

## **Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

### **Trabajo Fin de Máster**

**“Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Tratamiento para la Sintomatología Ansioso-Depresiva del Trastorno Adaptativo Asociado a la Enfermedad Somática”**

**Presentado por: Mariona González i Puigpinós**

**Tutora: Laura Rico**

**Curso: 2024-2025**

**Convocatoria: Ordinaria**

## **Agradecimientos**

Me gustaría agradecer a Laura Rico su guía y apoyo a lo largo de la elaboración de este trabajo, su colaboración fue fundamental en este proceso.

También deseo agradecer la colaboración y oportunidad que me han proporcionado todo el equipo del Servicio de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge. En especial Susana Jiménez Murcia, quien me ha proporcionado la oportunidad de realizar mi trabajo final de máster sobre un nuevo protocolo de terapia del hospital, y quien me ha ayudado y acompañado a lo largo de todo el proceso.

Agradezco a Cristina Artero Martínez y Guillem Diego Esteve su ayuda en todo el proceso de análisis de datos, y su disponibilidad y ayuda en todas mis dudas.

Finalmente, quiero extender mi gratitud a mi familia, pareja y amigas, quienes su apoyo incondicional ha hecho este proceso más fácil.

**Resumen:** La presencia de enfermedades somáticas, especialmente las crónicas, pueden ser uno de los principales factores estresantes para provocar el desarrollo de un trastorno adaptativo (TA). Este trastorno es uno de los más frecuentes en atención primaria, con una prevalencia estimada del 2.3% en el Sistema Nacional de Salud de España en 2017. Muchos pacientes no reciben tratamiento o este resulta inadecuado. La mayoría de estudios han valorado la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como la más efectiva, sin embargo, siguen faltando estudios.

Este estudio evalúa la eficacia de una nueva TCC grupal de 8 sesiones implementada en el Hospital de Bellvitge, en El Hospitalet de Llobregat, Cataluña. Tiene como objetivo reducir los síntomas asociados al TA, en un grupo de 27 pacientes.

Las variables que se analizaron son el sexo, la edad, los síntomas psicopatológicos con el SCL-90-R y las variables de personalidad con el TCI-R. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, de personalidad y una comparación de medias pre y post tratamiento con el SCL-90-R. Se detectó una reducción significativa en ansiedad, depresión, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide, pero no hubo significación en ansiedad fóbica.

Este estudio concluye la eficacia de la TCC grupal en el tratamiento del TA, aun que sus limitaciones como el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de un grupo control deben ser consideradas.

**Palabras clave:** trastorno adaptativo, síntomas ansioso-depresivos, enfermedad somática, terapia cognitivo-conductual grupal, rasgos de personalidad

**Abstract:** The presence of somatic diseases, especially chronic ones, can be one of the main stressors that cause the development of an adjustment disorder (AD). AD stands out as one of the most frequent diagnoses, with an estimated prevalence of 2.3% in the Spanish National Health System in 2017. Nonetheless, many patients receive inadequate treatment or none. Most studies have identified Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) as the most effective treatment for patients with AD, however, further studies are still lacking.

This study aims to evaluate the effectiveness of a new 8-session group CBT implemented at Bellvitge Hospital located in Hospitalet de Llobregat, the Region of Catalonia. Its main objective is to reduce symptoms associated with AD in a group of 27 patients.

The variables analyzed are sex, age, psychopathological symptoms with the SCL-90-R and personality variables with the TCI-R. A descriptive analysis of the sociodemographic and personality variables was conducted, as well as a comparison of pre- and post-treatment means with the SCL-90-R. The results showed a significant reduction in the following variables: anxiety, depression, somatization, obsessions and compulsions, interpersonal sensitivity, hostility and paranoid ideation, however, no significant reductions were found in phobic anxiety.

Despite its limitations, including small sample size and absence of a control group, this study concludes the efficacy of group CBT in the treatment of AD. Further approaches should address these limitations in order to strengthen the findings.

**Keywords:** adjustment disorder, somatic disease, anxiety-depressive symptoms, group cognitive-behavioral therapy, personality traits

## ÍNDICE

<b>1. Marco teórico .....</b>	<b>6</b>
1.1. Afectación psicológica en pacientes con enfermedad somática.....	6
1.2. El trastorno adaptativo .....	6
1.3. Personalidad en pacientes con TA.....	8
1.4. Evaluación del trastorno adaptativo .....	8
1.5. Prevalencia del trastorno adaptativo .....	10
1.6. Tratamiento del trastorno adaptativo.....	12
1.7. Justificación .....	14
<b>2. Objetivos e hipótesis .....</b>	<b>16</b>
<b>3. Metodología .....</b>	<b>17</b>
3.1. Participantes.....	17
3.2. Instrumentos de evaluación.....	18
3.3. Procedimiento .....	20
3.4. Análisis estadístico: .....	24
<b>4. Resultados: .....</b>	<b>25</b>
<b>5. Discusión .....</b>	<b>31</b>
5.2. Limitaciones .....	36
5.3. Implicaciones.....	37
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>39</b>
6.1. Futuras líneas de investigación .....	40
<b>7. Referencias .....</b>	<b>42</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>49</b>

## 1. Marco teórico

### 1.1. Afectación psicológica en pacientes con enfermedad somática

Los pacientes con enfermedades somáticas, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología ansioso-depresiva, un trastorno adaptativo (NICE, 2009) o un trastorno de ansiedad (Henning et al., 2020). Las enfermedades crónicas como el cáncer, suelen ser uno de los principales factores estresantes que pueden provocar el desarrollo de un TA, ya que varias situaciones se perciben como estresantes, tanto el diagnóstico, como la aparición de metástasis o los tratamientos. Ruesch, et al. (2015), concluyeron que una de cada tres personas con una enfermedad somática crónica, sufre algún trastorno mental comórbido, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos adaptativos los más frecuentes. Dichas conclusiones se confirman en el estudio de Osma, et al. (2021), quienes observaron que más del 36% de la población que sufre alguna afectación somática, presenta de forma comórbida problemas de salud mental, principalmente algún tipo de trastorno emocional, y por ello, se puede ver afectada la calidad de vida, el progreso en el tratamiento y en la rehabilitación del paciente. En la misma línea, el metaanálisis de Mitchell, et al. (2011), obtuvo que el 19,4% de los pacientes oncológicos y hematológicos presentan también un trastorno adaptativo reactivo a la enfermedad somática.

Por todo ello, se ha visto que la implementación de la figura del/la psicóloga clínica en atención sanitaria facilita un modelo de intervención biopsicosocial, y promueve la mejoría de la salud mental de los pacientes, así como su adherencia al tratamiento médico (Hunsley, 2003).

### 1.2. El trastorno adaptativo

El trastorno adaptativo (TA) se caracteriza por la aparición de sintomatología cognitiva, emocional y/o conductual desproporcionada, como respuesta ante uno o varios eventos estresantes, considerándose una respuesta desadaptativa debido a que genera un malestar significativo. Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013) y el manual de Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud, 2022) se considera una respuesta desadaptativa cuando afecta y produce un deterioro significativo al funcionamiento de la persona en los distintos ámbitos de su vida. La quinta versión del DSM-5 (APA, 2013) define que el desarrollo de los síntomas del trastorno adaptativo se produce en los

tres meses siguientes al inicio del factor o factores estresantes, y que una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de seis meses.

El trastorno adaptativo se considera una respuesta desproporcionada a uno o varios eventos estresores, que se expresa en cambios en la esfera emocional, cognitiva y conductual de la persona, que afectan a los distintos ámbitos de su vida, impidiéndole una buena adaptación (APA, 2013). Los síntomas afectivos suelen ser la presencia de un ánimo deprimido, labilidad emocional con tendencia al llanto, ansiedad y cambios de humor (Zapata, et al., 2021). Los síntomas cognitivos suelen ser preocupaciones excesivas en relación al evento estresante, pensamiento ansioso rumiativo e ideas de muerte y desesperanza (Zapata, et al., 2021). A todo ello, le pueden acompañar síntomas de insomnio, alteraciones en el deseo sexual y aumento de consumo de sustancias psicoactivas (Zapata et al., 2021).

El DSM-5 (APA, 2013) añade que el trastorno adaptativo se puede presentar con características específicas que son importantes de agregar en su diagnóstico. Estas pueden ser, con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, con alteración de la conducta, con alteración mixta de las emociones o la conducta, o bien sin especificar. Sin embargo, las clasificaciones más frecuentes son: con ánimo deprimido, con ansiedad y con ansiedad mixto y ánimo deprimido. Se determina que hay un TA con ánimo deprimido cuando los síntomas que predominan son los equivalentes a una depresión menor, con pérdida de placer, desinterés, llanto, desesperanza. Se determina que hay un TA con ansiedad cuando predominan los síntomas como preocupación, nerviosismo, inquietud e insomnio. Se determina que hay un TA mixto cuando predominan los síntomas emocionales mixtos (APA, 2013). En conclusión, el TA puede manifestarse en una amplia gama de sintomatología pero la sintomatología ansiosa y depresiva se encuentra entre la más frecuente y clínicamente relevante, dado su impacto en la funcionalidad de la persona y en su pronóstico.

Establecer los criterios diagnósticos del TA ha resultado muy controversial, lo que ha provocado que no haya habido una gran cantidad de estudios tanto respecto a su evaluación como en su tratamiento (Quero et al., 2023). Su diagnóstico puede resultar complicado ya que puede solaparse con los trastornos del estado de ánimo y ansiedad, aun así, es importante diferenciarlos ya que el enfoque terapéutico es distinto (Zapata, et al., 2021). Zapata, et al., (2021), destacan como uno de los elementos claves para diferenciarlo de otros trastornos

emocionales con sintomatología similar es que en el caso del TA la sintomatología es siempre reactiva a un evento o eventos estresantes.

### 1.3. Personalidad en pacientes con TA

En el estudio de los trastornos mentales se ha percibido en numerosos estudios que, tanto la personalidad como las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar el estrés, tienen un papel importante en el desarrollo de problemas de salud mental (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2018). Concretamente, en el trastorno adaptativo, así como también en los otros trastornos emocionales, se ha observado que el neuroticismo es un rasgo de personalidad que puede suponer una variable de vulnerabilidad tanto para su desarrollo (Osma, et al., 2024), como para su evolución clínica (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2018). Dicho rasgo hace referencia a la tendencia a responder con “emociones displacenteras” a la amenaza, frustración o pérdida (Osma, et al., 2024).

Adicionalmente, numerosos estudios han relacionado que las personas con una alta puntuación en evitación al daño y baja puntuación en autodirección, ambos rasgos definidos en la Teoría de Personalidad de Cloninger, pueden presentar más vulnerabilidad para desarrollar una psicopatología (Komasi, et al., 2022), y concretamente, sintomatología ansioso-depresiva (Na, et al., 2012; Gaweda, et al., 2014; Zaninotto, et al., 2016). Estos hallazgos sugieren que algunas dimensiones temperamentales y de carácter constituyen factores de riesgo para los trastornos emocionales (Gaweda, et al., 2014). El estudio de Na, et al. (2012) observó que los pacientes con trastorno adaptativo de su estudio solían mostrar puntuaciones más bajas en los rasgos de cooperación y autotranscendencia en comparación con los controles sanos.

También se ha observado que, mecanismos cognitivos como la intolerancia a la incertidumbre y la autoeficacia, pueden promover el desarrollo de un trastorno adaptativo (Kestler-Peleg, et al., 2023).

### 1.4. Evaluación del trastorno adaptativo

Para la evaluación específica del trastorno adaptativo, existen dos cuestionarios auto administrados: el cuestionario internacional del trastorno adaptativo (IADQ) (Shevin et al., 2020) y el módulo nuevo para el trastorno adaptativo (ADNM-20) (Glasmer et al., 2015).

El módulo nuevo para el trastorno adaptativo (ADNM-20), fue el primer cuestionario específico para evaluar el trastorno adaptativo. La versión original incluía 29 ítems (ADNM-29), que fueron reducidos posteriormente a una nueva versión que contiene 20 ítems (ADNM-20). Esta última versión tiene fiabilidad de una alfa de Cronbach de 0.97 en población general (Liang et al., 2021). El ADNM-20 incluye primeramente una lista de 18 posibles eventos estresantes que pueden haber desencadenado el trastorno, para así poder detectar el estresor del paciente, y seguidamente se presentan 20 ítems basados en los criterios diagnósticos del trastorno adaptativo del CIE-11. La adaptación española del cuestionario ADNM-20 presenta una fiabilidad de 0.94 para una muestra no clínica (Quero, et al., 2024). Sin embargo, se ha observado que el ADNM-20 presenta algunas limitaciones, entre ellas que contiene algunos ítems de criterios no reflejados en el CIE-11.

El cuestionario internacional del trastorno adaptativo (IADQ), se realizó posteriormente, y este también está basado en los criterios del CIE-11. Contiene una lista de 9 posibles estresores y 6 ítems que evalúan principalmente la preocupación respecto al factor estresante y la adaptación a ello. La fiabilidad es de una alfa de Cronbach de 0.94 (Shevin et al., 2020).

Por otro lado, se puede evaluar la sintomatología del trastorno adaptativo con cuestionarios específicos de síntomas (Sanz Cruces et al., 2018; Srivastava et al., 2011; Leterme et al., 2020), como el listado de síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1994; Derogatis, 1983) (adaptación española, González de Rivera, 2001), el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1970) (adaptación española de Spielberger et al., 1982) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996) (adaptación española de Sanz et al., 2003).

