

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN CONTEXTO LABORAL

Autores:

Eva Lago Blanco: Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

M^a Rosa Pizà Portell: Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Son Pisà - C.S Calvià. Mallorca

Persona de contacto:

E-mail: evalagoblanco@hotmail.com

Dirección: Guillem Massot, 34-1^oB - 07003 - Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Teléfono: 635468991

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA COGNITIVO- CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN CONTEXTO LABORAL

Eva Lago Blanco*, M^a Rosa Pizà Portell**

* Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

** Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Son Pisà - C.S Calvià. Mallorca

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad son uno de los cuadros clínicos que mayor demanda asistencial provocan, tanto en Atención Primaria como en las Unidades de Salud Mental. La terapia cognitivo-conductual constituye uno de los tratamientos de primera elección, tanto a nivel individual como grupalmente. El presente trabajo analiza los resultados de la puesta en práctica de un programa cognitivo-conductual grupal en Atención Primaria para la ansiedad en contexto laboral. Se hizo un estudio comparativo de medias para muestras relacionadas, antes y después de haber realizado el tratamiento. Los resultados principales muestran reducciones estadísticamente significativas en las variables ISRA (componente fisiológico, motor y total) y GHQ-28 (subescala ansiedad-insomnio y total), así como incrementos en las estrategias de afrontamiento del estrés basadas en la focalización en la tarea y reducciones en las estrategias centradas en el componente emocional.

Palabras Clave: ansiedad, estrés laboral, terapia cognitivo-conductual grupal

EXPERIENCE OF A COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP APPROACH TO ANXIETY IN A WORK CONTEXT

ABSTRACT

Anxiety disorder is one of the clinical diseases that results in greater demand, both in primary care and in mental health units. Cognitive behavioral therapy is one of the first line treatments, both in individual and group therapy. This work makes a sample profile and analyses the data obtained from practising a groupal cognitive-behavioral programme in Primary Care for anxiety in occupational settings. The averages comparative research has been made for related samples, before and after treatment. The main results show statistically significant decrease in ISRA scores (total, physiological, behaviour component) and GHQ-28 (anxiety-insomnia and total scale), as increasing at task focused coping skills and decreasing at emotion focused skills.

Key words: anxiety, stress at work, groupal cognitive-behavioral therapy

INTRODUCCIÓN

El concepto de estrés hace referencia al proceso a través del cual el organismo mantiene su equilibrio, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias en el medio en que se desenvuelve. Es una respuesta natural que permite la adaptación a los cambios y modificaciones que se producen en el entorno. El estrés ha sido conceptualizado desde tres enfoques teóricos diferentes:

1. Estrés focalizado en la respuesta (Selye, 1954)

Desde esta orientación se concibe el estrés como una respuesta no específica del organismo a las demandas realizadas sobre él. Según esta teoría, cualquier estímulo puede ser un estresor siempre y cuando provoque una respuesta inespecífica de necesidad de reajuste en el organismo. Esta respuesta está constituida por un mecanismo tripartito denominado síndrome general de adaptación (SGA), caracterizado por:

- Reacción de alarma que consta de dos fases:

a) Choque, en la que se presentan síntomas como taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución de la temperatura y presión sanguínea, así como la descarga de adrenalina, corticotrofina y corticoides.

b) Contrachoque, reacción de rebote caracterizada por la movilización de una fase defensiva en la que se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad, involución del sistema timo-linfático y signos opuestos a los de la fase anterior: hipertensión, hiperglucemia, diuresis e hipertermia, entre otros.

- Etapa de resistencia, en la que se produce una adaptación del organismo al estresor junto a la mejora de los síntomas. Esta fase se define por una resistencia aumentada al agente nocivo a costa de una menor resistencia frente a otros estímulos. En esta fase se evidencian signos de anabolismo.

- Fase de agotamiento, en la que si el organismo continúa expuesto de forma prolongada al estresor y éste es severo, reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma.

