como medición de la calidad de vida relacionada con la salud que se utiliza para evaluar el impacto de las intervenciones médicas y los tratamientos en la salud percibida por los pacientes (Balestroni & Bertolotti, 2015).

Los registros detallados de la asistencia y participación de los pacientes en las sesiones proporcionarán información adicional sobre el compromiso y la adherencia al tratamiento. Además, se administrarán escalas de satisfacción del paciente al final del programa para recopilar retroalimentación sobre la experiencia del tratamiento y la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida.

Se firmarán tres documentos, uno de protección de datos; confidencialidad; y autorización de imágenes.

Recursos Humanos

El equipo de profesionales que llevará a cabo la intervención estará conformado por un psicólogo sanitario especializado en terapia grupal.

Así como un co-terapeuta o facilitador con formación en psicología sanitaria. Este equipo será responsable de guiar y facilitar las sesiones, proporcionar apoyo emocional y psicológico a los participantes, así como realizar evaluaciones y seguimientos del progreso terapéutico.

Materiales

Para llevar a cabo las sesiones, se requerirá de un espacio adecuado y seguro que facilite la interacción y participación de los participantes. Se utilizarán recursos audiovisuales como

presentaciones en PowerPoint para las sesiones de educación psicoeducativa y material como hojas de ejercicios y fichas de registro para las actividades prácticas.

Además, se dispondrá de material, como papel, lápices de colores y otros materiales de manualidades, para fomentar la expresión creativa y emocional durante las sesiones.

Temporalización de las sesiones

La intervención propuesta consistirá en un programa estructurado que se desarrollará a lo largo de 10 sesiones semanales, con una duración establecida de 90 minutos por sesión. Cada sesión se llevará a cabo en grupos conformados por un máximo de 10 participantes, lo que permitirá un ambiente propicio para la interacción y el trabajo terapéutico colaborativo

En cuanto a la distribución temporal de las sesiones, se ha diseñado un cronograma que especifica el contenido y los objetivos a abordar en cada sesión, se observa en la tabla 5.

Además, se contempla la realización de evaluaciones tanto antes de iniciar el programa como tres meses después de su conclusión. Estas evaluaciones servirán para medir el progreso de los participantes y evaluar la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo.

Figura 1

Cronograma de las sesiones semanales.

Cronograma de actividades			Semanas										
Sesiones	Título de la actividad	Duración	Mes 1				Mes 2				Mes 3		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Establecimiento de Normas y Creación de Confianza	90 min											
2	Educación sobre el Trastorno de	90 min											

	Adaptación (Parte 1)											
3	Educación sobre el Trastorno de Adaptación (Parte 2)	90 min										
4	Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (Parte 1)	80 min										
5	Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (Parte 2)	80 min										
6	Exploración y Modificación de Pensamientos (Parte 1)	90 min										
7	Exploración y Modificación de Pensamientos (Parte 2)	90 min										
8	Fomento de la Expresión Emocional (Parte 1)	90 min										
9	Fomento de la Expresión Emocional (Parte 2)	90 min										
10	Evaluación del Progreso y Planificación	90 min										
11	Evaluación	10 min										

Evaluación de la Intervención

Se valora no incluir un grupo control. La inclusión de un grupo de control implicaría asignar aleatoriamente a los participantes en dos condiciones diferentes. Uno recibiría la intervención propuesta, mientras que el otro no la recibiría y se mantendría como grupo de comparación. Sin embargo, en el contexto de una intervención psicológica destinada a abordar un trastorno adaptativo, resulta poco ético privar a un grupo de individuos de recibir un tratamiento que se considera beneficioso para su bienestar psicológico y emocional. Esto podría causar un detrimento en la salud mental de los participantes del grupo de control, ya que no estarían recibiendo la atención terapéutica necesaria para afrontar sus dificultades emocionales.

Además, la inclusión de un grupo de control puede plantear desafíos logísticos y éticos adicionales, como la asignación aleatoria de los participantes y la dificultad para asegurar que el grupo de control no acceda a otros recursos terapéuticos durante el período de la intervención. Estos aspectos podrían comprometer la validez interna del estudio y generar sesgos que afecten la interpretación de los resultados.

Dada la naturaleza de la intervención propuesta, centrada en brindar apoyo psicológico y herramientas de afrontamiento a individuos que experimentan un trastorno adaptativo, la omisión de un grupo de control se justifica por razones éticas y prácticas. En su lugar, se prioriza la implementación de un diseño de investigación pre-post, donde se evalúa el progreso de los participantes antes y después de la intervención, lo que permite analizar los cambios en función del tratamiento recibido sin exponer a un grupo de individuos a la falta de atención terapéutica.

Para implementar un diseño pre-post en la propuesta de intervención, se llevará a cabo una evaluación sistemática de los participantes antes y después del tratamiento utilizando una serie de instrumentos psicométricos y herramientas de evaluación psicológica.