Concretamente el SCL-90-R (Derogatis, 1994; Derogatis, 1983), el cual tiene una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,96 en la adaptación española, es el que se ha utilizado en este estudio para evaluar el pre y post del tratamiento, coincidiendo con el estudio de Sanz Cruces et al. (2018), quienes también lo usaron para evaluar la eficacia de la TCC grupal en pacientes con TA en Valencia. Este cuestionario evalúa 9 dimensiones sintomáticas (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, ideación paranoide y psicoticismo). Al ser más general permite obtener mucha información sobre la persona a nivel clínico en comparación con otros cuestionarios más específicos del TA.

Por otro lado, para realizar una evaluación global del paciente se realizó una evaluación de los rasgos de personalidad. La personalidad se ha definido por diversos modelos, uno de ellos, el Modelo de Cloninger, en el cual está basado el inventario de temperamento y carácter revisado *TCI-R* (Cloninger, 1999), utilizado anteriormente en otros estudios para evaluar los rasgos de personalidad en pacientes con TA (Na, et al., 2012).

El Modelo de Cloninger, es un modelo psicobiológico de la personalidad, es decir, define la existencia de una parte biológica de la personalidad, entendida como el temperamento, y una parte desarrollada y moldeada por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural del individuo, el carácter (Cloninger et al., 1993). Los rasgos de temperamento representan respuestas emocionales precoces y estables durante la vida de la persona, que no se modifican con el aprendizaje. Cloninger define 4 dimensiones del temperamento: la búsqueda de novedad, la evitación al daño, la dependencia a la recompensa y la persistencia (Bordalejo et al., 2014). Por otro lado, los rasgos de carácter son características que se van desarrollado a través del aprendizaje socio-cultural, y representan conceptos sobre el yo y las relaciones interpersonales (Cloninger et al., 1993). Cloninger define 3 dimensiones del carácter: la autodirección, la cooperatividad y la autotrascendencia (Bordalejo et al., 2014).

### 1.5. Prevalencia del trastorno adaptativo

Según el Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria (2021), en el informe que recoge datos sobre los problemas de salud mental detectados en atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud en 2017, se destaca que el trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos más frecuentes. Dicho informe recoge información clínica de una amplia muestra española de población general atendida en los centros de atención primaria (4,8 millones de personas), entre los cuales se detectó que el 27,4% presentaban problemas de salud mental y que un 2,3% un trastorno o reacción adaptativa. Se observó que los trastornos adaptativos resultan más frecuentes en mujeres que en hombres y que la diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta, desde los 20 años en adelante. El Servei Català de la Salut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat, 2017, concluyó un mayor predominio de mujeres, en comparación con hombres, que desarrollan problemas de salud mental y concretamente trastornos adaptativos (Del Valle-López et al., 2016; Kelber et al., 2022).

En cuanto a la edad, según el Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria (2021), se observó que la prevalencia aumenta gradualmente conforme aumenta la edad, siendo el rango entre 55-64 años cuando hay mayor prevalencia de TA. En la misma línea, el estudio de Vallejo-Sánchez y Pérez-García, (2015), destacó que una edad más joven disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno adaptativo.

Relativo al nivel socioeconómico, en el informe del Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria (2021), se observan diferencias entre los niveles más altos de renta y los más bajos de 3,5 veces, así como las personas desempleadas presentan más prevalencia del trastorno adaptativo que las personas empleadas. También en el informe del Servei Català de la Salut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat (2017), se detectó que las personas con un nivel socioeconómico muy bajo, eran atendidos en atención primaria por problemas de salud mental, 2,2 más veces que el resto de la población. Kelber et al. (2022) y Vallejo-Sánchez y Pérez-García, (2015), confirmaron que el estado de desempleo supone un factor de riesgo para padecer un trastorno adaptativo, así como también el estrés, las enfermedades físicas y lesiones, el bajo apoyo social y los antecedentes en trastornos de salud mental.

En cuanto a los eventos estresores desencadenantes del trastorno, Del Valle-López, P. et al. (2016) observaron en su estudio que, los más habituales suelen ser los problemas de salud propios o de un familiar cercano (33,2%), seguido del estrés laboral (21,3%), las rupturas de pareja (15,1%), los problemas en el ámbito familiar (14,8%), la pérdida de empleo (2,6%), y el resto referían dos o más factores estresantes (14,09%).

Respecto a los subtipos de trastornos adaptativo, el estudio descriptivo de Valle-López et al. (2016) con una muestra de 304 pacientes, observó que el subtipo más frecuente era el mixto (47.9%), seguido del subtipo con predominancia de ansiedad (29.5%), y del subtipo con predominancia de síntomas depresivos (15.7%). Existía un pequeño porcentaje de pacientes con TA con alteración de la conducta (1%), y otro pequeño porcentaje sin especificar (5.6%).

Tal y como se resume en las estadísticas anteriores (Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria, 2021; Servei Català de la Salut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat, 2017), el TA constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, así como también uno de los diagnósticos más comunes en los intentos de suicidio en urgencias (Zapata, et al., 2021). Investigaciones como la de Patra y Sarkar (2013) encontraron que el intervalo entre la aparición de síntomas y conducta suicida en pacientes con TA era

menor, un mes, que en el caso de pacientes con otros diagnósticos como la depresión (tres meses), el trastorno bipolar (30 meses) y la esquizofrenia (47 meses).

Algunos autores sugieren que, a pesar de ser un diagnóstico frecuente, aún gran cantidad de pacientes con TA suelen permanecer sin tratamiento (Bachem et al., 2016), o en muchos otros casos recibir tratamiento farmacológico, aunque se ha visto que la eficacia de psicofármacos en pacientes con TA suele ser baja o muy baja (O'Donell, 2018). El TA ha sido durante mucho tiempo uno de los diagnósticos más problemáticos debido a la dificultad de su diagnóstico y a la poca investigación en la práctica clínica. Appart et al. (2017) en su revisión sistemática sobre los trastornos adaptativos, encontraron hasta 5 veces menos artículos en las bases de datos que si hacían una búsqueda sobre el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad.

Morgan et al. (2022), observaron en su revisión sistemática que, a pesar de que el TA suele catalogarse como un trastorno mental leve y de corta duración, puede mostrar complicaciones futuras, tanto físicas como mentales, más graves. Todo ello evidenció, junto con los estudios anteriores (Appart et al., 2017; O'Donell, 2018), la necesidad de mayor investigación tanto en su evaluación, tratamiento y pronóstico.

#### 1.6. Tratamiento del trastorno adaptativo

No hay un gran número de estudios sobre el trastorno adaptativo (Appart et al., 2017; O'Donell, 2018), lo que ha afectado directamente a que haya una escasa investigación en su tratamiento clínico. Appart et al. (2017) hicieron una revisión sistemática sobre el TA de todos los artículos comprendidos entre 1975 y 2015, y concluyeron que el enfoque psicoterapéutico, sin definir que modalidad, era el más adecuado para tratar el TA, y que en contraposición el tratamiento farmacológico resultaba ineficaz. Un año más tarde, O'Donell et al., (2018), hicieron una revisión sistemática de los tratamientos existentes para TA, incluyendo tanto tratamientos psicológicos como farmacológicos, del 1980 al 2016. Concluyeron que a pesar de que los estudios eran ensayos controlados, no se encontró una muy buena calidad en la evidencia. Dicho estudio puso especial énfasis en la necesidad de desarrollar investigación de alta calidad en el tratamiento de los trastornos adaptativos. Posteriormente a la revisión sistemática de O'Donell et al. (2018), se publicaron más investigaciones en el campo del tratamiento de TA, aunque

siguieron faltando más estudios claros y de calidad sobre las intervenciones ya que no hay recomendaciones claras sobre como tratar el trastorno (O'Donnell et al., 2019).

La mayoría de estudios hasta el momento se ha centrado mayoritariamente en valorar los efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en pacientes con TA (Constantin et al., 2020), ya que en general la TCC es la que ha mostrado más evidencia empírica (David et al., 2018). Quero et al. (2018), estudiaron la eficacia de la TCC tanto presencial como en realidad virtual en un grupo de pacientes con TA, observaron que ambos grupos tenían una mejora clínicamente significativa de los síntomas adaptativos. Sanz Cruces et al., (2018), también estudio la eficacia de la TCC grupal en pacientes con TA, y observaron que el grupo experimental presentó una disminución estadísticamente significativa en la ansiedad y los síntomas depresivos, y un aumento en la percepción de calidad de vida en la salud física y emocional. Concluyeron que dicha terapia resultó eficaz para el grupo experimental y que las intervenciones grupales son una solución para la demanda creciente de personas con trastornos adaptativos, lo que podría proporcionar ahorros en costos tanto económicos como humanos. La terapia incluía técnicas para el control de la ansiedad, reestructuración cognitiva y técnicas de afrontamiento. La evaluación se llevó a cabo con los instrumentos SCL-90-R, el SF-12 y la escala de riesgo suicida.

Más recientemente, han aparecido nuevos estudios como el de Fernández-Buendía, (2024), que también investigaban los efectos de la TCC en pacientes con TA, ya que era a la que había mostrado más evidencia hasta el momento, pero aplicando formas más innovadoras como la terapia combinada. Diseñaron una terapia combinada basada en técnicas cognitivo-conductuales para pacientes con TA que consistía en un programa autoaplicado para el/la paciente junto con videoconferencias con una psicóloga cada 10-12 días. Este mismo año también se ha realizado el estudio de D'Amico et al. (2024), quienes han estudiado el efecto de la terapia mindfulness basada en la reducción de estrés y la terapia de compasión basada en el apego en pacientes con TA. Concluyeron que por si solas no generaban un cambio estadísticamente significativo pero que complementadas podían resultar una mejora para el/la paciente.

Si se amplía la búsqueda a Trastornos Emocionales, existen muchos más estudios que investigan sobre su intervención. Según un metaanálisis reciente de Schaeuffele et al. (2024), y una revisión sistemática de Osma et al. (2021), el tratamiento transdiagnóstico basado en la terapia cognitivo-conductual, parece ser efectivo en este caso de pacientes en distintos

contextos, aunque ambos artículos recalcan la importancia de seguir haciendo investigación debido a la heterogeneidad en calidad y diseño de algunos de estudios.

### 1.7. Justificación

Se puede extraer de la literatura que la terapia más eficaz hasta el momento para el trastorno adaptativo es la que contiene técnicas cognitivo-conductuales (Constantin et al., 2020; David et al., 2018; Sanz Cruces, 2018; Quero et al., 2018; Fernández-Buendía, 2024; Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2024). Sin embargo, la evidencia específica sobre su efectividad en este trastorno sigue siendo limitada, lo que destaca la necesidad de continuar investigando en este ámbito (O'Donnell et al., 2019). Cuando la búsqueda se amplía a trastornos emocionales en general, la literatura es más extensa y confirma la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en su tratamiento (Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2024). No obstante, dada la prevalencia del TA y sus consecuencias clínicas, sigue siendo esencial realizar estudios específicos para validar su aplicación en este diagnóstico.

A nivel clínico, la reducción de costes, tanto en tiempo como en personal, es crucial, ya que el TA es un trastorno de salud mental altamente prevalente y, sin embargo, muchos pacientes no son diagnosticados ni reciben un tratamiento adecuado (BDCAP, 2017; Bachem et al., 2016). Además, se ha observado que el TA es uno de los diagnósticos más comunes en los intentos de suicidio en urgencias (Zapata et al., 2021) y presenta un corto intervalo entre la aparición de síntomas y la conducta suicida, en comparación con otros trastornos mentales (Patra y Sarkar, 2013). También se ha señalado que los pacientes no tratados pueden presentar complicaciones graves tanto a nivel físico como mental (Morgan et al., 2022), lo que resalta la necesidad de mejorar las estrategias terapéuticas disponibles.

Dado este contexto, los estudios recientes han explorado nuevas formas de intervención para optimizar la eficacia del tratamiento en términos de coste y resultados (Fernández-Buendía, 2024), siguiendo la línea de las dimensiones de sostenibilidad, ambiental, social y económica. Entre ellas, destacan terapias grupales (Sanz Cruces et al., 2018), terapias combinadas (Fernández-Buendía, 2024) y aquellas que incorporan el uso de la realidad virtual (Quero et al., 2018), con el objetivo de mejorar el acceso al tratamiento y su impacto clínico.

Como se ha señalado en el marco teórico, diversas investigaciones han evidenciado que los pacientes con enfermedades somáticas, especialmente aquellas de carácter crónico, presentan un mayor riesgo de desarrollar sintomatología ansioso-depresiva, así como trastornos

adaptativos y de ansiedad (Henning et al., 2020; NICE, 2009; Osma et al., 2021). Este riesgo se debe a la carga emocional derivada del diagnóstico, la evolución de la enfermedad y los tratamientos médicos, lo que puede generar respuestas desadaptativas como las observadas en el trastorno adaptativo (Mitchell et al., 2011; Ruesch et al., 2015).

El trastorno adaptativo se caracteriza por una respuesta emocional desproporcionada ante eventos estresantes, manifestándose con síntomas ansioso-depresivos, afectación cognitiva y alteraciones en la conducta (APA, 2013; Zapata et al., 2021). Esta sintomatología no solo interfiere en el bienestar del paciente, sino que también puede dificultar la adherencia al tratamiento médico, empeorar la evolución clínica de la enfermedad somática y reducir la calidad de vida (Osma et al., 2021; Hunsley, 2003). El presente estudio se centra principalmente en la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva ya que es la más frecuente y clínicamente relevante (APA, 2013), sin embargo, se tendrá en cuenta otro tipo de sintomatología psicopatológica como las somatizaciones, las obsesiones y compulsiones, la sensibilidad interpersonal, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide y el psicoticismo.