La perspectiva marcada por Selye ha sido asimilada por múltiples autores para los cuales el estrés implica dos elementos: por un lado el estresor o demandas fundamentalmente de naturaleza psicológica y por otro la respuesta o reacción especial de sobreesfuerzo. La respuesta de estrés afecta a la integridad biopsicosocial del individuo, siendo éste un factor necesario a considerar en la prevención y tratamiento de este síndrome. Las repercusiones del estrés pueden observarse a diferentes niveles de respuesta (síntomas):

- Emocionales (inseguridad, ansiedad, labilidad emocional, frustración, tensión, depresión, miedo)
- Cognitivos (confusión, baja concentración, preocupación, sobrecarga emocional)
- Conductuales (uso de drogas, absentismo laboral, quiebra de relaciones, dedicación laboral excesiva)

- Físicos (agotamiento, trastornos del apetito, trastornos del sueño, somatizaciones, algias, tensión muscular, taquicardia).

2. Estrés basado en el tipo de estímulo (Holmes y Rahe, 1967)

Desde este punto de vista, se conceptualiza el estrés en términos de las características asociadas a los estímulos ambientales. El estrés se localiza fuera de la persona. Un problema derivado de esta teoría es el establecimiento y demarcación de aquellas situaciones que pueden ser consideradas estresantes, ya que una situación o entorno puede ser catalogado como muy estresante para una persona, pero muy poco para otra. Los enfoques teóricos del estrés basados en el estímulo, pueden circunscribirse en la perspectiva conocida como enfoque psicosocial del estrés o de los sucesos vitales.

3. Teorías basadas en la interacción entre el estresor y el sujeto (Lazarus, 1966)

La perspectiva transaccional destaca la importancia que tienen los factores psicológicos a la hora de mediar entre los estímulos y las respuestas de estrés. Los principales autores de esta teoría, Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada como algo que excede los propios recursos y que puede poner en peligro el bienestar personal. Desde esta aproximación cognitiva destaca el concepto de evaluación, definido como el mediador cognitivo de las reacciones del estrés (Lazarus, 1993). Este enfoque distingue tres tipos de evaluación. La evaluación primaria, es aquella que se produce en cada transacción con algún tipo de demanda externa o interna y que puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

- Amenaza o anticipación de un daño inminente
- Daño o pérdida, en relación a un daño psicológico que ya se ha producido
- Desafío o valoración que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza
- Beneficio. Esta valoración no conllevaría reacciones de estrés

La valoración que la persona realiza de sus propios recursos o estrategias de afrontamiento (coping) forma parte de la evaluación secundaria. Por último, la reevaluación conlleva procesos de feedback que tienen lugar conforme se desarrolla la interacción entre la persona y las demandas externas o internas, permitiendo correcciones sobre valoraciones anteriores.

Tradicionalmente se han identificado los siguientes factores de estrés en el ámbito laboral:

- 1) Ambiente laboral inadecuado
(falta de luz o luz muy brillante, ruido excesivo o intermitente, vibraciones, exceso de frío o calor)
- 2) Sobrecarga de trabajo
- 3) Trabajos o jornadas que conllevan alteración de los ritmos biológicos
- 4) Responsabilidades numerosas y variables
- 5) Estimulación lenta y monótona (trabajo rutinario y automatizado que no permite la creatividad y el pensamiento independiente)

- 6) Condiciones laborales inadecuadas (bajas remuneraciones, alimentación inadecuada e insuficiente, ausencia de perspectivas de progreso, pocas posibilidades de recreación, inestabilidad laboral por renovación tecnológica)
- 7) Conflictos de rol
- 8) Ambigüedad de rol
- 9) Discrepancias con las metas de la carrera laboral
- 10) Clima de la organización (falta de cohesión grupal, conflictos intragrupales e intergrupales)

El síndrome de quemarse en el trabajo o burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento habituales de la persona para manejar los estresores laborales. Aparece principalmente en profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones. No obstante, este síndrome no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli (1993) indican que el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (personal de voluntariado, activistas políticos y amas de casa). El burnout se define como un conjunto de respuestas emocionales, actitudinales y cognitivo-aptitudinales a ciertos factores laborales e institucionales y que está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, como consecuencia del estrés crónico. Presenta tres componentes:

- Agotamiento emocional fruto del desequilibrio entre demandas y recursos. Por agotamiento emocional se entiende aquella situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender.
- Despersonalización o desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.
- Falta de realización personal, como resultado del choque entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso que se exige. Se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- 1-Trazar un perfil de las puntuaciones de la muestra evaluando la salud general percibida y la respuesta de ansiedad.
- 2-Determinar el tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas en situaciones de estrés.
- 3-Determinar la incidencia del síndrome de burnout.
- 4-Comparar las puntuaciones pre y post tratamiento grupal, así como observar si existen diferencias estadísticamente significativas.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 15 participantes, citados “a ciegas”, es decir, sin entrevista previa, de una lista de candidatos derivados por la Unidad de Salud Mental de Son Pisà y por el equipo de Medicina de Familia del Centro de Salud de Santa Ponsa, ubicados en Mallorca. Los diagnósticos principales de esta muestra fueron: trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno de pánico, depresión ansiosa y ansiedad por estrés laboral. De esta muestra inicial, 8 participantes cumplieron y entregaron los cuestionarios pre-post grupales y formaron parte de la muestra final. Ésta estuvo formada por 2 hombres y 6 mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 57 años ($X=43,13$; $S=10,03$). 6 de ellos se encuentran activos laboralmente y 2 se encuentran de baja a lo largo de todo el tratamiento. A todos los participantes se les realiza una evaluación inicial en la primera sesión grupal, consistente en la administración de un protocolo de instrumentos psicométricos, descrito a continuación, así como un consentimiento informado. Se lleva a cabo la aplicación del programa y al término se entrega nuevamente el protocolo de evaluación, analizando en último lugar los resultados.

Instrumentos

Medida de la ansiedad

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986). Permite evaluar el triple sistema de respuesta de la ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) en 22 situaciones concretas, entre las que se encuentra el contexto de trabajo. Es un inventario de uso más general que el estrictamente laboral.

Medida del grado de estrés percibido

Cuestionario de estrés percibido (PSQ; Levenstein, 1993). Consta de 30 ítems, puntuables en una escala tipo likert de 4 grados, que recogen el grado de estrés percibido en los últimos dos años (general) y en el último mes (reciente). En ambos casos se obtiene un índice que puede oscilar de 0 (probablemente muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente muy alto nivel de estrés percibido).

Medida de las estrategias de afrontamiento

Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE; Chorot & Sandín, 2003). Es una medida de autoinforme compuesto por 42 ítems puntuables según una escala de tipo likert de 4 puntos. Evalúa 7 estilos básicos de afrontamiento: (1) Focalización en el Solución del Problema (FSP), (2) Autofocalización Negativa (AFN), (3) Reevaluación Positiva (REP), (4) Expresión Emocional Abierta (EEA), (5) Evitación (EVT), (6) Búsqueda de Apoyo Social (BAS), y (7) Religión (RLG). Análisis factoriales de orden superior proporcionan dos factores: Afrontamiento racional, focalizado en el problema, activo o también denominado focalizado en la tarea. A esta dimensión pertenecerían las subescalas FSP, REP y BAS. La segunda dimensión hace referencia al afrontamiento centrado en la emoción o afrontamiento pasivo que incluye las subescalas AFN y EEA.

Medida del burnout

Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1981). Mide de forma autoaplicada el desgaste profesional con una fiabilidad cercana al 0,9. Está compuesto por 22 ítems que hacen referencia a cogniciones, emociones y conductas del profesional relacionadas con su trabajo. Proporciona tres dimensiones del burnout: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Las puntuaciones se clasifican en: 2 - burnout alto, 1 - burnout medio y 0 - burnout bajo.

Medida de la salud general

Cuestionario de salud general (GHQ-28; Goldberg, 1972). Es el instrumento psicométrico más traducido y validado en la literatura psiquiátrica y uno de los mejores instrumentos de screening para estudios epidemiológicos de salud mental. Especialmente indicado para evaluar malestar psicológico y síntomas no psicóticos en la población general y en atención primaria. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Tomando como referencia el punto de corte en 7, los sujetos cuyas puntuaciones están comprendidas entre 0 y 7 son calificados como “normales”, y los que obtienen puntuaciones entre 8 y 28 son calificados como “problemáticos”.