Estos instrumentos se utilizarán para medir diversas variables relevantes para la intervención propuesta y permitirán una evaluación integral del impacto del tratamiento en los participantes.

En primer lugar, se aplicarán cuestionarios validados y estandarizados diseñados específicamente para evaluar el trastorno de adaptación, como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Estos instrumentos proporcionarán una evaluación cuantitativa de los síntomas emocionales y conductuales presentes en los pacientes, lo que permitirá un diagnóstico preciso y una planificación terapéutica adecuada (Wang & Gorenstein, 2013).

Además, se utilizarán pruebas psicométricas reconocidas, como la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), para evaluar el progreso terapéutico y el funcionamiento global de los pacientes a lo largo del tratamiento. Estas pruebas ofrecen una medida objetiva y estandarizada del nivel de funcionamiento de los pacientes, lo que permitirá monitorear los cambios a lo largo del tiempo y ajustar la intervención según sea necesario (Pedersen & Karterud, 2012).

Se incluirá también la Escala de Bienestar Emocional (WEMWBS-7), un instrumento psicométrico diseñado para evaluar el bienestar emocional y mental en adultos, y el EuroQol-5D (EQ-5D), una medida de calidad de vida relacionada con la salud. Estos instrumentos permitirán evaluar el impacto del tratamiento en el bienestar emocional y la percepción de la salud de los participantes (Cilar et al., 2020; Balestroni & Bertolotti, 2015).

La evaluación pre-post se realizará en dos momentos específicos. El primer momento se llevará a cabo antes de que los participantes inicien las sesiones de intervención, y el segundo momento se realizará justo al finalizar la última sesión del programa. Además, se realizará una

evaluación de seguimiento tres meses después de la última sesión para evaluar el mantenimiento de los efectos del tratamiento a largo plazo.

Todas las evaluaciones serán realizadas por profesionales entrenados en el uso de los instrumentos específicos y en la administración de las pruebas psicométricas. Los datos recopilados serán analizados de manera objetiva para determinar el impacto del tratamiento y realizar las modificaciones necesarias en futuras intervenciones.

Conclusiones

La intervención que se propone se estima resultados esperados, correspondientes a implicaciones teóricas y prácticas. Se anticipa que el programa contribuirá a una mejor comprensión y manejo del trastorno de adaptación entre los participantes, lo que podría reflejarse en una disminución de los síntomas emocionales y conductuales asociados. Desde una perspectiva teórica, estos resultados respaldarían la eficacia de las estrategias terapéuticas empleadas, consolidando así su fundamentación conceptual y promoviendo su aplicación en contextos de salud, atención primaria.

. Es importante destacar que la limitación del tamaño del grupo garantizará una atención individualizada y una participación de todos los miembros, es importante mantener atención en la cantidad de personas que participan, esto moldeará al grupo.

Las implicaciones prácticas que se espera que el programa proporcione a los participantes herramientas y habilidades para afrontar de manera más efectiva las situaciones estresantes de la vida cotidiana, lo que podría traducirse en una mejora en su calidad de vida y funcionamiento psicosocial. Además, se prevé que el programa promueva un mayor acceso a la atención psicológica y destierre estigmas asociados a los trastornos mentales, fortaleciendo así la salud

mental de la comunidad, dando un salto y firmeza a reconocer la importancia de la figura de un psicólogo en atención primaria.

En cuanto a las fortalezas del programa, se destaca la estructura sistemática y basada en evidencia, que integra diferentes técnicas terapéuticas para abordar aspectos clave del trastorno de adaptación. Además, la inclusión de evaluaciones pre y post tratamiento permite una evaluación rigurosa de su efectividad y la posibilidad de ajustes según sea necesario.

Por otro lado, se identifican ciertas debilidades potenciales, como la posibilidad de que la duración del programa no sea suficiente para abordar completamente todas las necesidades de los participantes, así como la limitación en la generalización de los resultados debido a la naturaleza específica de la muestra y el contexto de aplicación.

Además, se reconoce la importancia de una derivación efectiva de pacientes por parte del equipo médico, lo que garantizaría la identificación adecuada de los individuos que podrían beneficiarse del programa y mejorar la coordinación de la atención entre los profesionales de la salud. Asimismo, se advierte sobre la necesidad de realizar un filtro correspondiente por edades al seleccionar a los participantes, ya que las necesidades y características de los grupos de diferentes rangos pueden variar significativamente, lo que podría influir en la dinámica del grupo y la eficacia de la intervención.

Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de que la cantidad de pruebas que se requieren realizar pueda generar fatiga en los participantes, afectando su disposición y compromiso con el programa. Es importante equilibrar la necesidad de recopilar datos para evaluar el progreso con la carga que esto puede representar para los individuos, considerando alternativas que minimicen el impacto negativo en la participación y la adherencia al tratamiento.

La dificultad para encontrar estudios previos relacionados con intervenciones similares puede limitar la capacidad de contextualizar y comparar los resultados del programa propuesto, lo que subraya la importancia de realizar una evaluación exhaustiva de la literatura existente y de integrar los hallazgos relevantes en el diseño y la implementación del programa.