Por ello, el objeto de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención psicológica grupal de 8 sesiones, en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), enfocada a reducir principalmente la sintomatología ansioso depresiva y otro tipo de síntomas que puedan coexistir (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo) en un grupo de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática, diseñada siguiendo las últimas incorporaciones científicas de la Terapia Cognitivo-Conductual, ya que es la terapia que hasta el momento ha mostrado más efectividad (Constantin et al., 2020; David et al., 2018; Sanz Cruces, 2018; Quero et al., 2018; Fernández-Buendía, 2024; Osma et al. 2021; Schaeuffele et al., 2024).

Se destaca la elección de la terapia grupal por su capacidad para optimizar recursos sanitarios, reduciendo costes de tiempo y personal, y permitiendo atender a un mayor número de pacientes de manera eficaz. Desde una perspectiva económica, este enfoque contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud al disminuir la sobrecarga asistencial y reducir la necesidad de intervenciones más costosas a largo plazo. A nivel social, al ampliar el acceso al tratamiento, se favorece a un mayor número de personas que, de otro modo, podrían quedar desatendidas dada la alta frecuencia del TA (BDCAP, 2017). Además, se ha visto que el TA en ausencia de tratamiento, puede derivar en complicaciones físicas y mentales más graves (Morgan et al.,

2022). Esto impacta tanto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias como en el sistema de salud, aumentando el uso de recursos médicos y la probabilidad de absentismo laboral. La intervención temprana no solo mejora el bienestar psicológico de los pacientes, sino que también previene costes futuros. Por todo ello, la implementación de una terapia grupal se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

## **2. Objetivos e hipótesis**

2.1. Objetivo general: Evaluar la efectividad de un programa grupal de terapia cognitivo-conductual, estructurado en ocho sesiones, en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos en pacientes adultos, de entre 19 y 78 años, diagnosticados con trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática en el Hospital Universitario de Bellvitge.

### 2.2. Objetivos específicos

- Analizar la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual grupal de 8 sesiones para el tratamiento de síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión compulsiva, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo e ideación paranoide) medidos a través de un cuestionario autoinformado, en pacientes adultos con trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática diagnosticados en el Hospital Universitario de Bellvitge.
- Estudiar la distribución de las variables sociodemográficas, edad y sexo, en pacientes adultos diagnosticados con un trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática en el Hospital Universitario de Bellvitge.
- Estudiar las puntuaciones de las 7 dimensiones de personalidad (búsqueda de novedad, evitación, dependencia a la recompensa, persistencia, autodirección, cooperación y autotranscendencia) definidas por el modelo de personalidad de Cloninger, en pacientes adultos diagnosticados con un trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática en el Hospital Universitario de Bellvitge.

2.3. Hipótesis general: Se espera que la aplicación de un programa grupal de terapia cognitivo-conductual reduzca significativamente la sintomatología ansiosa y depresiva

en pacientes adultos con diagnóstico de trastorno adaptativo asociado a una enfermedad somática, atendidos en el Hospital Universitario de Bellvitge

#### 2.4. Hipótesis específicas

- Se espera que el programa grupal de terapia cognitivo-conductual reduzca significativamente los síntomas psicopatológicos (incluyendo somatización, obsesión-compulsiva, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo e ideación paranoide) en pacientes adultos con diagnóstico de trastorno adaptativo asociado a una enfermedad somática, en el Hospital Universitario de Bellvitge
- Se espera que exista una mayor proporción de mujeres que hombres, y una media de edad aproximada entre los 55 y 64 años, en pacientes adultos con trastorno adaptativo asociado a una enfermedad somática, diagnosticados en el Hospital Universitario de Bellvitge.
- Se espera que los pacientes adultos diagnosticados con trastorno adaptativo en el Hospital Universitario de Bellvitge, presenten puntuaciones altas en evitación al daño, y puntuaciones bajas en autodirección, cooperación y autotrascendencia.

### 3. Metodología

Se trata de un estudio con un diseño longitudinal de comparación de medidas pre post tratamiento, que evalúa la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología ansioso-depresiva asociada a la enfermedad somática en un grupo de personas diagnosticadas en el Hospital Universitario de Bellvitge.

#### 3.1. Participantes

La muestra inicial está compuesta por 27 pacientes adultos derivados/as del Hospital Universitario de Bellvitge al servicio de Psicología Clínica, con un diagnóstico de trastorno adaptativo reactivo a enfermedad somática, durante el año 2024 e inicios del 2025.

Los criterios de inclusión para la participación al tratamiento y al estudio eran, haber estado atendido por algún servicio del HUB, haber aceptado la derivación al Servicio de Psicología Clínica, hablar catalán y/o español, presentar un trastorno adaptativo (con ansiedad, con estado de ánimo depresivo y/o con ansiedad y estado de ánimo depresivo) reactivo a una enfermedad somática y haber firmado el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para la participación al tratamiento y al estudio eran, presentar un trastorno adaptativo reactivo a otras problemáticas personales no asociadas a una enfermedad somática, presentar un trastorno mental preexistente del eje I (otros trastornos psiquiátricos) y/o II (trastornos de personalidad, trastornos del desarrollo y discapacidad intelectual), ser menores de edad y decidir durante o después del tratamiento no querer participar en el estudio.

Todos/as las participantes acudieron de forma voluntaria al tratamiento y al estudio, habiendo firmado previamente el consentimiento informado, y siendo libres de abandonar, tanto el tratamiento como el estudio, en cualquier momento.

La muestra inicial incluye un total de 27 personas, distribuidas en un total de 3 grupos realizados en distintos momentos temporales, el primero de julio a agosto del 2024, el segundo de septiembre a noviembre del 2024 y el tercero de diciembre a enero del 2025. Al tratarse de una investigación sobre grupos terapéuticos, que podían incluir un máximo de 10 personas, y ser sobre un protocolo nuevo del año 2024 en el Hospital Universitario de Bellvitge, la muestra resulta bastante pequeña. La muestra tras la finalización del tratamiento es de 19 personas, con lo que no se tienen medidas post tratamiento de las 8 personas restantes. No se pueden considerar todas las 8 personas como abandonos ya que en algunos casos los/las participantes se ausentaron por motivos médicos y/o de conciliación familiar, ya que el horario de las terapias era fijo todos miércoles por la mañana. Las principales características de la muestra se describen en la tabla 2 en el apartado de resultados.

### 3.2. Instrumentos de evaluación

La evaluación constaba de instrumentos que miden las variables psicopatológicas, la personalidad y la satisfacción en el tratamiento. Además incluía una entrevista clínica, realizada por una psicóloga clínica especializada, en la que se recogían datos sociodemográficos y clínicos de interés.

3.2.1. “Listado de síntomas revisado”: *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R* (Derogatis, 1994; Derogatis, 1983) (adaptación española, González de Rivera, 2001)

Cuestionario que evalúa el estado psicopatológico actual, así como la intensidad del síntoma, ya que es de tipo Likert (5 puntos). Define 9 dimensiones sintomáticas primarias: somatización (SOM), obsesión compulsiva (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), hostilidad (HOS), depresión (DEP), ansiedad (ANS), ansiedad fóbica (FOB), psicoticismo (PSIC) e ideación paranoide (PAR). Además contiene 3 índices globales (el índice de severidad global (GSI), el total de síntomas positivos (PST) y el índice de malestar sintomático positivo (PSDI)) e ítems adicionales. El total de síntomas positivos y el índice de malestar sintomático positivo permite ver si hay una tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas por parte del evaluado/a. Los ítems adicionales incluyen: poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o el morir, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa.

Esta escala ha estado validada en España y ha mostrado buenas propiedades psicométricas, según Robles et al. (2002), los coeficientes de fiabilidad en alfa de Cronbach en sujetos clínicos oscilan entre 0,69 en la escala de Ansiedad fóbica y 0,88 en la de Somatización, y la fiabilidad global de la prueba es de 0,96, lo cual se considera satisfactorio. González de Rivera et al. (2002), también corroboraron que el SCL-90-R presenta una fiabilidad satisfactoria, alcanzado valores en las subescalas de entre 0,7 y 0,9.

3.2.2. “Inventario de temperamento y carácter revisado”: *Temperament and Character Inventory- Revised, TCI-R* (Cloninger, 1999) (adaptación española Gutiérrez-Zotes et al., 2004)

Se trata de un cuestionario de 240 ítems con respuesta tipo Likert (5 puntos) basado en el cuestionario TCI de (Cloninger, 1993). Mide las 7 dimensiones de la personalidad definidas por Cloninger: temperamentales (búsqueda de novedad, evitación, dependencia a la recompensa y persistencia), y de carácter (autodirección, cooperación y autotranscendencia). Esta escala ha estado validada en España y ha mostrado buenas propiedades psicométricas, según Gutiérrez-Zotes et al. (2004) la confiabilidad de las dimensiones principales es alta, con valores de 0,77 a 0,87.

3.2.3. “Escala de satisfacción con el tratamiento recibido” (CRES-4), (Nielsen et al, 2004) (adaptación española, Feixas et al., 2012)

Se trata de un instrumento que evalúa la eficacia del tratamiento según el/la paciente, y se usa de forma complementaria a otros cuestionarios. Consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert (5 puntos). Evalúa 3 componentes, la satisfacción percibida por el/la paciente, la solución del problema y la percepción de cambio emocional (Feixas et al. 2012). Cuanto mayor es la puntuación total, mayor es la percepción de eficacia del tratamiento según el paciente (Nielsen et al., 2004). Este test forma parte del protocolo de intervención aprobado por el comité ético del Hospital Universitario de Bellvitge, sin embargo no cuenta con una validación y por lo tanto no se ha utilizado en los análisis estadísticos del presente estudio.

3.2.4. Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas

En cuanto a las variables sociodemográficas, solo se tendrán en cuenta en el análisis del estudio la edad y el sexo, ya que las otras variables sociodemográficas y clínicas estaban en el programa Sistemas, Aplicaciones y Productos en Procesamiento de Datos (SAP), en el cual solo se puede tener acceso como empleado del hospital. En la evaluación clínica se recogían: edad, sexo, estado civil (soltero/a, casado/a, con pareja, separado/a, divorciado/da, viudo/a), situación laboral (empleado/a o desempleado/a), nivel de estudios (primarios, secundarios, universidad), lugar de residencia, soporte social. En referencia a las variables clínicas de interés, se recogían: antecedentes médicos personales, antecedentes psicológicos personales y familiares, tratamientos psicológicos previos y hábitos tóxicos.

3.3. Procedimiento

Los/las participantes derivados del Hospital General Universitario de Bellvitge, por motivo de un posible trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática, en primer lugar eran evaluadas en una entrevista clínica, realizada por psicólogas clínicas de la Unidad de Psicología Clínica de Bellvitge. En esta entrevista se evaluaba el posible trastorno adaptativo, siguiendo los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), y se recogían los datos sociodemográficos y clínicos relevantes.

Todos los datos obtenidos son estrictamente confidenciales y anónimos, siendo responsable de ellos Susana Jiménez Murcia, responsable del servicio de Psicología Clínica. Se

garantizaba que los datos serían tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Todos/as las participantes de la intervención y del estudio, firmaron el consentimiento informado previamente a rellenar los cuestionarios y a iniciar la intervención (Anexo 1).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Bellvitge (CEIm), así como también por el Comité Ético de la Escuela de Doctorado e Investigación de la Universidad Europea con el código 2024-967 (Anexo 2).

Posteriormente, tras la firma del consentimiento informado, se les administraba a los/las pacientes las pruebas psicométricas. Los cuestionarios que se administraban pre-intervención son: el Listado de síntomas revisado: *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R* (Derogatis, 1994; Derogatis, 1983) y el Inventario de temperamento y carácter revisado: *Temperament and Character Inventory- Revised, TCI-R* (Cloninger, 1999). Una vez corregidas las pruebas, se hacía otra sesión con los/las pacientes dónde se les devolvían los resultados y se les indicaba si realizarían o no la terapia grupal, habiéndolo valorado previamente con los criterios de inclusión y exclusión, y se les explicaba los objetivos y el procedimiento de la terapia.