PROCEDIMIENTO

El programa grupal consta de 7 sesiones de 1 hora de duración, con una periodicidad semanal. Se trata de un espacio interactivo abierto en el que los sujetos pueden intervenir en cualquier momento. Las 2 primeras sesiones son de corte psicoeducativo y a partir de la tercera, cada sesión se divide en 2 partes: en la primera de ellas se revisan las tareas propuestas para casa en la sesión anterior y en la segunda parte se realiza la exposición de los contenidos teóricos.

La estructura del programa y sus contenidos es la siguiente:

Sesión 1

Encuadre del tratamiento grupal: presentación del profesional y de los participantes. Se recogen las expectativas de cada uno de los asistentes en relación al tratamiento, así como las soluciones intentadas hasta la fecha. Se establece el lugar, horario, duración del programa y normas de funcionamiento.

Exposición de conceptos teórico-prácticos acerca de la sintomatología, curso y desarrollo del estrés. Asimismo, se administra el protocolo de evaluación pre-tratamiento.

Sesión 2

Concepto, características y fases del síndrome de burnout. Presentación de las principales técnicas de afrontamiento que se tratarán en las próximas sesiones.

Sesión 3

Técnicas de control de la activación: entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con focalización atencional y visualización.

Se realiza una primera parte de exposición de las bases teóricas de dichas técnicas y la parte práctica se lleva a cabo en una sala adyacente equipada con colchonetas.

Sesión 4

Entrenamiento en solución de problemas. Se explica la diferencia entre preocupación vs problema. Se explica el fundamento de la técnica y se realizan diversos ejercicios prácticos, fase a fase, con ejemplos propuestos por los participantes.

Sesión 5

Reestructuración cognitiva. Se expone el fundamento teórico de la técnica del ABC destacando la relación existente entre las cogniciones, las conductas y las emociones asociadas. Realización de ejemplos prácticos, para aprender a identificar situaciones, registrar los pensamientos o interpretaciones asociadas y las conductas y estado emocional posterior. Una vez automatizada esta parte, se exponen las fases de debate o discusión de los pensamientos así como el registro de las nuevas conductas y sentimientos posteriores (DEF). Entrega de autorregistros.

Sesión 6

Manejo del tiempo y programación de la agenda. Se muestran estrategias de organización y planificación de la actividad en el ámbito laboral. Detección, valoración y diferenciación de situaciones urgentes de las que no lo son.

Sesión 7

Habilidades sociales. Estilos de comunicación agresivo, inhibido y asertivo. Características de cada uno a nivel verbal, no verbal y su relación con la conducta. Exposición teórico-práctica de las principales técnicas asertivas. Entrega y cumplimentación del protocolo de evaluación post-grupal, cuestionario valoración grupal y consentimiento informado.

RESULTADOS

Análisis de datos

Se ha empleado el programa estadístico SPSS 11.5, realizando una comparación de medias para muestras relacionadas, pre y post tratamiento.

Tabla 1. Perfil de la muestra

VARIABLE	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
ISRA COGNITIVO PERCENTIL M. NORMAL	8	83,00	31,31
ISRA FISIOLÓG. PERCENTIL M. NORMAL	8	85,50	26,00
ISRA MOTOR PERCENTIL M. NORMAL	8	85,75	18,76
ISRA TOTAL PERCENTIL M. NORMAL	8	89,13	20,30
GHQ SINTOMAS SOMATICOS	8	4,63	2,13
GHQ ANSIEDAD E INSOMNIO	8	4,88	1,64
GHQ DISFUNCION SOCIAL	8	3,38	1,59
GHQ DEPRESION	8	1,75	2,37
GHQ TOTAL	8	14,63	6,50
MBI AGOTAMIENTO EMOCIONAL	8	1,63	,74
MBI DESPERSONALIZACIÓN	8	1,13	,99
MBI REALIZACIÓN PERSONAL	8	2,00	,00
PSQ GENERAL	8	,56	,15
PSQ RECIENTE	8	,63	,22
C.A.E FOCALIZACIÓN EN S. P	8	2,10	1,19
C.A.E REEVALUACION POSITIVA	8	2,09	,73
C.A.E BUSQUEDA APOYO SOCIAL	8	2,04	1,25
C.A.E AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA	8	1,60	,69
C.A.E EXPRESION EMOCIONAL ABIERTA	8	1,42	,65
C.A.E EVITACION	8	1,89	,77
C.A.E RELIGION	8	,16	,23