Una de las conclusiones destacadas se centra en la promoción de la psicoterapia como una opción prioritaria en el ámbito de la atención primaria de salud. Esta iniciativa busca reducir la dependencia de la farmacoterapia como primera alternativa de tratamiento, así como mitigar los efectos secundarios asociados a dichos fármacos. Este enfoque busca evitar la cronificación de los trastornos y promover un abordaje más integral y menos invasivo en el manejo de la salud mental en este entorno específico.

Por último, se resalta la necesidad y la relevancia del programa propuesto, subrayando la importancia de fomentar iniciativas similares en el entorno comunitario para abordar las necesidades de salud mental. Así crear y tejer una red comunitaria fomentando activos de salud fuera de consulta o fuera de centro de salud. Establecer programas de este tipo en la comunidad es fundamental para ofrecer un apoyo integral y accesible a las personas que requieren atención en este ámbito, contribuyendo así al bienestar y la salud mental de la población en general.

4. Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.

Arbus, C., Hergueta, T., Duburcq, A., Saleh, A., Le Guern, M.-E., Robert, P., & Camus, V. (2014).

Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *European Psychiatry*, 29(4), 233–238.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.002>

- Bachem, R., & Maercker, A. (2016). Self-help interventions for adjustment disorder problems: a randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(5), 397–413. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1191083>
- Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2015). EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives for Chest Disease, 78*(3). <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. (n.d.).
- Baumeister, H., & Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry, 22*(4), 409–412. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832cae5e>
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. In *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* (Vol. 5). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>
- Cilar, L., Pajnikihar, M., & Štiglic, G. (2020). Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale among nursing students in Slovenia. *Journal of Nursing Management, jonm.13087*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13087>
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 479–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
- De Sanidad, M. (2022). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2023*.
- Eimontas, J., Rimsaite, Z., Gegieckaite, G., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings. *Psychiatric Quarterly, 89*(2), 451–460. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9547-2>

Fernández-Buendía, S., Cuijpers, P., Grimaldos, J., Díaz-García, A., Palau-Batet, M., & Quero, S. (2024). A blended intervention for adjustment disorder: Study protocol for a feasibility trial.

Internet Interventions, 35, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100715>

García-Toro, M., Aguilar-Latorre, A., García, A., Navarro-Guzmán, C., Gervilla, E., Seguí, A., Gazquez, F., Marino, J. A., Gomez-Juanes, R., Serrano-Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., García-Campayo, J., Maloney, S., & Montero-Marin, J. (2023). Mindfulness skills and

experiential avoidance as therapeutic mechanisms for treatment-resistant depression through mindfulness-based cognitive therapy and lifestyle modification. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1008891>

Jackson, M., Jones, D., Dyson, J., & Macleod, U. (2019). Facilitated group work for people with long-term conditions: a systematic review of benefits from studies of group-work

interventions. *British Journal of General Practice*, 69(682), e363–e372.

<https://doi.org/10.3399/bjgp19X702233>

Kelber, M. S., Morgan, M. A., Beech, E. H., Smolenski, D. J., Bellanti, D., Galloway, L., Ojha, S., Otto, J. L., Wilson, A. L. G., Bush, N., & Belsher, B. E. (2022a). Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *Journal of Affective Disorders*, 304,

43–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.038>

Kelber, M. S., Morgan, M. A., Beech, E. H., Smolenski, D. J., Bellanti, D., Galloway, L., Ojha, S., Otto, J. L., Wilson, A. L. G., Bush, N., & Belsher, B. E. (2022b). Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *Journal of Affective Disorders*, 304,

43–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.038>

- Lucas Oliver, E., Juan Tárraga López, P., Tarraga Marcos, A., Tárraga, P. J., L, O. E., López J, T. P., & Marcos Adaptive, T. A. (2023). Tarraga Marcos A. Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. *JONNPR*, 8(3), 568–585. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4909>
- Marco, J. H., Alonso, S., & Andani, J. (2020). Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. *Journal of Mental Health*, 29(3), 247–255. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521937>
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.007>
- Quero, S., Molés, M., Campos, D., Andreu-Mateu, S., Baños, R. M., & Botella, C. (2019). An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 204–217. <https://doi.org/10.1002/cpp.2342>
- Ruesch, M., Helmes, A., & Bengel, J. (2017). Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1494-9>
- Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ingvar, M., Öst, L.-G., Lekander, M., Ljótsson, B., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Predictors of outcome in guided self-help

- cognitive behavioural therapy for common mental disorders in primary care. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(6), 455–474. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1669701>
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 149–181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1320–1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>
- Stein, D. J. (2015a). Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Advances in Therapy*, 32(1), 57–68. <https://doi.org/10.1007/s12325-015-0176-6>
- Stein, D. J. (2015b). Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Advances in Therapy*, 32(1), 57–68. <https://doi.org/10.1007/s12325-015-0176-6>
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>