Se realizaron grupos de un máximo de 10 sujetos, los cuales asistían a un total de 8 sesiones con una frecuencia semanal de hora y media de duración los miércoles por la mañana. El objetivo de la intervención era la reducción de la sintomatología adaptativa y la mejoría del bienestar psicológico de los/las pacientes con la facilitación de técnicas cognitivo-conductuales. El tratamiento comprendía técnicas de psicoeducación sobre las emociones y las cogniciones, explicación teórica y práctica de la respiración diafragmática y de la relajación muscular de Jacobson, y reestructuración cognitiva. Todo ello, acompañado por un proceso de escucha activa, validación, ventilación emocional y técnicas para la identificación y cohesión grupal. La estructura queda detallada en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Estructura y contenido de las sesiones*

Sesión	Objetivos	Materiales	Actividades y tareas intersesiones
--------	-----------	------------	------------------------------------

1.Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación</li> <li>- Comprensión de los 3 componentes de las emociones (cognición, conducta y respuesta fisiológica)</li> <li>- Fomentar mejora gestión emocional i promoción de respuestas emocionales adaptativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ficha de psicoeducación de las emociones (Anexo 3)</li> <li>- Ficha de registro emocional (Anexo 4)</li> <li>- Fichas de los mitos de las emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación de las emociones</li> <li>- Aceptación y tolerancia de las emociones</li> <li>- Respuestas alternativas a la conducta impulsada por la emoción</li> <li>- Identificar emociones y las conductas impulsadas por estas</li> <li>- Trabajar habilidades aprendidas en sesión con las fichas y registro emocional</li> </ul>
2.Respiración diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro emocional y resolver dudas de la sesión anterior</li> <li>- Generar alternativas a situaciones que generen malestar</li> <li>-Iniciar práctica respiración diafragmática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de registro de respiración diafragmática (Anexo 5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de actividades alternativas</li> <li>- Introducción teórica de respiración diafragmática vs. torácica</li> <li>- Modelaje y práctica de la respiración diafragmática</li> <li>-Practicar respiración diafragmática intersesiones y realizar registros</li> </ul>
3.Relajación muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registros y resolver dudas de la sesión anterior</li> <li>- Aprender técnicas de relajación más avanzada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grabación y registro de la relajación muscular progresiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teoría y práctica de la relajación muscular progresiva completa de Jacobson</li> <li>- Practicar relajación muscular progresiva intersesiones y realizar registros</li> </ul>
4.Reestructuración cognitiva I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registros y resolver dudas de la sesión anterior</li> <li>- Observar las cogniciones asociadas a la enfermedad y el proceso actual, e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha con psicoeducación de reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar cogniciones</li> <li>-Identificar distorsiones cognitivas</li> </ul>

	identificar los pensamientos y creencias para reestructurarlas	(distorsiones cognitivas y técnica de las 4 preguntas) (Anexo 6)	-Reestructuración cognitiva y flexibilización del pensamiento -Trabajar reestructuración cognitiva intercesiones y realizar registros - registro cognitivo (Anexo 7)
5.Reestructuración cognitiva II	-Revisar registros y resolver dudas de la sesión anterior  -Fomentar práctica de identificar y modificar cogniciones distorsionadas	- Registro cognitivo	- Revisar lo aprendido y fomentar la aplicabilidad de la reestructuración cognitiva
6.Estrategias de afrontamiento	- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento, centradas en el problema y centradas en la emoción. Las centradas en el problema son análisis de la situación, planificación, aceptación de la responsabilidad y toma de decisiones. Las centradas en la emoción son reconocimiento, gestión y expresión emocional, soporte emocional y estrategias de autocuidado.	- No se proporciona material complementario	-Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento  - Acordar cambios conductuales en cada paciente
7.Prevenición de recaídas	- Entrenamiento en prevención de recaídas	- No se proporciona material complementario	- Psicoeducación de las estrategias de prevención de recaídas
8.Cierre	-Resolver dudas de las anteriores sesiones  -Fomentar la práctica de las técnicas de gestión emocional y reestructuración cognitiva trabajadas en las sesiones  -Cierre de la terapia	-No se proporciona material complementario	-Valoración final del tratamiento psicológico, expectativas, objetivos realizados, limitaciones, proyectos futuros  -Administración pruebas psicométricas post tratamiento

Tras la intervención se administró a los/las participantes el Listado de síntomas revisado: *Symptom Checklist-90-Revised*, *SCL-90-R* (Derogatis, 1994; Derogatis, 1983) y la *Escala de satisfacción con el tratamiento recibido* (CRES-4), (Nielsen et al, 2004).

Solo se obtuvieron medidas post de los/las participantes que asistieron a la última sesión de cada grupo, con lo que aquellos/as participantes que por motivo de abandono o por motivos de salud o conciliación familiar y/o laboral no pudieron asistir, no realizaron los cuestionarios post. Posteriormente, se corrigieron las pruebas y se realizaron los análisis estadísticos. La comparación de medias solo se realizó con los datos de los/las participantes de las cuales se tenían los cuestionarios pre y post tratamiento.

#### 3.4. Análisis estadístico:

El análisis estadístico se realizó con el software R Studio, versión R. 4.3.3 (R Core Team, 2023). Se realizó con colaboración del equipo de bioestadística del Hospital Universitario de Bellvitge, debido a que los datos tratados para el estudio son de carácter confidencial y no podían salir del recinto hospitalario así como tampoco ser tratados por ordenadores y softwares que no fueran propios del hospital.

En primer lugar, se llevo a cabo el análisis descriptivo de la muestra inicial con las variables sociodemográficas y las variables de personalidad. Se obtuvieron las puntuaciones de la media, la desviación típica y los valores mínimos y máximos de la variable edad, y las frecuencias y proporciones de la variable sexo respecto la muestra. En cuanto a las variables de personalidad, obtenidas por el cuestionario TCI-R, se realizó un análisis de frecuencias y proporciones de las puntuaciones obtenidas por la muestra en las siete dimensiones, que eran clasificadas en las categorías “muy bajo”, “bajo”, “medio”, “alto” y “muy alto”, teniendo en cuenta los baremos normativos. Los análisis con las variables sociodemográficas y de personalidad se realizaron con los datos de la muestra inicial de pacientes (N=27), ya que se obtuvieron dichos datos en la evaluación pre tratamiento.

Para evaluar la evolución de la sintomatología de los pacientes antes y después del tratamiento, se realizó una comparación de medias pre y post de los parámetros del test SCL-90-R. Al ser pareadas, no se asumió que el conjunto de datos siguiera una distribución normal por separado (pre y post), sin embargo, si se evaluó la normalidad de las diferencias pre y post con el test de Kolmogorov-Smirnov. Como que las diferencias pre y post seguían una distribución

normal, se realizó una comparación de medias para cada parámetro, mediante la prueba t-student para muestras pareadas.

Dado que se esperaba una disminución en la puntuación de los parámetros, la hipótesis alternativa era de tipo unilateral, por lo que las hipótesis fueron: Hipótesis nula ( $H_0$ ): media-pre = media-post ( $\mu_{pre} = \mu_{post}$ ) y Hipótesis alternativa ( $H_1$ ): media-pre > media-post ( $\mu_{pre} > \mu_{post}$ ).

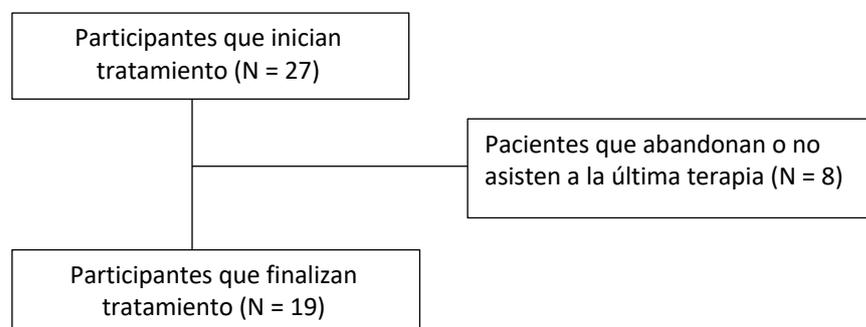
Finalmente, se estudió la fiabilidad de los cuestionarios SCL-90-R y TCI-R, con el alfa de Cronbach para toda la escala.

#### 4. Resultados:

En la figura 1 se muestra la evolución de la muestra, con el total de participantes que iniciaron (N = 27) y el total que finalizaron el tratamiento (N = 19). Se consideró que finalizaron aquellos/as pacientes que asistieron a la última sesión, ya que es en la que se recogieron los datos post tratamiento. Entre las 8 personas restantes, hay quienes abandonaron el tratamiento, y quienes no pudieron asistir por motivos de salud o por motivos de conciliación familiar y/o laboral. El segundo y el tercer objetivo específico se evaluaron con los datos del total de la muestra inicial (N=27), que incluye aquellos quienes no finalizaron el tratamiento, y el objetivo principal y el primero específico se evaluaron solo con los datos obtenidos de la muestra que finalizó el tratamiento (N=19), ya que son los participantes que pudieron rellenar los cuestionarios post.

**Figura 1**

*Evolución de la muestra (N=27)*



*Nota. N: número de participantes*

La muestra inicial comprende un total de 27 personas, (51.8%) mujeres y (48.1%) hombres. La edad media es de 50.9 años (DT = 12.9) y el rango de 19 a 78 años (tabla 2). Dichos resultados contestarían el segundo objetivo específico del presente estudio.

**Tabla 2**

*Descripción de la muestra inicial (N=27)*

Sexo	Mujer = 51.8% (n=14)
	Hombre = 48.1% (n=13)
Edad	M = 50.9
	DT = 12,9
	Min = 19
	Max = 78

*Nota. M: media. DT: desviación típica. Min: valor mínimo. Max: valor máximo*

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en las dimensiones de personalidad del TCI-R en porcentajes, de la muestra inicial (N=27). En la dimensión de Búsqueda de Novedades (NS), se observó que la mayor proporción de pacientes puntuaron “alto” (57.1%) o “medio” (28,6%) en esta dimensión, y ninguno en “muy bajo” (0%). En la dimensión de Evitación al Daño (HA), se observó que la mayor proporción de pacientes puntuaron “medio” (61.9%), y ninguno en “muy bajo” (0%) y “muy alto” (0%). En la dimensión de Dependencia a la Recompensa (RD), la mayor proporción de pacientes puntuaron “bajo” (47.6%), “muy bajo” (28.6%) y “medio” (23.8%), y ninguno en “alto” (0%) y “muy alto” (0%). En la dimensión de Persistencia (P), la mayoría de pacientes puntuaron “bajo” (38.1%) y “medio” (33,3%). En la dimensión de Autodirección (SD), toda la muestra puntuaron “muy bajo” (52.4%) y “bajo” (47.6%). En la dimensión de Cooperatividad (C), la mayoría de los pacientes puntuaron “muy bajo” (85.7%), y una menor proporción “bajo” (14.3%). Finalmente, en la dimensión de Autotrascendencia (A), se observó que todos los pacientes estaban distribuidos en todas las puntuaciones, estando la mayor proporción al “medio” (33.3%), seguido de “bajo” (23.8%) y “alto” (23.8%), y la menor proporción a los extremos “muy alto” (9.5%) y “muy bajo” (9.5%).

**Tabla 3**

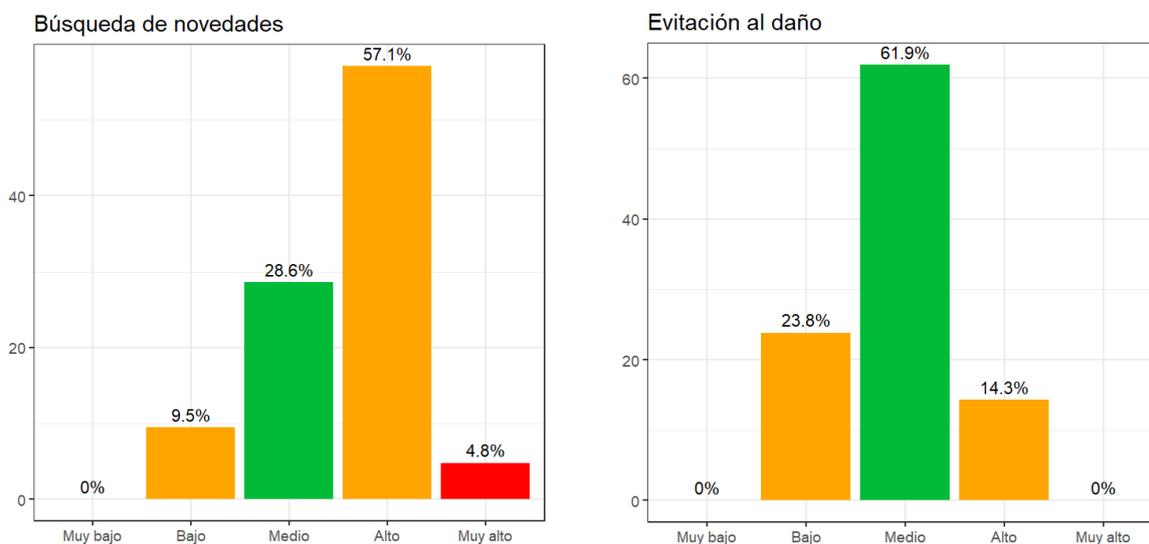
*Tabla de frecuencias de las dimensiones del cuestionario TCI-R de los pacientes obtenidas en la evaluación pre (N=27)*

	Búsqueda de novedades	Evitación al daño	Dependencia a la recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperatividad	Autotrascendencia
Muy bajo	0.0	0.0	28.6	9.5	52.4	85.7	9.5
Bajo	9.5	23.8	47.6	38.1	47.6	14.3	23.8
Medio	28.6	61.9	23.8	33.3	0.0	0.0	33.3
Alto	57.1	14.3	0.0	9.5	0.0	0.0	23.8
Muy alto	4.8	0.0	0.0	9.5	0.0	0.0	9.5

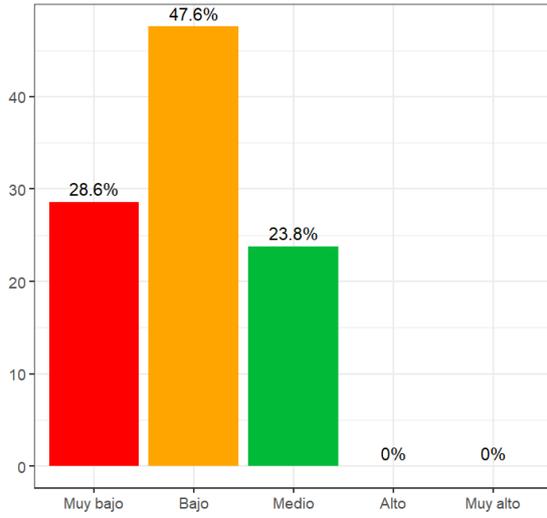
En la figura 2 se pueden ver las gráficas con las proporciones de las puntuaciones que se obtuvieron en cada una de las dimensiones por la muestra.