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LA MUESTRA

De estos datos podemos observar que la muestra está caracterizada por:

- 1- Elevados niveles de ansiedad en el triple sistema de respuesta, especialmente a nivel cognitivo, con puntuaciones en el inventario ISRA que superan el percentil 75 (punto de corte establecido para distinguir entre ansiedad moderada y severa).
- 2- La media de las puntuaciones en la escala de salud general GHQ-28 Total ($X=14,63$) se encuentra por encima del doble establecido para discriminar entre población no clínica y problemática. Las puntuaciones más elevadas son las pertenecientes a las subescalas de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos.

3- La media de las puntuaciones en el inventario MBI, muestra niveles medio-altos en burnout en las 3 dimensiones evaluadas.

4- Los niveles de estrés percibido (PSQ) son medios en ambas escalas, siendo superiores los niveles de estrés percibido reciente con respecto al general.

5- En cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés (CAE), la muestra se caracteriza por el empleo de habilidades de solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva.

Tabla 2. Comparación de las medidas pre y post

VARIABLE PRE-POST	Media	Desviación típica	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Estadístico t	Significabilidad (bilateral)	
ISRA Cognitivo	1,00	4,44	-2,71-4,71	0,63	.544	
ISRA Fisiológico	13,50	14,81	1,12-25,88	2,57	.037	*
ISRA Motor	21,63	20,20	4,73-38,52	3,02	.019	*
ISRA Total	9,50	11,11	0,21-18,79	2,41	.046	*
GHQ Somático	2,13	2,74	-0,17-4,42	2,18	.065	
GHQ Ansiedad e insomnio	2,13	2,41	0,10-4,15	2,48	.042	*
GHQ Disfunción Social	1,00	1,51	-0,26-2,26	1,87	.104	
GHQ Depresión	0,75	1,28	-0,32-1,82	1,65	.142	
GHQ Total	6,00	6,99	0,16-11,84	2,42	.046	*
MBI Agot. Emoc.	0,50	1,06	-0,39-1,39	1,32	.227	
MBI Despersonal.	0,13	0,64	-0,41-0,66	0,55	.598	
MBI Realiza. Pers.	0,38	0,74	-0,25-1,00	1,42	.197	
PSQ General	-0,001	0,25	-0,21-0,21	-0,01	.989	
PSQ Reciente	0,18	0,22	-0,003-0,38	2,32	.053	
CAE Focalización solución problema	-0,32	0,78	-0,98-0,32	-1,18	.273	
CAE Reevaluación positiva	-0,25	0,48	-0,65-0,14	-1,51	.173	
CAE Búsqueda apoyo social	-0,29	0,88	-1,03-0,45	-0,92	.385	

CAE Autofocalización negativa	0,23	0,64	-0,30-0,76	1,01	.344	
CAE Expresión emocional abierta	0,41	0,58	-0,08-0,90	1,97	.089	
CAE Evitación	-0,16	0,77	-0,81-0,48	-0,60	.563	
CAE Religión	0,04	0,23	-0,15-0,23	0,52	.619	