**Figura 2**

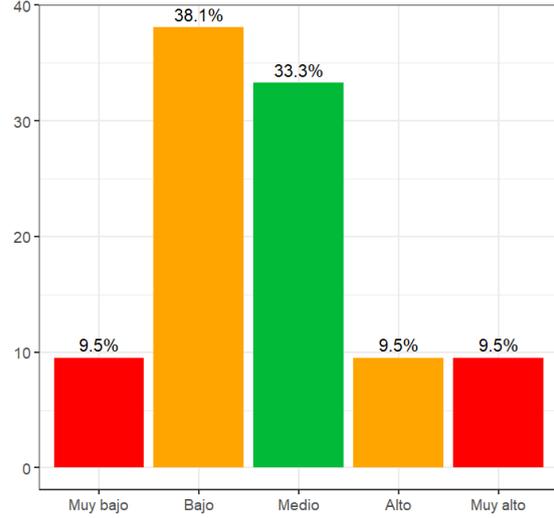
*Diagramas de barras de las puntuaciones en las dimensiones del cuestionario TCI-R*



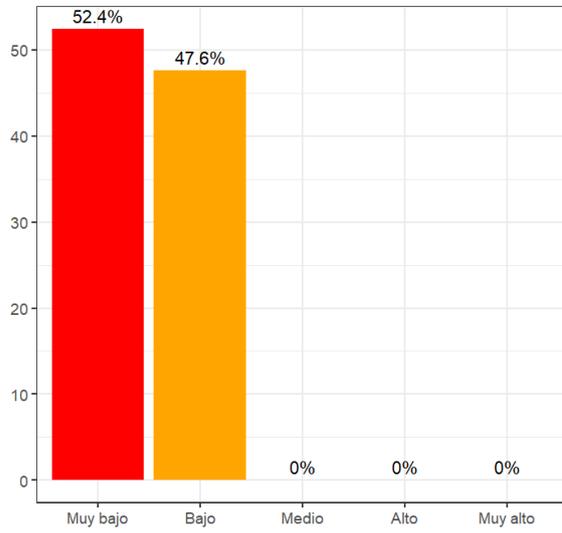
Dependencia a la recompensa



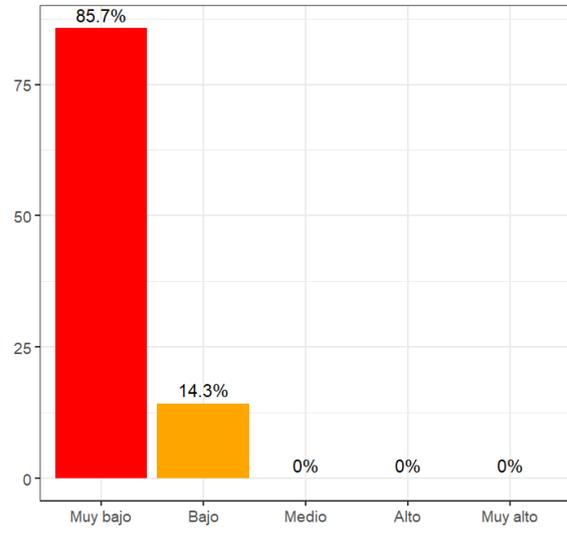
Persistencia



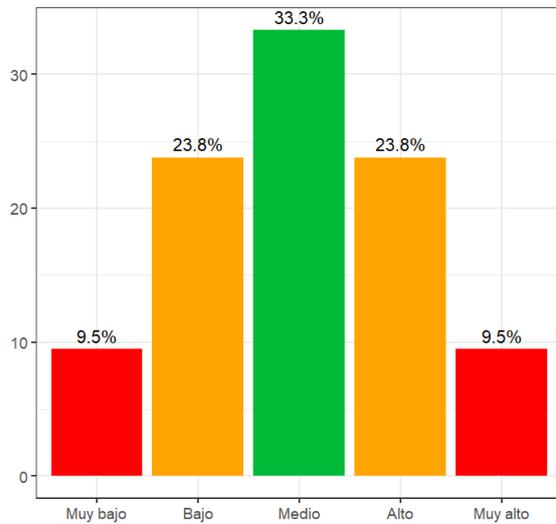
Autodirección



Cooperatividad



Autotranscendencia



La tabla 4 recoge los resultados p-valor del test Kolmogorov-Smirnov de las diferencias pre-post de cada uno de los parámetros psicométricos del test SCL-90-R. Los valores obtenidos corroboraron que todos los parámetros seguían la normalidad. Dicha prueba confirmó que se podía usar la t-student para realizar la comparación de medias entre los datos pre y post tratamiento en esta muestra.

**Tabla 4**

*Tabla de resultados (P-valor) de los test Kolmogorov-Smirnov de las diferencias pre-post de cada uno de los parámetros psicométricos del test SCL-90-R*

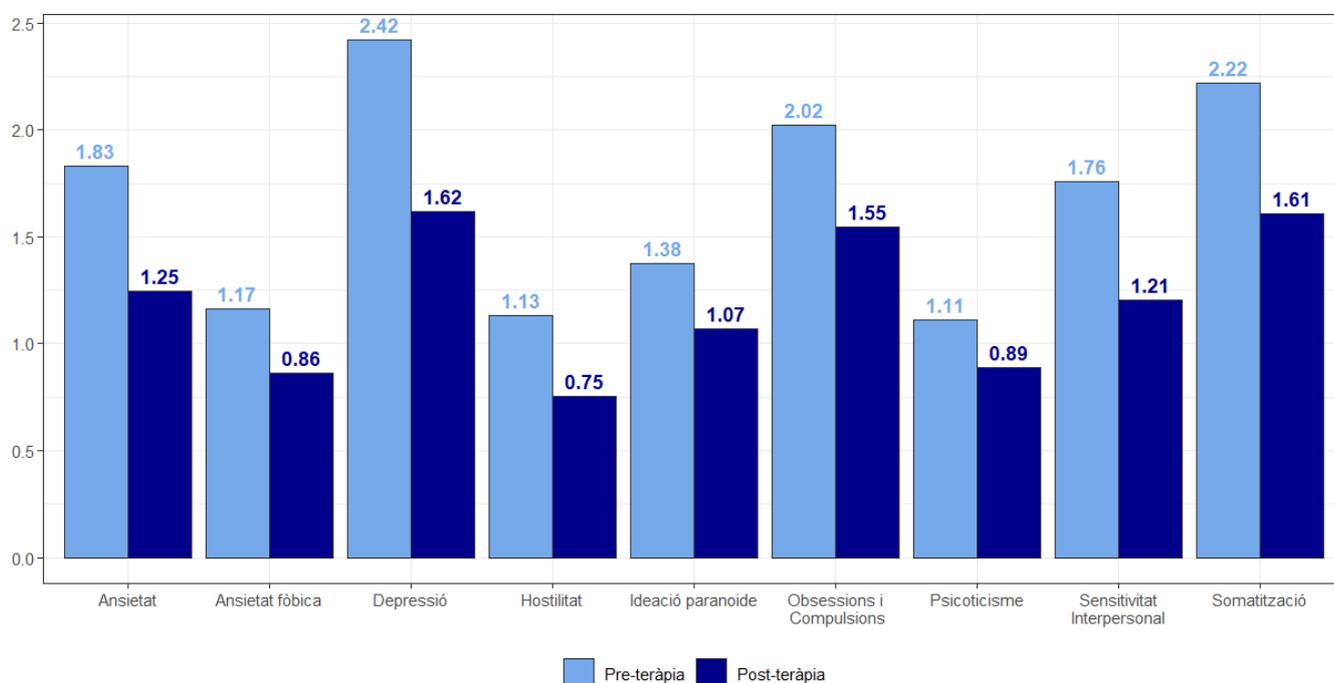
Parámetro psicométrico	Test de Kolmogorov-Smirnov (P-value)
Somatización	0.948
Obsesiones y Compulsiones	0.715
Sensibilidad interpersonal	0.964
Depresión	0.909
Ansiedad	0.741
Hostilidad	0.921
Ansiedad fóbica	0.490
Ideación paranoide	0.651
Psicoticismo	0.626
Ítems Adicionales	0.955
PST	0.917
GSI	0.942
PSDI	0.999

*Nota. PST: total de síntomas positivos. GSI: índice de severidad global. PSDI: índice de malestar sintomático positivo*

Para la comparación de medias pre y post tratamiento de las dimensiones sintomáticas del test SCL-90-R, se usaron los datos de la muestra final (N=19). En la figura 3 se muestra la distribución de las medias de todas las dimensiones pre y post tratamiento. Se pudo observar una disminución de medias en todas dimensiones post tratamiento (en el Anexo 8 se pueden ver las tablas de medias y puntuaciones de todos los pacientes pre y post a partir de las cuales se ha hecho la figura 3). Estos resultados responden al objetivo principal y al primer específico.

Figura 3

*Distribución de las medias de las puntuaciones pre y post del cuestionario SCL-90-R*



Para ver si las diferencias son significativas, en la tabla 5 se muestran los resultados de la prueba t-student para todos los parámetros psicométricos. Se observó diferencia significativa en las medias pre y post tratamiento de las dimensiones somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, ítems adicionales (poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o el morir, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa), total de síntomas positivos (PST), índice de severidad global (GSI) e índice de malestar sintomático positivo (PSDI). No se detectaron diferencias significativas en las medidas pre y post tratamiento de las dimensiones ansiedad fóbica y psicoticismo.

**Tabla 5**

*Tabla de resultados de la prueba t-student para todos los parámetros psicométricos, de la comparación de medias pre y post tratamiento*

<b>Parámetro psicométrico</b>	<b>Estimación (diferencia de medias)</b>	<b>IC 95% (superior)</b>	<b>P-value</b>
Somatización	-0.610	-0.372	<b>&lt; 0.001</b>
Obsesiones y Compulsiones	-0.474	-0.170	<b>0.007</b>
Sensibilidad interpersonal	-0.556	-0.251	<b>0.003</b>
Depresión	-0.802	-0.453	<b>&lt; 0.001</b>
Ansiedad	-0.584	-0.161	<b>0.014</b>
Hostilidad	-0.377	-0.040	<b>0.034</b>
Ansiedad fóbica	-0.301	0.100	0.105
Ideación paranoide	-0.307	-0.035	<b>0.033</b>
Psicoticismo	-0.221	0.056	0.092
Ítems Adicionales	-2.474	-0.541	<b>0.020</b>
PST	-7.263	-0.489	<b>0.040</b>
GSI	-0.491	-0.247	<b>0.001</b>
PSDI	-0.551	-0.347	<b>&lt; 0.001</b>

*Nota. IC: intervalo de confianza. Se marcan en negrita aquellos valores de P-value significativa (P-value < 0.05). PST: total de síntomas positivos. GSI: índice de severidad global. PSDI: índice de malestar sintomático positivo*

Finalmente, en cuanto al análisis de fiabilidad de los cuestionarios, en el TCI-R se obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.85, lo que nos indicó que presenta una buena fiabilidad. En el SCL-90-R, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97, lo que nos indicó que presenta una muy buena fiabilidad. Para calcular el alfa de Cronbach del SCL-90-R se emplearon únicamente los datos de los/las pacientes que realizaron el cuestionario pre y post tratamiento.

## 5. **Discusión**

Los resultados más relevantes de este estudio indicaron que hay una reducción significativa en los síntomas de ansiedad, depresión, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide en 19 pacientes con trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática, después de una terapia grupal cognitivo-conductual de 8 sesiones.

También se ha detectado una reducción significativa en ítems adicionales como cambios en el apetito, problemas del sueño, pensamientos acerca de la muerte o el morirse, sentimientos de culpa, tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas y severidad global de los síntomas.

Dichos resultados coinciden con la literatura respecto que la TCC ha mostrado evidencia para el tratamiento del trastorno adaptativo (David et al., 2018; Constantin et al., 2020). Concretamente, estudios como el de Quero et al. (2018) observaron que pacientes con TA que realizaban terapia TCC grupal, presentaban mejoría clínicamente significativa en los síntomas adaptativos, entendidos como sintomatología ansioso-depresiva principalmente, lo cual encaja con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Sanz Cruces et al., (2018), también estudiaron la eficacia de la TCC grupal en pacientes con TA en una muestra de 102 personas localizadas en Valencia, y observaron una mejoría significativa principalmente en los síntomas ansioso-depresivos, de obsesión y compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas, severidad global de los síntomas y calidad de vida emocional y física. Los resultados del estudio de Sanz Cruces et al., (2018), coinciden en su mayoría con los obtenidos en el presente estudio, ya que hay una mejoría significativa post tratamiento TCC grupal en ambos estudios de las dimensiones sintomáticas de ansiedad, depresión, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas y severidad global de los síntomas.

Se perciben diferencias de resultados en las dimensiones de somatizaciones y hostilidad, las cuales mostraron mejoría significativa post tratamiento en la muestra de nuestro estudio y no en el caso de la muestra de Sanz Cruces et al., (2018), y en las dimensiones psicoticismo y ansiedad fóbica, las cuales mostraron mejoría significativa en el estudio de Sanz Cruces et al., (2018) pero no en el del presente trabajo. Dichas diferencias podrían explicarse por variabilidad en contenidos y en la estructura del tratamiento, por variabilidades de las competencias del/la terapeuta y por posibles variables externas e internas de los/las pacientes que pudieron modular la efectividad del tratamiento.

Es relevante destacar que el programa de tratamiento se diseñó con el principal objetivo de reducir los síntomas ansioso-depresivos asociados al TA, y aunque se consideró beneficioso que también pudiera reducir otro tipo de sintomatología que pudiera coexistir (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación

paranoide, psicoticismo, cambios en el apetito, problemas del sueño, pensamientos acerca de la muerte o el morirse, sentimientos de culpa, tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas y severidad global de los síntomas), se observó tanto en el presente estudio como en otros anteriores (David et al., 2018; Constantin et al., 2020; Quero et al., 2018; Sanz Cruces et al., 2018), que la TCC puede reducir de forma significativa los síntomas ansioso-depresivos.

Por todo ello, se mantiene la hipótesis principal de que la TCC grupal de 8 sesiones puede reducir significativamente los síntomas ansioso-depresivos asociados a un TA reactivo a una enfermedad somática en pacientes del Hospital Universitario de Bellvitge.

Adicionalmente, se mantiene parte de la primera hipótesis específica, ya que la TCC grupal de 8 sesiones puede reducir otros síntomas psicopatológicos, evaluados por el cuestionario SCL-90-R, como la somatización, las obsesiones y compulsiones, la sensibilidad interpersonal, la hostilidad y la ideación paranoide, pero no reduce significativamente los posibles síntomas de ansiedad fóbica y psicoticismo en 19 pacientes con TA reactivo a una enfermedad somática tratados en el Hospital Universitario de Bellvitge.

En cuanto a las variables de personalidad de la muestra, los resultados más significativos se encontraron en las dimensiones de autodirección y cooperatividad, en las que se observó que la mayoría de participantes obtuvieron puntuaciones bajas o muy bajas. En la dimensión de autodirección, el 52.4% puntuó muy bajo, y el 47.6% bajo. En la dimensión de cooperatividad, el 85.7% puntuó muy bajo y el 14.3% restante bajo. Estos valores significativamente bajos en las dimensiones de autodirección y cooperatividad coinciden con lo encontrado en la literatura, donde se observó que pacientes con TA solían mostrar puntuaciones bajas en cooperación (Na et al., 2012) y en autodirección (Komasi et al., 2022; Gaweda et al., 2014; Zaninotto et al., 2016).

Respecto a otras dimensiones de personalidad, en evitación al daño se observó que la mayoría de los participantes obtuvieron una puntuación media (61.9%), y solo una pequeña proporción de la muestra puntuó alto (14.3%). La literatura indica que personas con alta puntuación en evitación al daño presentan mayor vulnerabilidad para desarrollar psicopatología (Komasi et al., 2022), y en particular sintomatología ansioso-depresiva (Gaweda et al., 2014; Zaninotto et al., 2016). En este sentido, los resultados del presente estudio reflejaron que los participantes no presentaron una alta puntuación en evitación al daño como factor de vulnerabilidad, lo que podría explicarse por el tamaño reducido de la muestra.

En relación con la dimensión de autotrascendencia, se observó que los pacientes se distribuyeron de manera heterogénea en todas las categorías, con una mayor proporción en puntuaciones medias (33.3%), seguidas por puntuaciones bajas (23.8%) y altas (23.8%), mientras que las menores proporciones se encontraron en valores muy altos (9.5%) y muy bajos (9.5%). En el estudio de Na et al. (2012), se encontró que los pacientes con trastorno adaptativo solían presentar puntuaciones bajas en autotrascendencia, un hallazgo que no coincide con los resultados del presente estudio. Estas diferencias podrían deberse a la variabilidad de las muestras en términos de características personales y contexto sociocultural, ya que en el estudio de Na et al. (2012), los participantes eran jóvenes residentes en Bucheon, Corea, mientras que en el presente estudio los participantes eran hombres y mujeres entre 19 y 78 años residentes en El Hospitalet de Llobregat.

Respecto estos hallazgos, se mantiene parte de la tercera hipótesis específica, en la que se esperaba que los pacientes del presente estudio presentaran puntuaciones bajas en autodirección y cooperación. Sin embargo, se rechaza que la muestra presentara puntuaciones elevadas en evitación al daño como factor de vulnerabilidad, ni puntuaciones bajas en autotrascendencia. Estas diferencias respecto a la literatura pueden deberse al tamaño reducido de la muestra, lo que subraya la necesidad de futuras investigaciones con muestras más amplias y heterogéneas para explorar con mayor profundidad estas asociaciones.

En cuanto a las variables sociodemográficas diversos estudios señalaron que los problemas de salud mental, y en particular el trastorno adaptativo (TA), son más frecuentes en mujeres que en hombres (Del Valle-López et al., 2016; Servei Català de la Salut, 2017; Ministerio de Sanidad, 2021; Kelber et al., 2022). En relación con la edad, la evidencia indica que la prevalencia del TA tiende a aumentar progresivamente con los años, alcanzando su punto más alto en el grupo de 55 a 64 años (Ministerio de Sanidad, 2021). Además, Vallejo-Sánchez y Pérez-García (2015) indicaron que una edad más joven se asocia con un menor riesgo de desarrollar este trastorno.

En el presente estudio, la distribución por sexo mostró una proporción similar de hombres (48.1%) y mujeres (51.8%), lo que contrastó con la tendencia general descrita en la literatura. Sin embargo, este resultado podría atribuirse al tamaño reducido de la muestra (N = 27), lo que pudo limitar la posibilidad de observar diferencias significativas en la distribución por género.

Respecto a la edad, la media de los participantes fue de 50.9 años (DT = 12.9), con un rango entre los 19 y los 78 años. Estos datos fueron consistentes con estudios previos (Ministerio de Sanidad, 2021; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015), que sugirieron que el TA es más frecuente en la mediana edad y en adultos mayores.

En este sentido, los hallazgos del presente estudio llevan a rechazar parte de la segunda hipótesis específica, ya que no se observó una mayor proporción de mujeres que de hombres en la muestra. Sin embargo, se confirma que la tendencia que la media de edad de los participantes se sitúa en torno a los 55-64 años.

### 5.1. Fortalezas

Este estudio presenta varias fortalezas que contribuyen a la investigación respecto a la intervención con personas diagnosticadas de un TA reactivo a una enfermedad somática.

En primer lugar, los resultados mostraron una reducción significativa en múltiples dimensiones sintomáticas tras la intervención con TCC grupal de 8 sesiones, y dichos hallazgos fueron consistentes con investigaciones anteriores (Sanz Cruces et al., 2018; Quero, et al., 2018).

Aunque la TCC ha sido ampliamente estudiada en trastornos emocionales, la literatura específica sobre el TA sigue siendo limitada (O'Donnell et al., 2019). Este estudio contribuye al conocimiento al evaluar la efectividad de un tratamiento grupal en un contexto hospitalario, lo que amplía la base de evidencia sobre las intervenciones para este trastorno y abre la puerta a futuras investigaciones. Además, respalda el uso de la terapia grupal como una estrategia eficaz y accesible, alineándose con la necesidad de optimizar recursos en salud mental. Dado que el TA tiene una alta prevalencia y muchos pacientes no reciben un tratamiento adecuado (Bachem et al., 2016), este enfoque podría contribuir a mejorar la disponibilidad y eficacia de la atención psicológica.

Adicionalmente, estudio no solo examina la reducción sintomática tras la terapia, sino que también explora la relación entre el TA y dimensiones de personalidad según el modelo de Cloninger. Los hallazgos sobre baja autodirección y cooperación coinciden con estudios previos (Na et al., 2012; Komasi et al., 2022; Gaweda et al., 2014; Zaninotto et al., 2016), lo que aporta evidencia adicional sobre los factores individuales que pueden influir en la manifestación y evolución del trastorno.

Finalmente, los resultados favorables de este estudio respaldan la implementación de la terapia grupal como una estrategia efectiva para responder a la alta demanda de pacientes con TA y optimizar los recursos disponibles, lo que va en línea con la dimensión social y económica de los ODS. Además complementa y fortalece las tendencias actuales en investigación, que exploran intervenciones grupales (Sanz Cruces et al., 2018), tratamientos combinados (Fernández-Buendía, 2024) y el uso de realidad virtual (Quero et al., 2018) para ampliar el acceso a la atención psicológica de manera eficaz.

## 5.2. Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. Primeramente, el tamaño de la muestra es reducido, lo limita la generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Sumado a ello, inicialmente había un total de 27 personas, de entre las cuales solo se pudieron usar los datos de 19 de ellas para realizar la comparación de medias entre los síntomas antes y después del tratamiento, lo que también supuso una limitación. Por todo ello, se considera que mayor número de participantes permitiría analizar con mayor precisión la efectividad de la intervención y la influencia de posibles variables moderadoras. Además de que el estudio se centra en una muestra de un único centro hospitalario, lo que podría limitar la aplicabilidad de los resultados a otros contextos clínicos.

Seguidamente, la ausencia de un grupo control impide establecer con certeza que los resultados observados se deban exclusivamente al TCC grupal. Los resultados podrían estar influenciados por otros factores externos al tratamiento, que estarían más regulados si el estudio fuera un diseño controlado y aleatorizado que permitiera fortalecer la validez interna de los resultados.

Otra limitación sería la falta de sesiones de seguimiento para evaluar el impacto a largo plazo de la intervención, y ver si la reducción de los síntomas observados se mantiene estable en el tiempo.

Por otro lado, la focalización central en los síntomas ansioso-depresivos como eje central del trastorno adaptativo, podría considerarse una limitación, ya que no se han explorado con tanta profundidad otros síntomas que pueden coexistir en el trastorno (somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide,

psicoticismo y ansiedad fóbica), lo que podría ser un nuevo objetivo de investigación en próximos estudios.

Finalmente, el uso del cuestionario SCL-90-R, que mide sintomatología psicopatológica general, podría considerarse una limitación al no ser un test específico de síntomas asociados al trastorno adaptativo. Sin embargo, a nivel clínico este test permite obtener mucha más información acerca del estado psicopatológico del/la paciente que otros test más específicos.

En la misma línea, el uso del cuestionario TCI-R también podría ser una limitación ya que mide los rasgos de personalidad definidos por el modelo del Cloninger, lo que dificulta la comparación de los resultados con estudios previos que han utilizado otros instrumentos de evaluación de la personalidad.

### 5.3. Implicaciones

Este estudio se realizó para evaluar la eficacia de un nuevo protocolo de intervención implementado en el Servicio de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge, que tiene como objetivo reducir principalmente los síntomas ansiosos y depresivos, así como otras áreas sintomáticas en pacientes con trastorno adaptativo reactivo a una enfermedad somática.

Los resultados del presente estudio permiten concluir que el protocolo de tratamiento reciente que se está aplicando, desde inicios del 2024 a pacientes con TA reactivo a una enfermedad somática, está cumpliendo con su objetivo principal ya que se está observado una reducción de forma significativa en los síntomas psicopatológicos de ansiedad y depresión, además de los síntomas de obsesiones y compulsiones, somatización, sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide. También se ha detectado una reducción significativa en la dimensión de síntomas adicionales (cambios en el apetito, problemas del sueño, pensamientos acerca de la muerte o el morirse, sentimientos de culpa), la tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas y la severidad global de los síntomas. Los resultados son coherentes con los hallazgos de la literatura, de que el TCC puede reducir significativamente la sintomatología asociada al TA (Constantin et al., 2020; David et al., 2018; Quero et al., 2018; Sanz Cruces et al., 2018).

Este estudio no solo respalda los objetivos del protocolo de intervención del hospital, sino que también se añade al marco teórico que avala la eficacia de la TCC en el tratamiento del

TA (Constantin et al., 2020; David et al., 2018; Quero et al., 2018; Sanz Cruces et al., 2018). Esto resulta relevante dada la necesidad de mayor investigación para optimizar las intervenciones disponibles (O'Donnell et al., 2018; O'Donnell et al., 2019). Como se mencionó anteriormente, la reducción de costes en tiempo y personal es un aspecto clave, especialmente considerando que el TA es un trastorno de salud mental altamente prevalente. Sin embargo, muchos pacientes no son diagnosticados ni reciben el tratamiento adecuado (BDCAP, 2017; Bachem et al., 2016), lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves tanto a nivel físico como mental en aquellos que no reciben intervención (Morgan et al., 2022). Los resultados favorables de este estudio respaldan la implementación de la terapia grupal como una estrategia efectiva para responder a la alta demanda de pacientes con TA y optimizar los recursos disponibles, lo que va en línea con la dimensión social y económica de los ODS. Además complementa y fortalece las tendencias actuales en investigación, que exploran intervenciones grupales (Sanz Cruces et al., 2018), tratamientos combinados (Fernández-Buendía, 2024) y el uso de realidad virtual (Quero et al., 2018) para ampliar el acceso a la atención psicológica de manera eficaz.

Aunque este estudio se ha centrado principalmente en los síntomas ansiosos y depresivos, dado que son los más frecuentes y clínicamente significativos en personas con TA, también ha proporcionado una visión más amplia de la sintomatología psicopatológica gracias al uso del cuestionario SCL-90-R. Esta herramienta ha permitido obtener información valiosa tanto a nivel clínico como de investigación, abriendo nuevas líneas de estudio. De hecho, según la revisión de la literatura, solo se ha identificado otro estudio que haya empleado este cuestionario en este tipo de población, el de Sanz Cruces et al. (2018). En este sentido, el presente estudio no solo respalda hallazgos previos, sino que también sugiere nuevas líneas de investigación para comprender mejor la efectividad de la TCC en distintas manifestaciones sintomáticas del TA.

Finalmente, la evaluación de los rasgos de personalidad de la muestra con el TCI-R, ha permitido corroborar tendencias observadas en anteriores estudios con pacientes con TA; puntuaciones bajas en autodirección y cooperatividad (Na et al., 2012; Komasi et al., 2022; Gaweda et al., 2014; Zaninotto et al., 2016), lo que destaca la importancia de los factores de personalidad en la vulnerabilidad y expresión clínica del TA. Además de indicar la necesidad de realización de más investigaciones con una muestra más amplia y diversa para ampliar el conocimiento en esta área.