Gráfico 1: Comparación puntuaciones ISRA previas y posteriores al tratamiento

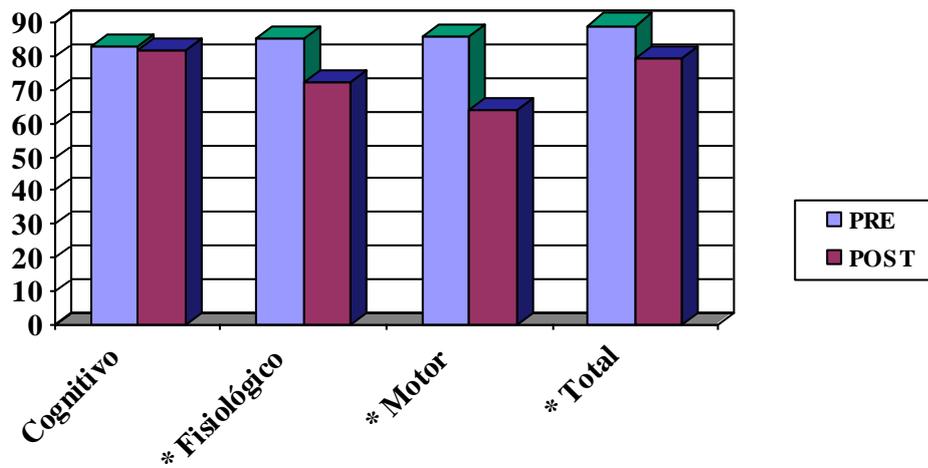


Gráfico 2: Comparación puntuaciones MBI previas y posteriores al tratamiento

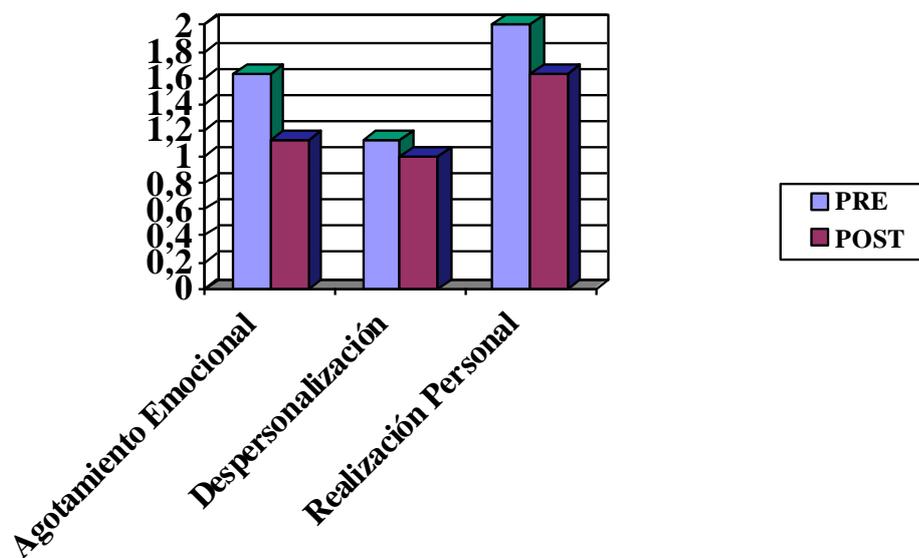