## 6. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que la TCC grupal de 8 sesiones es eficaz para reducir los síntomas ansioso-depresivos y otras manifestaciones psicopatológicas en pacientes con TA reactivo a una enfermedad. Se confirma la hipótesis de que la TCC puede mejorar significativamente los síntomas ansioso-depresivos, ya que los resultados obtenidos son respaldados con literatura anterior (Constantin et al., 2020; David et al., 2018; Quero et al., 2018; Sanz Cruces et al., 2018), así como otras dimensiones sintomáticas como la sensibilidad interpersonal, las obsesiones y compulsiones, la tendencia a exagerar o a minimizar los síntomas y la severidad global de los síntomas. También se observa una reducción significativa en somatizaciones e ideación paranoide, y en ítems adicionales (bajo apetito, problemas del sueño, pensamientos acerca de la muerte o el morir y sentimientos de culpa) pero dichos resultados no han podido ser contrastados con hallazgos anteriores. Sin embargo, no se observa una reducción significativa en la dimensión de ansiedad fóbica.

En lo que respecta a las dimensiones de personalidad, se respalda la hipótesis de que los pacientes con trastorno adaptativo presentan puntuaciones bajas en autodirección y cooperatividad, lo cual era lo esperable según los datos obtenidos de la literatura (Na et al., 2012; Komasi et al., 2022; Gaweda et al., 2014; Zaninotto et al., 2016), sin embargo, se rechaza que presenten puntuaciones elevadas en evitación al daño, y puntuaciones bajas en autotranscendencia.

En cuanto a las características sociodemográficas, se ha observado una distribución equitativa entre hombres y mujeres en la muestra, lo que difiere de la literatura que indica una mayor prevalencia del trastorno adaptativo en mujeres (Del Valle-López et al., 2016; Ministerio de Sanidad, 2021). No obstante, esta diferencia podría explicarse por el tamaño reducido de la muestra. Respecto a la edad, la media de los participantes (50.9 años) es consistente con estudios previos que sugieren una mayor prevalencia del trastorno en personas de mediana edad y adultos mayores.

Finalmente, aunque este estudio concluye la eficacia de la TCC grupal en el tratamiento del trastorno adaptativo, sus limitaciones deben ser consideradas. El tamaño reducido de la muestra y la ausencia de un grupo control limitan la generalización de los resultados. Futuras investigaciones con diseños controlados y muestras más amplias permitirán obtener resultados más contundentes, así como evaluar la efectividad de la intervención a largo plazo.

### 6.1. Futuras líneas de investigación

A partir de los hallazgos de este estudio, y teniendo en cuenta sus fortalezas y limitaciones, se plantean diversas futuras líneas de investigación para seguir aportando evidencia en torno al tratamiento del TA.

Se destaca que en futuras investigaciones, sería conveniente replicar el estudio con una muestra más amplia y diversa, incluyendo a pacientes de otros centros hospitalarios. Adicionalmente, sería relevante realizar evaluaciones de seguimiento a medio y largo plazo, para determinar si la reducción sintomática observada tras la intervención se mantiene estable con el tiempo. Esto permitiría evaluar la efectividad sostenida de la TCC grupal y explorar la necesidad de sesiones de refuerzo o estrategias de mantenimiento.

Añadir un grupo control permitiría atribuir mayor certeza a que la reducción sintomática se debe exclusivamente a la intervención grupal con TCC. En este sentido, futuros estudios deberían incorporar además de lo comentado anteriormente, un diseño experimental controlado y aleatorizado. Como se ha comentado anteriormente los pocos estudios sobre el tratamiento para el TA, presentan escasa calidad metodológica (O'donnell et al., 2018), y estudios como los de Sanz Cruces et al. (2018) y Quero et al. (2018) destacaron también la necesidad de realizar investigaciones con una muestra más amplia y diversa.

El uso de un cuestionario de síntomas psicopatológicos general, el SCL-90-R, se ha obtenido más información de síntomas coexistentes en este tipo de población. Anteriormente, la mayoría de estudios a excepción del de Sanz Cruces et al. (2018) quienes también usaron el SCL-90-R, han usado cuestionarios específicos del TA, como el ADN-20. En este sentido, futuras líneas de investigación podrían estudiar en más profundidad síntomas como la somatización, ansiedad fóbica, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo e ítems adicionales (poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o el morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa) evaluadas por el SCL-90-R, en este tipo de población.

Finalmente, se sugiere que futuras líneas de investigación integren de manera más amplia los principios de sostenibilidad de los ODS. Una posible dirección sería la implementación de un formato de terapia grupal híbrido, combinando sesiones presenciales y online. Esta opción reduciría la necesidad de desplazamientos, disminuyendo así el impacto ambiental. A nivel

económico, optimizaría el uso de recursos al requerir menos espacio físico para las sesiones, y desde un enfoque social, facilitaría el acceso al tratamiento a aquellas personas con dificultades para asistir presencialmente, por razones de salud, movilidad o conciliación. De hecho, durante la realización del tratamiento, se ha observado que varios/as pacientes se han visto obligados/as a ausentarse debido a problemas de salud física que dificultaban su desplazamiento. En este sentido, disponer de una terapia online podría garantizar mayor continuidad en su tratamiento, lo que resulta particularmente relevante en el perfil de pacientes de este estudio que presentan un diagnóstico de TA debido a una enfermedad somática.

Asimismo, sería importante incorporar una perspectiva de género en futuros estudios, analizando posibles diferencias en la presentación clínica y en la respuesta al tratamiento según el género. Seguir en esta línea favorecería una mayor inclusión en todos los sentidos del sistema sanitario.

## 7. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Appart, A., Lange, A.-K., Sievert, I., Bihain, F. y Tordeurs, D. (2017). Adjustment disorder and DSM-5: A review [Article in French]. *Encephale*, 43(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.06.007>
- Bachem, R. y 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>
- Bordalejo, D., Boullosa, O., Hadid, E., Puricelli, M., Romero, E., Tannenhaus, L., Vieitez, A., y Vázquez, G. (2014). Factores de carácter y temperamento según el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger en una muestra de pacientes bipolares eutímicos de la ciudad de Buenos Aires. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 18(4), 263-295.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory-Revised*. Centre for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Constantin, D., Dinu, E. A., Rogozea, L., Burtea, V. y Leasu, F.-G. (2020). Therapeutic interventions for adjustment disorder: A systematic review. *American Journal of Therapeutics*, 27(4), e375–e386. <https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000001170>
- D’Amico, F., Navarrete, J., Montero-Marín, J., Cardeñosa-Valera, E., Navarro-Gil, M., Pérez-Aranda, A., López-Del Hoyo, Y., Collado-Navarro, C., García-Campayo, J., y Luciano, J.V. (2024). Cost-Utility of Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in the Management of Depressive, Anxious, and Adjustment Disorders in Mental Health Settings: Economic Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 15, 559–569 <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02319-4>

- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Del Valle López, P. y Bermúdez, E. (2016). Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. *Norte de Salud Mental*, 14(54), 1. <https://dialnet.unirioja.es/>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. National Computer Systems.
- Fernández-Buendía, S., Cuijpers, P., Grimaldos, J., Díaz-García, A., Palau-Batet, M. y 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>
- Freixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en espanyol. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <http://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Gawęda, Ł. y Kokoszka, A. (2014). Meta-cognitive beliefs as a mediator for the relationship between Cloninger's temperament and character dimensions and depressive and anxiety symptoms among healthy subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 1029–1037. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.013>
- Glasmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., y Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Reserch*, 229(3), 940-948 <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labada, A., Cloninger, C. R. y Fernández-Aranda, F. (2004). Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 32(1), 8-15
- González de Rivera, JL., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002) *Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R*. TEA Ediciones.

- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 44(1), 61–73. <https://doi.org/10.1037/h0085818>
- Leterme, A. C., Behal, H., Demarty, A. L., Barasino, O., Rougegrez, L., Labreuche, J., Duhamel, A., Vaiva, G., y Servant, D. (2020). A blended cognitive behavioral intervention for patients with adjustment disorder with anxiety: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 21, 100329. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100329>
- Liang, L., Ben-Ezra, M., Chan, E., Liu, H., Lavenda, O., Hou, W.K. (2021). Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 81 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102406>
- Morgan, M. A., Spanovic Kelber, M., Bellanti, D. M., Beech, E. H., Boyd, C., Galloway, L., Ojha, S., Garvey Wilson, A. L., Otto, J. y Belsher, B. E. (2022). Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 498-510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.052>
- Nielsen, S.L., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., Gregersen, A. y Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37 <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.25>
- O'Donnell, M. L., Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A. y Varker, T. (2018). A systematic review of psychological and pharmacological treatments for adjustment disorder in adults. *Journal of Trauma Stress*, 31(3), 321-331. <https://doi.org/10.1002/jts.22295>
- O'Donnell, M.L., Agathos, J.A., Metcalf, O., Gibson, K., Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments an Future Directions. *International Journal of Environmental Reserch and Public Health*, 16(14), <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades* (11.ª ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, Ó. (2021). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic

review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>

Osma, J., García, L. M., Borba, V. M. y Baquero, Ó. P. (2024). Tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en condiciones médicas. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, (28). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum211202>

Patra, B.N. y Sarkar, S. (2013). Adjustment Disorder: Current Diagnostic Status. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), <https://doi.org/10.4103/0253-7176.112193>

Quero, S., Molés, M., Campos, D., Andreu-Mateu, S., Baños, R. M. y Botella, C. (2018). 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>

Quero, S., Fernández-Bendía, S., Baños, R.M., y Botella, C. (2023). Chapter 7 – Cognitive behavioral therapy and adjustment disorder. En Martin, C.R., Patel, V.B., Preedy, V.R. (Eds.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder* (pp. 65-77). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85726-0.00038-7>

Quero, S., Fernández, S., Privado, J., Grimaldos, J. (2024). Validation of the spanish version of the adjustment disorder New Module-20 (ADNM-20) in a non-clinical sample. *BMC Psychology*, 12(1) <http://doi.org/10.1186/s40359-024-02298-0>

R Core Team. (2023). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.3.3) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>

Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J. M. y de la Peña Fernández, M. E. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(1), 1-19.

Ruesch, M., Helmes, A. W., & Bengel, J. (2015). Immediate help through group therapy for patients with somatic diseases and depressive or adjustment disorders in outpatient care: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(287). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-080>

- Sanz Cruces, J. M., García Cuenca, I. M., Lacomba-Trejo, L., Cuquerella Adell, M. Á., Cano Navarro, I., Ferrandis Cortés, M., Jordá Carreres, E. y Carbajo Álvarez, E. (2018). Group therapy for patients with adjustment disorder in primary care: A randomized controlled trial. *Spanish Journal of Psychology*, 21, E50. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.51>
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C. y Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8(3), 493-509 <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>
- Servei Català de la Salut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. (2017). *Problemes de salut mental en la població adulta: 2016*  
<https://hdl.handle.net/11351/3234>
- Shevin, M., Hyland, P., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Cloitre, M., Vallières, F. Bachem, R., y Maercker, A. (2020). Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 265-274 <http://doi.org/10.1111/acps.13126>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Srivastava, M., Talukdar, U., y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.04.007>
- Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*.  
[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2009). Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management. [www.nice.org.uk/CG91](http://www.nice.org.uk/CG91)
- Valle-López, P., y Bermúdez, E. (2016). Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. *Norte de salud mental*, 13 (54)
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2018). Contribución del neuroticismo, rasgos patológicos de personalidad y afrontamiento en la predicción de la evolución clínica: Estudio de seguimiento a los 5 años de una muestra de pacientes con trastorno adaptativo. *Clínica y Salud*, 29(2), 58-62  
doi: 10.5093/clysa2018a9
- Kestler-Peleg, M., Mahat-Shamir, M., Picho-Prelorentzos, S. y Kagan, M. (2023). Intolerance to uncertainty and self-efficacy as mediators between personality traits and adjustment disorder in the face of the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 42(10), 8504–8514. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04465-9>
- Komasi, S., Rezaei, F., Hemmati, A., Rahmani, K., Amianto, F. y Miettunen, J. (2022). Comprehensive meta-analysis of associations between temperament and character traits in Cloninger's psychobiological theory and mental disorders. *The Journal of international medical research*, 50(1), 3000605211070766. <https://doi.org/10.1177/03000605211070766>
- Na, K.-S., Oh, S.-J., Jung, H.-Y., Lee, S. I., Kim, Y.-K., Han, C., Ko, Y.-H., Paik, J.-W. y Kim, S.-G. (2012). Temperament and character of young male conscripts with adjustment disorder: A case-control study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 973-977. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182718a86>
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015). Positivity and coping in patients with adjustment disorder [Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo]. *Anales de Psicología*, 31(2), 462-471. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.176631>

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. Y. Belsher, B. E. (2022). 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>

Zaninotto, L., Solmi, M., Toffanin, T., Veronese, N., Cloninger, C. R. y Correll, C. U. (2016). A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *Journal of Affective Disorders*, 194, 84–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.077>

## Anexos

## Anexo 1



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

**DA SU CONSENTIMIENTO** para ser evaluado/a, aceptando participar en las líneas de investigación que lleva a cabo el Servicio de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge.

Asimismo, **AUTORIZA** la utilización con fines de investigación de sus datos psicométricos, neuropsicológicos y antropométricos, los cuales serán tratados con la más estricta confidencialidad, siendo desvinculados de la identidad del participante. Todos los datos obtenidos de la evaluación se guardarán en un fichero electrónico, siendo responsables de su tratamiento y protección el Institut Català de la Salut y la Dra. Susana Jiménez-Murcia, Jefa de servicio.

Dicha participación es totalmente voluntaria. El/la participante puede solicitar que sus datos sean retirados de la base de datos de investigación cuando así lo desee, y tiene el derecho a presentar una reclamación ante la *Autoritat Catalana de Protecció de Dades*, si considera que sus derechos en materia de protección de datos han sido vulnerados.

El periodo de conservación de los datos que se proporcionan es de 40 años. El/la participante puede ejercer en cualquier momento sus derechos al acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de sus datos, para lo cual puede dirigirse a la Jefa de servicio (sjimenez@bellvitgehospital.cat) y, alternativamente, al propio delegado de protección de datos institucional (dpd@ticsalutsocial.cat). En caso de transferencia internacional de datos codificados fuera de la UE, el equipo investigador garantizará el anonimato y la protección de los mismos como otorga la normativa europea en base al Reglamento (UE) Núm. 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

**DATOS DE CONTACTO:**

Jefa de Servicio de la Unidad de Psicología Clínica:

Dra. Susana Jiménez Murcia  
Tel.: 93 2607659/7988/7922  
e-mail: sjimenez@bellvitgehospital.cat

**FIRMA DE CONSENTIMIENTO:**

Da su conformidad para utilizar sus datos para su futuro tratamiento	NO	<u>  </u> SI
Da su conformidad para que sus datos se utilicen en investigación	NO	<u>  </u> SI

**FIRMA (conformidad de participación):**

**FECHA:** .....de.....20....

Anexo 2



Comisión de Investigación

Villaviciosa de Odón, 7 de febrero de 2025

Estimado/a investigador/a,

La Comisión de Investigación de la Escuela de Doctorado e Investigación, una vez revisada la documentación e información, remitida por el investigador responsable con fecha 12/11/2024, relativa al proyecto abajo indicado, autoriza su desarrollo en la Universidad Europea.

<b>Título del proyecto:</b>	Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Tratamiento de la Sintomatología Ansioso-Depresiva Asociada a la Enfermedad Somática
<b>Tipo de proyecto:</b>	TFM
<b>Investigador/a responsable:</b>	
<b>Código CI:</b>	2024-967
<b>Código OTRI:</b>	Sin especificar
<b>Código Departamento:</b>	Sin especificar
<b>Dictamen:</b>	APROBADO

Atentamente,

**Fdo. Óscar García López***Director de la Escuela de Doctorado e Investigación*[ci@universidadeuropea.es](mailto:ci@universidadeuropea.es)

Anexo 3

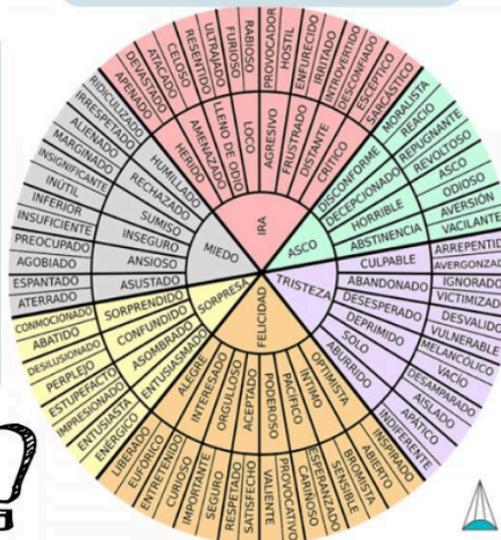
**LAS EMOCIONES**

Son un conjunto de respuestas (neuroquímicas u hormonales) que surgen en nuestro organismo y nos predisponen a reaccionar de una determinada manera ante un estímulo externo (algo que vemos u oímos), o interno (un pensamiento, imagen, recuerdo...).

**LAS EMOCIONES FACILITAN LA ADAPTACIÓN**

- No son peligrosas ni malas
- Todas son importantes y útiles
- Nos permiten realizar conductas específicas (lucha, huida o bloqueo)

**LA RUEDA DE LAS EMOCIONES**



**TIPOS DE EMOCIONES**

**2 GRUPOS**

- Emociones básicas: MIEDO, IRA/RABIA, TRISTEZA, ASCO, ALEGRÍA Y SORPRESA
- Emociones secundarias: Vergüenza, frustración, culpa... (rueda de las emociones)

Las emociones pueden ser desadaptativas si son inadecuadas en:

1. Tipo de emoción
2. Momento aparición
3. Intensidad

**CONDUCTA DESADAPTATIVA**

- Dificultan conseguir objetivos
- A corto plazo pueden reducir el malestar, pero a largo plazo: CIRCULO EMOCIONAL NEGATIVO (ansiedad, culpa...)

**CONDUCTA ALTERNATIVA**

- Conductas promovidas por EMOCIÓN, RAZÓN y VOLUNTAD.
- Nos acercan a nuestros objetivos
- A corto plazo pueden generar miedo, a largo plazo: BIENESTAR EMOCIONAL.

## Anexo 4

**REGISTRO EMOCIONAL**

Nombre:

Fecha:

<u>Situación / Estímulo desencadenante</u>	<u>Emoción (0-10)</u>	Conducta impulsada por la <u>emoción</u>	<u>Posible/s conducta/s alternativa/s</u>	<u>Emoción (0-10)</u>

## Anexo 5

**REGISTRO DE TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN**

Nombre:

Día y hora	Nivel de ansiedad PRE (0-10)	Nivel de ansiedad POST (0-10)	Concentración durante el ejercicio (0-10)	Nivel de dominio (0-10)

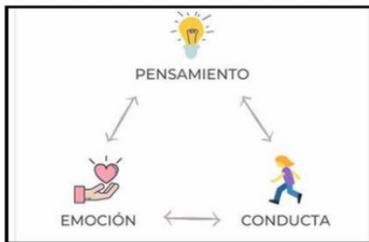
Anexo 6

"Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos." (Epiceto)

LOS PENSAMIENTOS (o cogniciones) son interpretaciones que pueden ser voluntarias o involuntarias, acerca del mundo, de los demás y uno/a mismo/a.

LAS COGNICIONES NOS AYUDAN A ADAPTARNOS  
anticipar amenazas, aprender de errores...

Sin embargo, pueden haber pensamientos desadaptativos que generan emociones desagradables y conductas problemáticas.



DISTORSIONES COGNITIVAS

son patrones de pensamiento que pueden llevar a interpretaciones inexactas de la realidad y a emociones negativas innecesarias

- PENSAMIENTO DICOTÓMICO ("TODO o NADA") bueno/malo; éxito/fracaso; blanco/negro.
- SOBREGENERALIZACIÓN ("SIEMPRE o NUNCA")
- CATASTROFISMO: exagerar lo negativo.
- SOBREALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS PENSAMIENTOS: "si pienso esto, pasará"
- FILTRO SELECTIVO: centrarse sólo en lo negativo, no ver lo positivo
- LECTURA DEL PENSAMIENTO: creer saber lo que están pensando los demás.
- PERSONALIZACIÓN: culparse a sí mismo de lo que pasa o no ver cómo uno mismo contribuye a mantener el problema.

¿ QUÉ PODEMOS HACER ?

Técnica de las 4 preguntas

1. ¿Cuál es la evidencia?
2. ¿Qué puntos de vista alternativos hay?
3. ¿Estoy cometiendo alguna distorsión cognitiva?
4. ¿De qué me sirve tener esta creencia?

REGISTRO COGNITIVO

1. Situación
2. Pensamiento automático (distorsión cognitiva)
3. Emoción
4. Pensamiento Alternativo

"La práctica hace al maestro"



## Anexo 8

Tabla 6a

*Tabla de puntuaciones y medias del cuestionario SCL-90-R pre terapia*

CASO	Somat.	Obs-Comp.	Sens. Int.	Depr.	Ans.	Host.	Ans. Fòb	Id. Para.	Psic.	Ít. Add.	PST	GSI	PSDI
712	2.500	3.000	1.667	2.769	3.400	0.500	3.857	0.333	1.400	21	70	2.356	3.029
717	2.167	2.500	0.667	2.308	2.000	1.000	1.571	0.500	1.100	17	70	1.722	2.214
1050	3.833	2.900	3.000	3.846	3.900	3.500	3.429	3.500	3.000	25	88	3.467	3.545
1095	1.500	1.500	2.444	2.462	1.200	0.500	0.571	1.333	1.900	11	72	1.600	2.000
1096	2.500	1.300	2.667	1.923	1.600	0.167	1.000	1.167	0.500	16	56	1.600	2.571
1114	1.667	1.100	1.000	1.077	1.100	0.833	0.429	1.333	0.500	10	54	1.067	1.778
1128	3.167	2.500	2.111	3.615	2.500	2.333	0.714	1.333	0.600	22	69	2.322	3.029
1153	2.833	3.600	0.444	2.769	2.800	0.667	1.857	0.167	1.700	19	72	2.133	2.667
1185	2.083	2.200	2.000	2.923	3.500	1.500	0.857	2.167	0.600	16	68	2.089	2.765
1212	1.417	2.100	2.556	3.308	2.400	1.500	0.571	1.667	2.400	23	71	2.200	2.789
1230	0.833	2.000	2.333	2.462	1.500	2.167	0.143	1.667	1.100	4	64	1.522	2.141
1241	3.167	0.400	2.556	2.308	2.000	0.500	1.000	2.333	0.700	16	48	1.800	3.375
1245	1.500	1.000	0.556	1.538	0.400	0.500	0.000	0.667	0.400	4	38	0.800	1.895
1246	2.083	1.800	1.667	2.538	1.100	1.000	1.143	1.167	0.400	12	67	1.544	2.075
1262	2.333	1.900	0.111	1.692	0.600	1.000	0.143	0.000	0.600	11	37	1.111	2.703
1294	3.333	3.300	1.778	2.077	1.000	1.167	2.429	2.500	0.900	14	62	2.089	3.032
1349	0.167	0.400	2.111	1.308	0.600	0.500	0.857	2.333	1.100	6	47	0.978	1.872
1384	3.083	2.800	1.556	2.462	2.600	2.167	0.857	1.500	1.800	14	78	2.189	2.526
1427	2.000	2.100	2.222	2.615	0.600	0.000	0.714	0.500	0.400	10	54	1.411	2.352
<b>Mitjana</b>	<b>2.219</b>	<b>2.021</b>	<b>1.760</b>	<b>2.421</b>	<b>1.832</b>	<b>1.132</b>	<b>1.165</b>	<b>1.377</b>	<b>1.111</b>	<b>14.263</b>	<b>62.368</b>	<b>1.789</b>	<b>2.545</b>

Tabla 6b

*Tabla de puntuaciones y medias del cuestionario SCL-90-R post terapia*

CASO	Somat.	Obs-Comp.	Sens. Int.	Depr.	Ans.	Host.	Ans. Fòb	Id. Para.	Psic.	Ít. Add.	PST	GSI	PSDI
712	1.333	1.000	0.444	0.923	1.000	0.167	0.286	0.167	0.900	10	44	0.833	1.705
717	2.667	3.000	1.333	2.692	2.700	1.500	2.000	0.500	1.600	18	78	2.178	2.513
1050	3.417	2.200	2.111	3.231	2.900	2.500	2.857	2.833	1.400	13	74	2.578	3.135
1095	1.167	0.800	2.000	1.308	1.300	0.000	0.286	1.333	0.900	9	53	1.089	1.849
1096	1.333	1.000	1.111	1.000	0.100	0.000	0.143	0.833	0.100	13	40	0.778	1.750
1114	1.167	0.700	0.444	0.615	0.400	0.167	0.000	0.833	0.700	6	46	0.622	1.217
1128	2.167	0.800	0.444	1.923	1.700	0.833	1.000	0.167	0.400	15	53	1.244	2.113
1153	1.167	3.300	0.444	2.923	2.300	0.333	1.571	0.500	1.200	21	54	1.789	2.981
1185	0.833	0.800	0.333	0.154	0.100	0.000	0.571	0.333	0.100	11	27	0.467	1.556
1212	0.667	2.500	2.333	1.923	1.800	2.333	0.571	1.333	1.200	15	67	1.667	2.239
1230	0.583	1.100	0.667	0.385	0.300	0.000	0.286	0.667	0.300	3	37	0.489	1.189
1241	2.333	1.000	1.778	1.462	1.700	1.500	0.714	1.167	1.200	11	67	1.489	2.000
1245	0.667	0.200	0.111	0.846	0.400	0.167	0.000	0.333	0.200	3	28	0.378	1.214
1246	2.167	2.200	1.667	2.538	1.400	0.833	1.857	1.167	1.200	12	78	1.767	2.038
1262	1.500	1.000	0.222	0.846	0.300	0.500	0.000	0.333	0.400	9	37	0.689	1.676
1294	3.333	2.700	2.222	2.231	1.200	1.333	1.429	2.333	1.600	22	74	2.200	2.676
1349	0.000	0.700	1.333	1.231	0.300	0.833	0.000	2.333	0.800	6	46	0.789	1.543
1384	1.750	1.900	1.000	1.538	1.900	0.833	0.429	1.333	1.300	14	64	1.456	2.047
1427	2.333	2.500	2.889	3.000	1.900	0.500	2.429	1.833	1.400	13	80	2.167	2.438
<b>Mitjana</b>	<b>1.610</b>	<b>1.547</b>	<b>1.205</b>	<b>1.619</b>	<b>1.247</b>	<b>0.754</b>	<b>0.865</b>	<b>1.070</b>	<b>0.889</b>	<b>11.789</b>	<b>55.105</b>	<b>1.298</b>	<b>1.994</b>