Gráfico 3: Comparación puntuaciones CAE previas y posteriores al tratamiento

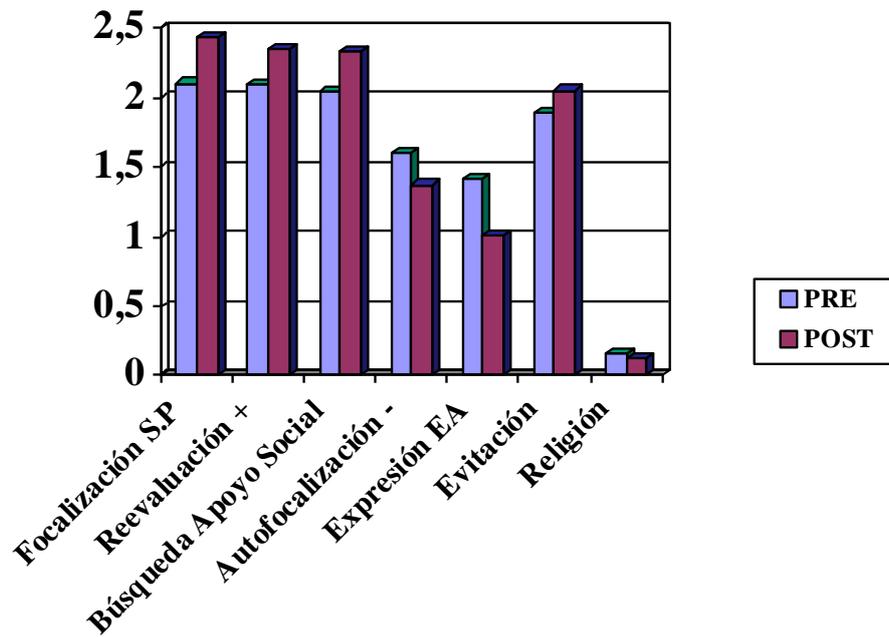


Gráfico 4: Comparación puntuaciones PSQ previas y posteriores al tratamiento

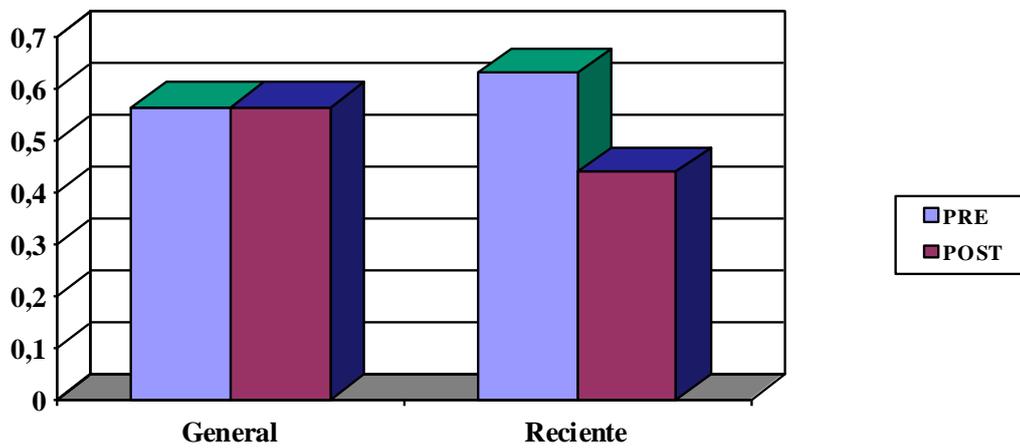
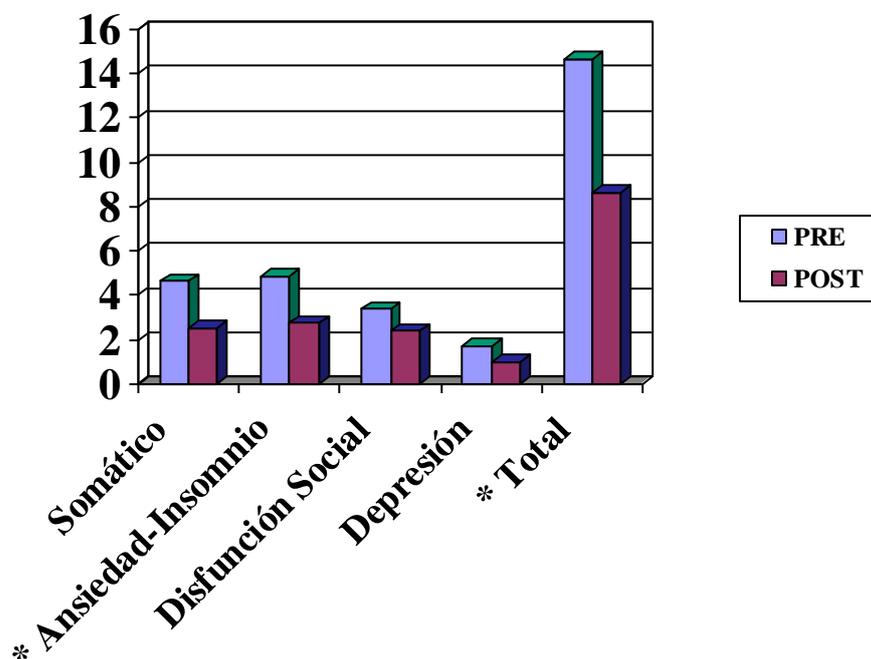


Gráfico 5: Comparación puntuaciones GHQ-28 previas y posteriores al tratamiento



COMPARACIÓN DE LAS MEDIDAS PRE Y POST TRATAMIENTO

1- Se observa un descenso en todas las puntuaciones de las medidas post respecto a las medidas pre del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y del Cuestionario de Salud General (GHQ-28). Las mayores reducciones se producen en las subescalas ISRA: Fisiológico, Motor y en la puntuación Total, así como en la subescala Ansiedad-Insomnio y Total del GHQ-28, siendo todas estas disminuciones estadísticamente significativas.

2- En cuanto a la medida del burnout (MBI) se producen disminuciones en las tres subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización. Estas diferencias no han resultado estadísticamente significativas.

3- Los niveles de Estrés Percibido (PSQ) se incrementan ligeramente en la subescala General y disminuyen en la subescala Reciente.

4- Se observan incrementos en las tres subescalas del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) que pertenecen a la dimensión Afrontamiento Focalizado en el Problema: Focalización en Solución de Problemas, Reevaluación Positiva y Búsqueda de Apoyo Social. Se producen disminuciones en la dimensión Afrontamiento Emocional, subescalas: Autofocalización Negativa y Expresión Emocional Abierta. Como contrapartida, se produce un aumento en la subescala Evitación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos obtenidos indican que el perfil de la muestra está caracterizado por elevados niveles de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor así como por niveles medio-altos de burnout. Las estrategias de afrontamiento del estrés más características son la focalización en solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

En cuanto a la comparación de las medidas antes y después del tratamiento, los datos muestran una reducción de todas las puntuaciones en ansiedad, salud general y medida del burnout, siendo estadísticamente significativas las relativas al componente fisiológico, motor y total del inventario ISRA, así como la subescala ansiedad-insomnio y total del cuestionario de salud general GHQ-28. Asimismo, se producen incrementos en las estrategias de afrontamiento del estrés basadas en la focalización en la tarea y tienen lugar reducciones en las estrategias centradas en el componente emocional.

Sin embargo, el diseño del estudio y el tamaño de la muestra no permiten extraer conclusiones acerca de la causalidad del tratamiento grupal en estas mejoras, por lo que estas conclusiones se limitan a un nivel descriptivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: APA.

Gil-Monte, P. ; Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Goldberg, D. P.; Hillier, V. F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 1, 139-45.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2006/10.

Holmes, T. H., y Rahe, R. H (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: Mc Graw-Hill.

- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Levenstein, S.; Prantera, C.; Varvo, V.; Scribano ML.; Berto E.; Luzi C.; Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic reseach. *Journal of psychosomatic reseach* 37, 1, 19-32.
- Lobo, A.; Pérez Echeverría MJ; Artal J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 16, 135-140.
- Maslach, C.H y Jackson, S.E (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Research Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C.H y Schaufeli, B.(1993). Historical and conceptual developments of burnout. En W.B. Schaufeli; Ch, Maslach y T. Marek (Eds) *Professional Burnout*. London: Taylor and Francis.
- Miguel Tobal, J.J y Cano Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A-*. Madrid: Tea Ediciones (2ªEd., 1988; 3ªEd., 1994).
- Olivares Rodríguez, J.; Méndez Carrillo, F.X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Peiró, J. M. (1986). *Psicología de la organización, Vol. 1*. Madrid: UNED.
- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. M.; Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Sánchez Canovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En Buela, G. y Caballo, V. E. (Eds) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, 247-270. Madrid, España: S.XXI.
- Sandín B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez (Eds) *Procesos Emocionales y Salud*, 45-72. Madrid, España: UNED.
- Sandín B. (1995) El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds). *Manual de Psicopatología, Vol. 2*, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1, 39-54.
- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica.