

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



¿ES MÁS EFECTIVA LA RELAJACIÓN A NIVEL GRUPAL QUE INDIVIDUAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN FOBIAS ESPECÍFICAS?

IS IT MORE EFFECTIVE GROUP RELAXATION THAN INDIVIDUAL TO REDUCE ANXIETY IN SPECIFIC PHOBIAS?

Autor: Julián Carretero Román.

Dirección de contacto: jotacarretero@gmail.com

Cómo citar este artículo: Carretero Román J. *¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir las fobias específicas?. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 May-Jun. [fecha acceso]; 6 (40): [aprox 26 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyrelgrup40.pdf*

Fecha recepción: 21/04/2008

Aceptado para su publicación: 16/01/2009

Resumen: La relajación es una técnica habitual utilizada por las enfermeras para disminuir el nivel de ansiedad. Parece que su puesta en práctica a nivel grupal puede aportar ciertos beneficios en comparación con la relajación individual. El presente proyecto pretende plantear esta hipótesis en la atención a las personas diagnosticadas de fobia específica, abordando el problema desde la perspectiva de la terapia cognitivo conductual. Asimismo, pretende evaluar la utilidad de la intervención enfermera de relajación para disminuir el nivel de ansiedad, comparando a su vez los resultados obtenidos al utilizar un indicador de la escala de resultados NOC y la Escala de Ansiedad de Hamilton.

La fobia específica es una entidad infradiagnosticada, cuya prevalencia ronda el 10%. Pero las personas que la padecen pueden vivir una realidad limitada e incapacitante, deteriorando su calidad de vida de la persona. Las enfermeras de salud mental comunitaria están en una situación privilegiada de poder participar en la terapia cognitivo conductual mediante la relajación, que será la herramienta que les permita disminuir el nivel de ansiedad cuando las personas establezcan contacto con el estímulo fóbico.

Metodología: Ensayo clínico cuasiexperimental, en adultos de 20 a 40 años diagnosticados de fobia específica que asistan por primera vez al centro de salud mental derivados de atención primaria. Tanto el grupo control como el experimental realizarán psicoterapia cognitiva-conductual individualizada según el protocolo terapéutico del CSM, salvo en lo referente a la relajación, que en el grupo experimental será llevada a cabo a nivel grupal.

La eficacia del tratamiento se valorará con las escala de ansiedad de Hamilton y la escala tipo likert de los indicadores de resultado NOC "nivel de estrés" con 3 mediciones, antes de comenzar, inmediatamente después de terminar las sesiones de relajación y a los tres meses, verificando la disminución de la media del nivel de ansiedad.

Palabras clave: Relajación grupal, Relajación individual, Ansiedad, Fobia específica, Enfermera especialista en salud mental.

Abstract: Relaxation is a standard technique used by nurses to reduce the level of anxiety. It seems that their implementation on a group can bring certain benefits compared with individual relaxation. This outline is intended to raise this hypothesis in caring for individuals diagnosed with specific phobia, by approaching the problem from the cognitive behavioural therapy perspective. In addition, it seeks to evaluate the usefulness of the nurse intervention relaxation to reduce the level of anxiety, in turn comparing the results obtained using an indicator of the scale of results NOC and the Hamilton Anxiety Scale.

The phobia is a specific entity underdiagnosed, whose prevalence is about 10%. Those affected can live a really limited and debilitating, deteriorating quality of life. The community mental health nurses are in a unique position to participate in the cognitive behavioural therapy through relaxation, which will allow them to reduce the level of anxiety when people establish contact with the phobic stimulus.

Methodology: quasi-experimental study in specific phobia diagnosed, 20 to 40 years old adults attending for the first time to the mental health facility derived from primary care. Both the control group as the pilot will be treated by conducted cognitive-behavioural psychotherapy individualized according to the therapeutic protocol MSC, except in terms of relaxation, which in the experimental group will be conducted at the group level.

The effectiveness of treatment will be assessed with the Hamilton anxiety scale and the likert type scale of outcome indicators NOC "stress level" with 3 measurements, before starting, immediately after completing the sessions of relaxation and three months later, checking the decline in the average level of anxiety.

Key words: Group relaxation, Individual relaxation, Anxiety, Specific phobia, Specialist nursing in mental health.

Centro de Trabajo: Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad docente Comunidad de Madrid 2007-2008

INTRODUCCIÓN

Las fobias específicas son un problema de salud con una prevalencia a lo largo de la vida entorno al 10% de la población. Si bien no suelen interrumpir el día a día de quien las padece, el problema surge cuando tiene que enfrentarse a ellas por cuestiones de trabajo, relaciones sociales o cualquier otro motivo.

El listado de fobias específicas es de una extensión difícil de imaginar. Se han catalogado unas 7000 fobias, teniendo cada una de ellas un nombre preciso. Según Carrión¹, en principio, cualquier situación u objeto que conocemos puede generar temores fóbicos.

Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar una amenaza en algún momento de la historia de la humanidad. Pero en la actualidad, algunas fobias curiosas pueden ser: miedo a los resfriados (aeronausifobia), miedo a que se incrusten las cáscaras de los cacahuets en el paladar (araquibutirofobia), miedo a las cosas asimétricas (asimetrifobia), miedo a las palabras largas (hipopotomonstrosesquipedaliofobia) y también miedo a las fobias (fobofobia).

Es pertinente señalar que la fobia no es una simple manía, sino algo serio que exige prestarle atención y asumir la decisión de tratarse, obtener un diagnóstico correcto y un tratamiento terapéutico eficaz. Las fobias pueden producir formas secundarias de depresión.

Para saber primeramente de lo que estamos hablando, vamos a definir cada uno de los términos que componen la pregunta de investigación, y para ello empezaremos definiendo las fobias específicas, según el DSM-IV-TR²:

La fobia específica es un miedo notable y persistente provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Dicho miedo debe ser considerado poco razonable por parte del individuo y debe llevar a un deterioro funcional o malestar subjetivo significativo. Además, debe haber malestar intenso o evitación frente a lo temido, y la fobia específica no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de fobia específica:

- a) Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo: volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- b) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional, o más o menos

relacionada con una situación determinada. Nota: en los niños, la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

- c) La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional. Nota: en los niños este reconocimiento puede fallar.
- d) La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfiere acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- f) En los menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- g) La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo: miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo: evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo: evitación de ir a la escuela), fobia social (por ejemplo: evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

A pesar de que las líneas generales de intervención van a ser las mismas independientemente del tipo de fobia, el DSM-IV-TR clasifica las fobias específicas en diversos tipos y creo importante mencionarlo para ser conscientes de que, a pesar de ser una entidad diagnóstica única, hay diversos tipos dentro de la clasificación:

- Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de

incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

- Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencias de estos subtipos en los centros asistenciales para adultos, de la más a la menos frecuente, es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño y, por último, animal.

Debido a que la intervención en la que se centra este estudio va a ser llevada por una enfermera/o vamos a definir desde su campo de actuación, cada uno de los términos incluidos en la pregunta de investigación.

Según Tello Bernabé³ hay estudios que confirman que el manejo de la ansiedad responde satisfactoriamente a terapia de grupo y relajación, mencionando incluso que la adherencia al tratamiento no farmacológico es mayor que al tratamiento farmacológico. Desde la visión enfermera la ansiedad no es un diagnóstico de enfermedad, sino de desviación de la salud.

Según la NANDA⁴, el diagnóstico enfermero se define como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de los objetivos de los que la enfermera/o es responsable.

En este caso que nos ocupa, nos interesa el diagnóstico enfermero de ansiedad, que describe claramente la situación del paciente fóbico y que se define como una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

No se usará el diagnóstico enfermero temor, siguiendo las recomendaciones de Luís Rodrigo⁵, desaconsejado para las personas con estímulos fóbicos.

En la actualidad, parece imponerse como método de trabajo el uso de la metodología NANDA-NOC-NIC en los planes de cuidados de enfermería, ya que por el momento es la taxonomía más ampliamente difundida y aceptada a nivel global. Es por ello por lo que paso a definir lo que significan cada uno de estos términos:

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



La clasificación NOC⁶ (Nursing Outcomes Clasification) consiste en un lenguaje consensuado que, previa identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes, permite una evaluación sistemática de los resultados enfermeros y su computarización.

Un resultado del paciente susceptible a las intervenciones de enfermería se define como un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervención(es) de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores más específicos que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado.

Para este anteproyecto, usaremos resultado el criterio de resultado NOC "nivel de estrés" (1212), definido como gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto. Se miden a través de una escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo, desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.

Este estudio plantea la comparación de la Escala de Ansiedad de Hamilton (anexo 1) con una Escala de Resultados de Enfermería NOC, para valorar su sensibilidad a la hora de registrar disminuciones en el nivel de ansiedad de los usuarios.

El diagnóstico enfermero de ansiedad, va a ser medido a través del resultado (NOC) nivel de estrés (1212) (anexo 2). Se utiliza este NOC y no el de nivel de ansiedad (1211), ya que en este segundo caso, el nivel de activación depende de una fuente no identificable y no es esta situación, porque sí que identifica el objeto fuente de su malestar.

Se puede establecer una cierta comparación entre ambos test, ya que en 11 de los 14 items que recoge la escala de ansiedad de Hamilton, podría establecerse un equivalente en la escala NOC nivel de estrés (1212), lo que supone un aspecto de gran relevancia a la hora de establecer similitudes entre ambas escalas.

Escala Ansiedad Hamilton	Escala Resultados NOC nivel estrés (1212)
(1) Humor ansioso	(121222) Ansiedad
(2) Tensión	(121201) Elevación de la presión sanguínea
(4) Insomnio	(121214) Trastornos del sueño
(5) Funciones intelectuales: falta memoria, dificultad concentración	(121215) Falta de memoria y bloqueos (121216) Errores mentales frecuentes (121218) Incapacidad para concentrarse en las tareas
(6) Humor depresivo	(121221) Depresión
(7) Síntomas somáticos musculares	(121205) Aumento de la tensión muscular en el cuello, los hombros y/o la espalda
(9) Síntomas cardiovasculares: taquicardia,...	(121202) Aumento de la frecuencia del pulso radial
(10) Síntomas respiratorios	(121203) Aumento de la frecuencia respiratoria
(11) Síntomas gastrointestinales	(121209) Diarrea (121212) Trastornos estomacales
(12) Síntomas genitourinarios	(121210) Micción frecuente
(13) Síntomas sistema nervioso autónomo: boca seca,...	(121208) Boca y garganta secas
(13) Síntomas sistema nervioso autónomo: tendencia a la sudoración,...	(121207) Palmas de las manos sudorosas

Por parte del test de ansiedad de Hamilton, habría que añadir los siguientes ítems que no guardan relación (al menos directa) con los indicadores del NOC nivel de estrés:

(3) Miedos: a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre.

(8) Síntomas somáticos generales: zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

(14) Conducta en el transcurso del test: tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.

La Escala de Ansiedad de Hamilton es autoaplicada, escogiendo en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que se siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego se suman la totalidad de los 14 ítems. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios: 0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante). Si la suma total de los puntos obtenidos es igual o mayor a 6 puede ser un criterio diagnóstico de trastorno de ansiedad.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Por parte del indicador de resultado NOC nivel de estrés (1212), quedarían por mencionar:

(121204) Pupilas dilatadas	(121226) Disociación
(121206) Cefalea tensional	(121227) Conducta compulsiva
(121211) Cambio en ingesta de alimentos	(121228) Aumento consumo alcohol
(121213) Inquietud	(121229) Aumento consumo fármacos psicotrópicos
(121217) Disminución atención a detalles	(121230) Aumento consumo tabaco
(121219) Explosiones de ira	(121231) Absentismo laboral
(212220) Irritabilidad	(121232) Disminución productividad
(121223) Recelo	(121233) Aumento número accidentes
(121224) Pensamientos opresivos	(121234) Cambios en la libido
(121225) Episodios de flashback	

La enfermera a la hora de realizar el plan de cuidados del diagnóstico enfermero de ansiedad, elegirá en función de la sintomatología que presente el usuario los indicadores de resultados que considere oportunos, describiendo su situación actual mediante la utilización (en cada indicador) de una escala tipo likert de 5 puntos, que concreta el nivel de estrés: 1 Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguno.

Aunque no tiene que ver directamente con este estudio pero sí con el plan de cuidados, la enfermera asignará a cada uno de los indicadores de resultados la puntuación diana a conseguir, tanto si es de aumento como de mantenimiento y el tiempo en el que se prevee conseguir para llevar a cabo la evaluación.

Como se puede ver, ambas escalas, tanto la de ansiedad de Hamilton como el NOC "nivel de estrés" (1212), utilizan la misma escala para medir la gravedad de la situación, medida en 5 niveles, que van desde la ausencia/ninguno hasta la intensidad máxima(invalidante)/grave.

Con esta comparación no se pretende equiparar ambas escalas, ni mucho menos, solamente se trata de mencionar características compartidas y describir las diferencias encontradas a la hora de evaluar una intervención para disminuir la ansiedad de los usuarios con fobias específicas.

La intervención que se va a llevar a cabo para alcanzar los resultados propuestos, está recogida en la clasificación de intervenciones enfermeras NIC⁷, que consiste en un lenguaje consensuado y codificado para denominar las actuaciones que las enfermeras realizan para ayudar al usuario a alcanzar los objetivos de salud.

En este anteproyecto, se llevará a cabo la intervención relajación muscular progresiva (código 1460), definida como facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Esta técnica fue creada por Jacobson en 1929. Según Bernstein⁸, se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. La técnica está dirigida a la reducción de distintos síntomas como: la tensión muscular, la ansiedad, la fatiga, dolores corporales de origen muscular, la irritación crónica, el tartamudeo y las fobias.

También tiene un efecto distractor sobre los pensamientos automáticos que producen preocupación y malestar emocional, al obligara a la persona a apartar su atención sobre ellos y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo.

La relajación progresiva se basa en dos métodos básicos: una respiración adecuada (inspiración profunda hacia la zona baja del vientre y expiración suave por la nariz, tras contener el aire unos dos/tres segundos) y el recorrido corporal progresivo, tensando y soltando los principales músculos del cuerpo.

Dentro de las intervenciones NIC están recogidas las actividades, que son las conductas o acciones específicas que las enfermeras realizan para llevar a cabo una intervención y que ayudan a que los usuarios avancen hacia el logro de los resultados deseados. De este listado, que aglutina la intervención NIC "relajación muscular progresiva", se llevarán a cabo las que se consideren más oportunas:

- Elegir un ambiente tranquilo y cómodo.
- Disminuir la iluminación.
- Tomar precauciones para evitar interrupciones.
- Sentar al paciente en una silla reclinable o poner en situación cómoda.
- Indicar al paciente que debe llevar prendas cómodas no restrictivas.
- Observar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones.
- Verificar si hay aumento de la presión intracraneal, fragilidad capilar, tendencia a la hemorragia, dificultades cardíacas agudas severas con hiperextensión u otros estados en los que la tensión muscular podría producir mayor lesión psicológica y modificar la técnica si procede.
- Enseñar al paciente ejercicios de relajación de mandíbula.
- Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares.
- Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres.

- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos/relajados.
- Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.
- Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no experimenta la relajación.
- Observar si hay indicios de no relajación, como movimientos, respiración intranquila, hablar y toser.
- Desarrollar una "conversación" de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.
- Terminar la sesión de relajación de forma gradual.
- Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.
- Animar al paciente a que practique entre las sesiones regulares con la enfermera.

Todo el proceso de atención a las personas fóbicas se lleva a cabo habitualmente de forma individual. En este caso, mantendremos esta situación excepto en lo referente a la relajación. A las personas que se les enseñe la relajación muscular progresiva a nivel grupal, seguirán el mismo programa de actividades y sesiones que las que lleven a nivel individual.

Se entiende como relajación grupal aquella se realiza con varias personas a la vez, en este estudios los grupos estarán formados por 8 usuarios.

En cuanto a la medición de la efectividad a nivel individual o grupal de la relajación, se podría decir que se trata de la capacidad de una intervención para conseguir los objetivos planteados en términos de realidad. Debido a que si finalmente se establece que la relajación grupal es más efectiva que la relajación a nivel individual, se podría afirmar por ende que también sería más eficiente.

Aunque no es el objetivo de esta investigación, daré una pequeña explicación de la razón por la que he escogido a la terapia cognitivo-conductual (TCC) como referente para el abordaje de las fobias específicas. Diversos estudios⁹⁻¹⁵ aportan evidencia sobre su efectividad en el tratamiento de las fobias específicas, así como beneficios en comparación con el uso de otras terapias, obteniéndose mejorías en más del 80 % de los pacientes.

La TCC facilita la identificación de pensamientos irracionales que provocan ansiedad y se enfrenta a estos pensamientos automáticos negativos y a las creencias subyacentes disfuncionales por medio de "prueba de hipótesis" colaborativa, con el uso de tareas conductuales entre las sesiones de llevar un diario y probar la validez de las creencias y el entrenamiento de aptitudes en las sesiones. Tiene como objetivo de la eliminación de patrones de pensamiento distorsionados, así como ostentar un papel activo durante el tratamiento para modificar su comportamiento.

La terapia cognitivo conductual a través de la desensibilización sistemática es muy específica y útil para las fobias específicas, así como la relajación progresiva y respiración controlada para la ansiedad. Según Rodríguez del Álamo¹⁶, los resultados de un meta-análisis apoyan la eficacia de la combinación de enfoques cognitivos y conductuales para los trastornos de ansiedad.

La relajación progresiva, sugerida inicialmente por Jacobson y desarrollada después por otros autores como Wolpe, Bernstein y Borkovec⁸, es una de las técnicas utilizadas encuadrada dentro del proceso de desensibilización sistemática, procedimiento que facilita el proceso de descondicionamiento de la ansiedad, mediante la percepción vivida de las situaciones a descondicionar. La relajación, se trata de un método eficiente debido al poco tiempo que requiere el procedimiento para su aplicación y a la rapidez en el aprendizaje (desde la primera sesión los sujetos experimentan sensaciones).

La aplicación de las habilidades adquiridas por parte de los sujetos presenta, también, una fácil generalización a diversas situaciones. Ello se debe a que su práctica no requiere de ninguna postura física no habitual o de condiciones ambientales especiales (se puede practicar sentado, de pie o tumbado, incluso realizando alguna actividad).

Así, el descubrimiento por parte del paciente de que puede ejercer un cierto control sobre las experiencias de su cuerpo y sus estados emocionales, permiten un paso importante de cara a la recuperación de la sensación de autocontrol. Una parte fundamental del tratamiento es el entrenamiento en las técnicas de la relajación, que permiten su práctica diaria en el ambiente habitual de las personas. Además, se condicionan respuestas voluntarias de los sujetos para que sirvan como instigadores para recuperar, o evocar, rápidamente las sensaciones de relajación cuando el sujeto las necesite.

En la actualidad, a pesar de la prevalencia de las fobias específicas en la población general, raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica.

Es muy frecuente que cuando se presenta la fobia específica, coexista con otros trastornos de ansiedad, así como con depresión, sobre todo en adolescentes¹⁴. De hecho, según Sosa y Capafons¹⁷ muchas de las personas que sufren de un trastorno de ansiedad no tratadas son propensas a otros trastornos psicológicos, como la depresión, y tienen una mayor tendencia al abuso de alcohol y otras drogas. Sus relaciones con los miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo pueden llegar a ser muy tensas.

La media de edad de inicio varía en cada tipo de fobia específica. Para la fobia situacional, la edad de inicio tiende a seguir una distribución bimodal, con un primer pico de incidencia en la segunda

infancia y un segundo pico en la mitad de la tercera década de la vida. Para la fobia ambiental (por ejemplo, fobia a las alturas), el inicio suele situarse en la segunda infancia, si bien muchos casos nuevos de fobia a las alturas aparecen al principio de la edad adulta. La segunda infancia también suele constituir la edad de inicio en la fobia animal y en la fobia a la sangre-inyecciones-daño.

El miedo a los animales y a otras situaciones ambientales es particularmente frecuente, teniendo un carácter a menudo transitorio cuando aparece en la infancia. Aunque este proyecto no se centra en la infancia, cabe mencionar que en los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, parálisis o abrazos. Los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y rara vez expresan malestar por la fobia.

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica se encuentran:

- Acontecimientos traumáticos: por ejemplo: el ser atacado por un animal.
- Crisis de angustia inesperadas que pueden convertirse en la situación temida.
- Observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor.
- Transmisión de informaciones: por ejemplo: repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales.

Los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar, particularmente alta en el miedo a la sangre y al daño.

La frecuencia según el sexo también varía según los tipos de fobia específica. Aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan un 55-70 %). De forma similar, aproximadamente el 75-90 % de los individuos que padecen fobia situacional son mujeres. Éstas también constituyen el 55-70 % de las personas con fobia a la sangre-inyecciones-daño.

Como ya hemos dicho, la relajación muscular progresiva es una técnica indicada para disminuir la ansiedad en fobias específicas^{10,11,18} pero no siempre la relajación va a ser positiva.

Según Hunot⁹ incluir o no la relajación dentro de un programa de exposición, va a depender básicamente de tres factores:

1. Si la ansiedad del paciente es muy alta ante el estímulo fóbico, la utilización de relajación genera mayor adherencia al tratamiento.
2. Si se van a aplicar exposiciones breves, la aplicación de la relajación facilitará la habituación al estímulo fóbico.

3. Si pretendemos aplicar una exposición donde el paciente no sienta niveles elevados de ansiedad durante la presencia del estímulo fóbico, la relajación puede ayudar a controlar dicha ansiedad.

El objetivo final es evitar que se desencadene “la alarma” cuando no hay nada real o concreto que lo justifique.

Según Sosa¹⁹, alrededor del 25 % de los pacientes con fobia que piden ayuda dejan el tratamiento en las primeras sesiones, y sabemos también que muchos pacientes pueden abandonar el tratamiento cuando llegue el momento de llevar a cabo la exposición sistemática al estímulo fóbico. Por ello se aconseja que se dedique algún tiempo (por lo general dos sesiones) a trabajar con el paciente aspectos que van a consolidar la motivación de cambio y que van a incrementar la sensación de compromiso positivo con la terapia.

En la actualidad, a pesar de que existe numerosa bibliografía sobre la efectividad de la TCC en el abordaje de las fobias específicas, no queda claro si hay mayores beneficios en el abordaje individual o grupal de las mismas. Puesto que el abordaje individual ha sido históricamente el más utilizado, vamos a desarrollar algunos aspectos del abordaje grupal.

Los abordajes en grupo, ofrecen ventajas terapéuticas fundamentales que de ninguna manera se pueden obtener en el trabajo individual:

- En los grupos, se ayuda a que las personas salgan paulatinamente del aislamiento social al que se han visto condenadas por la enfermedad, a luchar contra la incomprensión de la sociedad y en lo posible a establecer pautas de descondicionamiento para suprimir la sintomatología fóbica.
- El aprovechamiento máximo de recursos y ahorro de energías. Todo trabajo compartido hace que disminuya la cantidad de esfuerzo individual. El trabajo que se hace entre todos motiva a cada uno de sus integrantes.
- El grupo produce un mayor impacto que el propio terapeuta individual o que la actividad solitaria.
- Función didáctica: el paciente aprende mucho de los relatos y experiencias del resto de los integrantes del grupo y puede poner sus propios problemas en perspectiva.
- Se descubre la universalidad del problema. Significa que el trastorno “no me pasa solo a mí”. Este redescubrimiento y constatación reduce la ansiedad. “entonces, no estoy tan loco”.
- Función de exploración de los aspectos históricos y psicológicos personales y formas de relación interpersonal, en un entorno confiable donde también explorará los estilos y formas de relación interpersonal.

Julián Carretero Román

- Función de reforzamiento mutuo entre personas con la misma problemática. Recibirá, y luego ofrecerá, apoyo, solidaridad y comprensión sobre lo que sucede. Comprobará la real existencia de mejorías en otras personas, acrecentando sus esperanzas con respecto a su propias curación.
- Ofrece modelos de afrontamiento mediante el contacto con pacientes recuperados. Así es como se aprende de la experiencia del otro, compartiendo sus "mini-recetas".
- Se genera entre los integrantes del grupo una amistosa y sana competencia. Todos progresan según sus propios tiempos. Si alguien va un poco más rápido o más lento, los demás lo acompañarán o esperarán.
- Incremento de los objetivos individuales "a veces se me ocurren cosas en grupo que no se me ocurren cuando estoy solo".

Pero, también es cierto, que lo grupal tiene sus dificultades o inconvenientes:

- El paciente tiende a sentirse más cómodo y más confiado en la relación unipersonal con el psicoterapeuta debido a que aún está en un momento de inseguridad individual importante.
- Por timidez, vergüenza o por no comprender cómo el grupo puede ayudarlo con su problema.
- Aprensión a la falta de confidencialidad sobre su propia historia y padecimientos.
- Miedo a ser abrumado por los síntomas o historias de otros pacientes.
- Necesidad de sentir que recibe toda la atención, el tiempo y la dedicación para sus problemas.

Todos estos aspectos serán tenidos en cuenta para actuar en caso de que sea necesario y quizás hacerlo consciente a nivel grupal, de manera que puedan afrontarse cada una de estas posibles dificultades.

Para finalizar, y teniendo en cuenta que una de las formas de medir la efectividad de la intervención va a ser a través de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), es importante recalcar que a pesar de que afirma que los resultados NOC son suficientemente exactos y válidos para utilizar a la hora de documentar la efectividad de las intervenciones de enfermería, no obstante, refieren que es precisa la revisión de algunos resultados y su posterior verificación.

No hay duda de que los diversos tipos de trastornos de ansiedad en general y las fobias específicas en particular, pueden afectar gravemente el funcionamiento de una persona en el trabajo, la familia y el entorno social. Pero las perspectivas de recuperación a largo plazo para la mayoría de las personas que buscan ayuda profesional adecuada son muy buenas.

Concedores de la presión actual de los servicios de salud mental, sería adecuado investigar sobre formas de cuidar que sean sostenibles para el sistema, y a su vez optimicen al máximo los recursos disponibles, de manera que las enfermeras de un centro de salud mental, puedan participar en el

proceso de desensibilización sistemática, llevando a cabo la relajación a nivel grupal (si se demuestra que aporta mayores beneficios), ya que la calidad de la asistencia sanitaria no puede evaluarse sin tener en cuenta el trabajo de las enfermeras.

Los estudios que hay hasta el momento en relación con la modalidad de la terapia⁹, se refieren al conjunto de la TCC y dicen que no hay diferencias en cuanto a los resultados conseguidos. Las pruebas de las que se dispone en la actualidad acerca de las diferencias entre el abordaje individual o grupal de la relajación como mecanismo para disminuir el nivel de ansiedad en las fobias específicas no son concluyentes, requiriéndose estudios adicionales.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) está implantándose a todos los niveles para evaluar el trabajo enfermero. Puede ser muy útil contrastar la capacidad de medición de uno de sus criterios de resultados con la Escala de Ansiedad de Hamilton para despejar dudas y superar dificultades. Asimismo recomienda llevar a cabo investigaciones que comprueben la validez de los resultados enfermeros y es por ese motivo, por el que se va a verificar la mejoría de los indicadores NOC tras aplicar una intervención enfermera NIC.

Y para concluir, descarto mi interés personal en la relajación grupal, ya que es una intervención enfermera habitual, que puede implicar notables beneficios para las personas con ansiedad, así como justificar la implicación enfermera en la participación en el tratamiento de otros problemas de salud distintos a los que está acostumbrada, fomentando el desarrollo profesional. Considero que es un tema novedoso y original, que respeta en todo momento la atención al usuario cumpliendo de manera estricta los principios éticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrión O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires: Galerna; 2003. p. 25-35
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV- TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serran A, de Frutos Martín MA, Elcano Alfar R. Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. Aten Primaria. 1997 feb; 19(2): 67-71.
4. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
5. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p 359.
6. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

7. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
8. Bernstein D, Borkovec T. Entrenamiento en relajación progresiva. 10ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1999.
9. Christophe A. Psicología del miedo: temores, angustias y fobias. Barcelona: Kaidós; 2005. p. 221-226
10. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultada el 17-12-2007
11. Capafons JI. Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicotherma*; 13(3). Universidad de Oviedo. Oviedo, España p. 447-452
12. Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioural treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*. 2004 Abr; 60(4): 429-441
13. Amutio A. Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. C. Med. Psicosom, 62 / 63 - 2002 19
- 14 National Institutes of Mental Health. Department of health and human services. Anxiety Disorders. NIH Publication No. 06-3879
- 15 Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioural treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Jun;195(6):521-31. PMID: 17568301 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 16 Rodríguez del Álamo A. Aportaciones de la psicoterapia psicoanalítica específica y multimodal. Una revisión. *Aperturas psicoanalíticas*; 2003 Nov;(15)
- 17 Anxiety Disorders: The Role of Psychotherapy in Effective Treatment. APA Help Center. From the American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apahelpcenter.org/articles/article.php?id=46>. Consultado el 23-1-2008
- 18 Smith JC. Entrenamiento ABC en relajación. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.
- 19 Sosa CD, Capafons JI. Tratando fobias específicas. Madrid: Pirámide; 2005. p. 49-66

HIPOTESIS

La relajación muscular progresiva realizada a nivel grupal y llevada a cabo por la enfermera de salud mental, es más efectiva que a nivel individual para disminuir el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual de las personas con fobias específicas de entre 20 y 40 años.

OBJETIVOS

Evaluar si la relajación grupal es más efectiva que la relajación individual para disminuir el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual de las personas con fobias específicas.

Contrastar la sensibilidad del criterio de resultados (NOC) nivel de estrés (1212) para evaluar la sensibilidad en el cambio de puntuaciones y la utilidad de los resultados y las medidas en comparación con la Escala de ansiedad de Hamilton.

Confirmar la efectividad de la intervención enfermera NIC "relajación muscular progresiva (1460)" para obtener una mejoría en el criterio de resultados (NOC) "nivel de estrés (1212)"

METODOLOGIA

Diseño del estudio: Estudio cuasiexperimental, antes y después, con grupo control.

Se emplearán las Escalas de Ansiedad de Hamilton y la Escala tipo Likert del NOC nivel de estrés (1212) para evaluar la eficacia de la intervención relajación muscular progresiva, tanto a nivel individual como grupal para disminuir el nivel de ansiedad en pacientes con fobia específica.

Ambas escalas serán pasadas por la enfermera del centro de salud mental en la primera entrevista, antes de asignar a cada uno de los participantes al grupo control o al grupo intervención. Las escalas post intervención serán pasadas por la misma enfermera que se las pasó al inicio del proyecto, para evitar discrepancias y diferencias de criterio.

Debido a que la mayoría de las primeras demandas del CSM vienen derivadas de los centros de atención primaria y ésta es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, obtendremos de ahí la muestra. Según los datos del programa OMI-AP, a lo largo del año 2007 en los centros de atención primaria (AP) del área de intervención, se diagnosticaron a un total de 334 personas de entre 20 y 40 años de fobia específica. Teniendo en cuenta este dato, se fomentará el circuito existente para su derivación al centro de salud mental para su tratamiento y posible inclusión en el estudio.

La muestra se obtendrá mediante un muestreo consecutivo con reemplazamiento, reclutando a toda la población que acuda al por primera vez al CSM, derivada de AP y con diagnóstico de fobia específica durante un periodo de seis meses. Si pasado este periodo no se obtiene el número de participantes, se alargará lo mínimo posible. Si el tamaño muestral se obtiene antes, se iniciará la

fase de ejecución del proyecto. Debido a que no se dispone de una población demasiado grande y que esta forma de reclutamiento apenas interfiere en la dinámica habitual del centro, se considera un aspecto positivo que facilitará este proceso.

Ámbito del estudio: Centros de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico y Servicios de Salud Mental José Germain (IPSSMJG) del Área Sanitaria 9 de la Comunidad de Madrid, en las poblaciones de Leganés y Fuenlabrada.

Población diana: Pacientes diagnosticados de fobia específica en AP que son derivados para su tratamiento por primera vez al CSM del Instituto Psiquiátrico José Germain, con una edad comprendida entre 20-40 años. Se elige esta edad porque a pesar de que las fobias específicas comienzan en su mayoría en la infancia, solo se diagnostican cuando dan problemas en la vida diaria de quien las padece, debido a situaciones personales, laborales, familiares o sociales, coincidiendo con este periodo situado entre la segunda y la cuarta década de nuestras vidas.

A pesar de que según la bibliografía la prevalencia de las fobias específicas está en torno al 10 % y teniendo en cuenta que según el censo de Leganés y Fuenlabrada la población comprendida entre 20 y 40 años a fecha 1-1-2007 es de 144.326 personas, la realidad nos muestra que fueron 334 las personas que acudieron solicitando ayuda a los centros de atención primaria del Área Sanitaria 9 de Atención Primaria de Madrid, siendo ésta la población diana.

Muestra: Se obtendrá una muestra representativa de la población diana, teniendo en cuenta que estará compuesta por pacientes de ambos géneros diagnosticados en atención primaria de fobia específica, y derivados por primera vez a cualquiera de los dos centros de salud mental del IPSSMJG (Leganés y Fuenlabrada), con una edad comprendida entre 20-40 años.

Tamaño muestra: Para estimar el tamaño muestral se llevará a cabo un análisis de potencia, para poder probar la diferencia entre dos medias (la media en la reducción de la ansiedad entre el grupo control y el grupo intervención).

Análisis de potencia:

- Significación estadística: error tipo I (rechazar la hipótesis nula cuando es cierta) que estoy dispuesto a cometer = 0,05
- Magnitud del efecto: consideramos que las variable relajación grupal/individual tienen un efecto potente sobre la ansiedad, por lo que se considera alto = 0,8
- Potencia: asumiendo un error tipo II (probabilidad de aceptar una hipótesis que realmente es falsa) del 20 % = 0,8
- La hipótesis va a ser bilateral, es decir, cualquiera de los dos parámetros a comparar puede ser mayor o menor que el otro.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



- La población diana = 334 usuarios.

En función de estos datos y aplicando la tabla que aparece en el anexo 3, el tamaño de la muestra mínimo se sitúa en 50 participantes.

El porcentaje de abandonos, pérdida de información o no respuesta se estima en torno al 25 %. Este dato será tenido en cuenta y por ello todo sujeto participante que se pierda será reemplazado por otro en aquel grupo al que pertenecía.

Para finalizar, y debido a que dos grupos de menos de 30 individuos pueden limitar el uso de algunos estadísticos, y teniendo en cuenta que cuanto más grande sea la muestra será más representativa, se decide finalmente que el tamaño muestral sea de 64 participantes.

Criterios de inclusión:

- Usuarios derivados por primera vez desde atención primaria con diagnóstico de fobia específica y que acuden al CSM en el periodo de reclutamiento.
- Con edades comprendidas entre 20-40 años
- Ambos géneros: femenino y masculino
- Se inicie abordaje cognitivo-conductual para su tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de otros problemas de ansiedad concomitantes u otras patologías psiquiátricas.
- Usuarios derivados en anteriores ocasiones al CSM.
- Personas que tomen cualquier tipo de psicofármaco.
- Menores de 20 años o mayores de 40 años.

Variables:

Variable independiente:

- Relajación muscular progresiva: variable cualitativa dicotómica
 - o Individual
 - o Grupal

Definición: facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Se llevarán a cabo 10 sesiones semanales de relajación individual o grupal de 60 minutos de duración mediante la relajación muscular progresiva de Jacobson en la sala de relajación del CSM

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



(en el caso de la relajación grupal) y en la consulta de enfermería (en caso de relajación individual). Se llevará a cabo sentados

Fuente de información: a cada participante se le asigna al grupo control (relajación individual) o al grupo intervención (relajación grupal)

Variable dependiente:

Nivel de ansiedad: variable cualitativa ordinal

Según Hamilton:	Según NOC:
0: Ausente	5: Ninguno
1: Intensidad ligera	4: Leve
2: Intensidad media	3: Moderado
3: Intensidad elevada	2: Sustancial
4: Intensidad máxima	1: Grave

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo

Escala de medida:

- Escala tipo likert del NOC nivel de estrés (1212): Se miden a través de una escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado a través de cada uno de los indicadores describiendo su situación actual mediante la utilización de una escala de 5 puntos: 1 Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguno.
- Escala de ansiedad de Hamilton: valora 14 aspectos relacionados con los efectos que produce la ansiedad, puntuados de 0 a 4 que transcurren desde la ausencia, la intensidad ligera, intensidad media, intensidad elevada e intensidad máxima.

Fuente de información: de los cuestionarios que se pasan a los usuarios que participen en el estudio. La Hamilton es autoaplicada y la NOC es heteroaplicada.

Variables intervinientes:

- Edad: expresada en años
- Género: femenino y masculino
- Lugar residencia: Leganés o Fuenlabrada

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Recogida y Análisis de datos:

Método de reclutamiento:

Se realizará una difusión para dar a conocer el estudio a la dirección/gerencia de atención primaria del Área 9 de la Comunidad de Madrid, así como a todos los centros de atención primaria del área de referencia, fomentando las vías de derivación existentes.

Se llevará a cabo una sesión clínica en cada uno de los CSM, para dar a conocer al resto de profesionales la puesta en marcha del estudio y solicitar su colaboración en la medida de lo posible.

Dentro del CSM, el personal administrativo que reciba el paciente le asignará una cita con un psicólogo y una enfermera de referencia.

La enfermera será la encargada, en la primera entrevista, de explicar la existencia del estudio, así como la posibilidad de participar en el mismo dentro de su proceso de atención. Se explicarán a los usuarios que ambas opciones serán beneficiosas y se ofrecerá un resumen de la investigación.

Se garantizará a los participantes la integridad de la investigación, informando del uso que se les dará a los datos obtenidos, cómo se asegura la confidencialidad, etc.

La asignación de los usuarios al grupo control (relajación individual) o al grupo experimental (relajación grupal) se realizará en la primera entrevista, mediante la extracción por parte del usuario de una bola de color de una bolsa opaca. Las personas que saquen la bola azul llevarán a cabo la relajación grupal. Las personas que saquen la bola verde, llevarán a cabo la relajación a nivel individual. Habrá un total de 32 bolas azules y 32 bolas verdes, repartidas equitativamente entre los dos CSM.

De la muestra de 64 participantes, 32 se llevarán a cabo en el CSM de Leganés y otros 32 en el CSM de Fuenlabrada. En cada CSM, se dividirán los 32 usuarios en dos grupos, uno de 16 que llevará a cabo la relajación individual (grupo control) y otro de 16 (grupo intervención), que se subdividirá asimismo en dos grupos de 8 personas, para hacerlo más operativo, que llevarán a cabo la relajación a nivel grupal.

La relajación individual podrá comenzarse tras el primer contacto con el usuario. La relajación grupal se comenzará cuando haya 8 personas captadas para su inclusión en el estudio.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Mediciones: Para llevar a cabo las mediciones primero hay que preguntarse ¿qué es lo que uno quiere medir? ¿Los efectos inmediatos o los resultados posteriores de una sesión específica? ¿El nivel de relajación general de la persona o la propia capacidad para evocar el efecto de la relajación?

Al concluir la sesión, se pide al usuario que recuerde cómo se sentía durante la sesión. Para no caer en el error de asumir que la evaluación inmediatamente posterior mide automáticamente lo que ocurrió durante la sesión, se pedirá a los usuarios que recuerden cómo se sintieron, ya que de otra forma la evaluación posterior a la sesión podría centrarse únicamente en la medición de los efectos resultantes de ésta.

La enfermera del centro de salud mental llevará a cabo tres mediciones del nivel de ansiedad mediante:

1º. Test de ansiedad de Hamilton; escala de autoevaluación que explora el estado de ansiedad. Consta de 14 criterios, cada uno con una puntuación de 0 a 4 (anexo 1).

2º. Mediante la asignación de un valor a la escala tipo likert de los indicadores de resultado del NOC "nivel de estrés (1212)" de 1 a 5 (anexo 2). Dicha asignación se realizará en función de los datos obtenidos en una entrevista voluntaria, preguntando al paciente sobre los síntomas aparecidos.

Y se llevarán a cabo:

- Antes de comenzar el proyecto, en la entrevista en la que se explica y entrega el consentimiento informado.
- Al terminar las 10 sesiones de relajación muscular progresiva.
- Al cabo de los tres meses de terminar el proceso, para valorar si se han afianzado el conocimiento, las habilidades y las actitudes.

Análisis de los datos:

Se llevará a cabo solo teniendo en cuenta a los sujetos que hayan asistido al menos al 80% de las sesiones de relajación, tanto individuales como grupales. Si alguno de los participantes no cumple este criterio será excluido.

Se van a analizar varios aspectos:

Julián Carretero Román

1º La comparación entre la disminución del nivel de ansiedad/estrés entre la relajación grupal y la relajación individual.

2º La relación entre los valores obtenidos de pasar la escala de ansiedad de Hamilton y el NOC nivel de estrés de manera independiente, en cada una de las tres mediciones.

Para comparar las diferencias entre la relajación grupal y la relajación individual, se obtendrán la media, la desviación típica y el coeficiente de correlación con los valores obtenidos de pasar la escala de ansiedad de Hamilton y el NOC nivel de estrés de manera independiente. La media, desviación típica y coeficiente de correlación se hallarán con los datos antes de comenzar la intervención, con los datos al terminar las sesiones de relajación y con los datos que se obtengan a los tres meses de la relajación. De esta forma, se podrán comparar las mejoras obtenidas en el nivel de ansiedad/estrés en función de si la relajación ha sido a nivel grupal o a nivel individual.

A su vez, se procederá a la comparación de medias obtenidas en ambos grupos, a través del programa informático SPSS mediante el uso de la Chi Cuadrado. Si sale un "p" menor de 0,05 entonces habrá diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad y el tipo de relajación, con una probabilidad de error de 0,05.

Para ello, se elabora una hoja de registro (a través del programa Microsoft Excel) con los datos obtenidos donde figuran todas las variables del estudio.

Se supone que la mejoría estimada en el grupo experimental sobre el control (disminución del nivel de ansiedad), se debe a la intervención, y no al proceso de aprendizaje en el tiempo. Debido al proceso de desensibilización, puede que aparezca una mejora debido a la habituación del usuario al estímulo fóbico, disminuyendo las respuestas ansiógenas ante la situación previamente temida. Este factor podría ser objeto de estudio en nuevos proyectos.

También se analizarán las pérdidas de seguimiento de los sujetos incluidos en el estudio.

Limitaciones del estudio:

- El uso de la relajación representa un costo adicional que debe justificarse adecuadamente. Dicho costo se hace patente ya que:
 - a) Necesita de un aprendizaje y práctica habitual
 - b) Algunas investigaciones al respecto indican la necesidad de aprender por parte del individuo diversos métodos de relajación y no solo uno.
 - c) Hoy en día desconocemos en qué pacientes puede provocarse la aparición de la ansiedad inducida por relajación.

- La selección: debido a que es una patología infradiagnosticada es posible que no se incluya una muestra representativa de este problema. Para ello se tiene en cuenta que al aumentar el tamaño muestral, se consigue una muestra representativa de la población diana. A su vez, son tenidos en cuenta factores como el abandono del tratamiento.
- Dificultad de la representación de la población general por parte de los sujetos elegidos. Ya que no se tienen en cuenta menores de 20 años ni mayores de 40 años.
- Dificultad de la generalización debido a la rigidez de la selección y de la intervención.
- La probabilidad de aceptar una hipótesis que realmente es falsa del 20 %.
- La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es cierta del 5 %.
- La diferencia en el tiempo de inicio de aplicación de la relajación individual (inmediato) o la relajación grupal (cuando se reúnan 8 usuarios) puede interferir en los resultados conseguidos.

Consentimiento informado y consideraciones éticas:

En la primera entrevista en la que se planifique el programa de atención, se le entregará al posible participante un consentimiento informado (ver anexo 4) en el que se le explicarán entre otros el objetivo de la investigación, la metodología empleada, el tratamiento, sus beneficios y posibles efectos adversos, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de sus datos así como la compensación económica y el investigador responsable del estudio.

Debido a que ambas opciones de la variable independiente van a suponer una adecuada atención al usuario y que el tamaño muestral lo componen personas mayores de edad no hay consideraciones que impidan la puesta en práctica de este estudio.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Si se demuestra la hipótesis planteada, podría aumentarse la calidad de la atención enfermera ofrecida a las personas con ansiedad debido a un trastorno fóbico.

Igualmente se aplicarían eficientemente los recursos ya que disminuiría el coste-beneficio de la intervención.

Podría plantearse la especificación de la intervención relajación muscular progresiva grupal o individual en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC).

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Tanto si se demuestra la hipótesis como si no, lo que sí parece cierto es que se produce una disminución del nivel de ansiedad con la puesta en práctica de la relajación, lo que vendría a confirmar que la intervención enfermera relajación muscular progresiva (NIC) consigue disminuir el nivel de estrés (resultado NOC) y por lo tanto contribuye al tratamiento del diagnóstico enfermero (NANDA) de ansiedad.

Se divulgarán los resultados en el próximo congreso nacional de enfermería de salud mental mediante la comunicación de los mismos. Asimismo, se optará al premio de investigación que impulsa la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental convocado anualmente.

Se participará en el Congreso de Investigación del Instituto de Salud Carlos III Investen isciiii, para divulgar los resultados del proyecto.

Por último, se elaborará un artículo que se presentará para su publicación en la revista de enfermería de salud mental de habla hispana "Presencia" (indexada dentro de Cuiden) y se valorará la posibilidad de traducirlo al inglés para su envío a la revista Nurses, que según el índice de factor de impacto de las revistas internacionales, es una de las más relevantes.

PLAN DE TRABAJO

Cronograma

Duración del estudio: 2 años

- | | |
|---|---------|
| - Contacto con las direcciones asistenciales, los centros y sus profesionales | 3 meses |
| - Reclutamiento de la muestra | 6 meses |
| - Fase de intervención | 6 meses |
| - Análisis de datos | 3 meses |
| - Comunicación de resultados | 6 meses |

1ª FASE: 1-3 meses

Se solicitarán los permisos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

Se presentará el proyecto en los distintas direcciones gerentes y asistenciales, así como en los centros de atención primaria y centros de salud mental solicitando la participación de los profesionales.

2ª FASE: 4-9 meses

A los pacientes que acudan al CSM con diagnóstico de fobia específica durante el periodo de reclutamiento se les asignarán a un psicólogo y a una enfermera de referencia, encargados de llevar a cabo este estudio.

De la muestra de 64 participantes, 32 se llevarán a cabo en el CSM de Leganés y otros 32 en el CSM de Fuenlabrada. En cada CSM, se dividirán los 32 usuarios en dos grupos, uno de 16 que llevará a cabo la relajación individual (grupo control) y otro de 16 (grupo intervención), que se subdividirá asimismo en dos grupos de 8 personas, para hacerlo más operativo, que llevarán a cabo la relajación a nivel grupal. Como hemos mencionado, la asignación al grupo control o grupo intervención se hará al azar mediante la extracción de una bola de color.

Las enfermeras serán las encargadas de filtrar a los pacientes en función de los criterios de inclusión y no de exclusión. Se llevarán a cabo entrevistas individuales con cada uno de los pacientes derivados a los que se le pasarán los test de ansiedad de Hamilton y se le asignará un valor en la escala tipo likert de los indicadores de resultado del NOC "nivel de estrés (1212)". Igualmente se les explicará el proyecto y se procederá a la firma del consentimiento informado.

3ª FASE: 10-15 meses

Puesta en marcha del programa cognitivo conductual y de desensibilización sistemática.

- 1) Fortalecimiento del compromiso del cambio, donde se prepara al paciente ante el reto de solucionar su problema.
- 2) Jerarquía y adquisición de habilidades, fase en la que se elabora una jerarquía del estímulo fóbico y se aprende el manejo de distintas herramientas psicológicas que ayudan a afrontar la tercera fase
- 3) Exposición, donde el paciente se enfrenta al estímulo temido.

Las consultas por parte de los psicólogos se llevarán a cabo en su consulta, así como las de enfermería en cuanto a la relajación individual. La relajación grupal se llevará a cabo en la sala de grupos de cada uno de los CSM, en el horario acordado por los profesionales; un total de 10 sesiones de relajación muscular progresiva con una duración de 1 hora y con una periodicidad semanal.

Estructura de las sesiones:

- Introducción y revisión de la sesión anterior si procede.
- Dudas y comentarios.
- Entrenamiento en relajación muscular progresiva según guía (anexo 5).
- Incentivar el trabajo en casa.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



4ª FASE: 16-18 meses

Se trata de la recopilación e interpretación de los datos obtenidos para poder establecer una serie de conclusiones. Esta fase será realizada por la enfermera/o especialista en salud mental.

Para el establecimiento de conclusiones se procederá a la comparación de medias en ambos grupos, una vez finalizada la intervención sobre el grupo experimental. Se establecerá una consulta con un experto en bioestadística para asegurar el correcto análisis e interpretación de los datos.

5ª FASE: 19-24 meses

Divulgación de resultados del estudio.

Composición del equipo investigador:

Personal de los Centros de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico y Servicios de Salud Mental José Germain:

4 Enfermeras (2 del CSM de Leganés y 2 del CSM de Fuenlabrada)

2 Psicólogos clínicos (1 del CSM de Leganés y 1 del CSM de Fuenlabrada)

Distribución de tareas:

Funciones de la enfermera del centro de salud mental:

- Captar usuarios para la para su inclusión en el estudio.
- Completar el Test de Ansiedad de Hamilton antes, al finalizar la relajación y a los tres meses de terminar el estudio.
- Asignar un valor a los indicadores de resultados del NOC "nivel de estrés (1212)" antes, al finalizar la relajación y a los tres meses de terminar el estudio.
- Enseñar la relajación muscular progresiva a nivel individual
- Enseñar la relajación muscular progresiva a nivel grupal

Para evitar posibles sesgos, ambas enfermeras llevarán a cabo tanto la relajación individual como la grupal.

Funciones del psicólogo clínico:

- Captar usuarios para la para su inclusión en el estudio.
- Definir con el paciente el objeto y la naturaleza específica de sus miedos.
- Establecer una lista jerárquica de situaciones que desatan el miedo, desde las más factibles hasta las más difíciles
- Verificar la pertinencia de las informaciones de las que dispone el paciente respecto a sus miedos
- Desarrollar habilidades de afrontamiento que incluyen modificación de estas cogniciones que provocan ansiedad.
- Estrategias de entrenamiento conductual con exposición in vivo o en la imaginación, generalmente de manera gradual, jerárquica.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Funciones del investigador:

- Solicitar los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación.
- Presentar en las direcciones/gerencia, centros de atención primaria y centros de salud mental el proyecto para conseguir la colaboración de los profesionales.
- Analizar los datos obtenidos de las distintas escalas.
- Difundir los resultados del estudio.

RECURSOS DISPONIBLES

- Sala de grupos de cada uno de los CSM con butacas cómodas.
- Consultas individuales del CSM.
- Profesionales de cada uno de los CSM incluidos en el estudio.
- Equipo de música.

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

Se solicitará a la dirección/gerencia del Instituto Psiquiátrico y Servicios de Salud Mental José Germain y del Área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid los permisos necesarios para poner en marcha este proyecto, presentándoles el mismo y solicitando su colaboración.

Igualmente se presentará el proyecto en cada uno de los dos Centros de Salud Mental solicitando en cada uno de ellos, profesionales interesados en participar en el mismo (2 enfermeras y 1 psicólogo por cada centro).

Para sufragar el coste económico de la puesta en práctica del proyecto se solicitará una beca de investigación al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

Material inventariable: El Instituto Psiquiátrico José Germain actualmente no dispone del programa informático SPSS, que supone un soporte informático imprescindible para el análisis de los datos obtenidos. Por otro lado, el programa podrá servir para próximas investigaciones.

Asimismo, será imprescindible el uso de un ordenador portátil de última generación que permitirá a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos.

Por último, sería conveniente disponer en cada CSM de los libros de la NANDA, el NIC y el NOC para su consulta y resolución de dudas.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Material fungible: En cuanto al material fungible se precisará material de oficina, correos, telecomunicaciones, fotocopias, etc. necesarias en las diferentes fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto.

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid así como a los del resto de Comunidades, mediante su divulgación en jornadas y congresos.

Viajes y dietas: Precisaremos el dinero necesario para los desplazamientos de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el investigador y el equipo de investigación para la preparación y coordinación del equipo.

También serán necesarios realizar viajes en los que se incluirán dietas para difundir los resultados.

Contratación servicios externos: Será necesaria la contratación de personas que realicen labores como la inclusión de los datos en la tabla y el análisis de los datos estadísticos.

PRESUPUESTO

a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
Material inventariable	
Ordenador portátil Hewlett Packard	1.800,00 €
Programa estadístico SPSS	1.250,00 €
Paquete informático Microsoft Office 2007	300,00 €
Libros NANDA, NIC, NOC	500,00 €
Bibliografía (global)	500,00 €
Material de oficina (recogida, análisis de datos y divulgación de resultados)	1.000,00 €
Servicios externos:	800,00 €
- Introducción de datos	
- Apoyo estadístico para análisis de los datos	300,00 €
	600,00 €
SUBTOTAL	6.250 €
b) Viajes y dietas	
Dietas de campo	600,00 €
Divulgación resultados:	
Congreso Nacional Enfermería Salud Mental y Premio de Investigación de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental	1.500,00 €
Encuentro Investen: Foro investigaciones	1.500,00 €
SUBTOTAL	3.600 €
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	9.850 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	9.850 €

ANEXO I: ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

INSTRUCCIONES: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítem acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante).**

1. **HUMOR ANSIOSO:** Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.
2. **TENSION:** Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.
3. **MIEDOS:** A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.
4. **INSOMNIO:** Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.
5. **FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS):** Dificultad de concentración. Mala memoria.
6. **HUMOR DEPRESIVO:** Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.
7. **SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES:** Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.
8. **SINTOMAS SOMATICOS GENERALES:** Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).
9. **SINTOMAS CARDIOVASCULARES:** Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).
10. **SINTOMAS RESPIRATORIOS:** Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

12. SINTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad.

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



ANEXO II

Nivel de estrés (1212)		Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicológico (M) Escala(s): Grave hasta Ninguno				
Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: _____		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
121201	Elevación de la presión sanguínea	1	2	3	4	5
121202	Aumento de la frecuencia del pulso radial	1	2	3	4	5
121203	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5
121204	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5
121205	Aumento de la tensión muscular en el cuello, los hombros y/o la espalda	1	2	3	4	5
121206	Cefalea tensional	1	2	3	4	5
121207	Palmas de las manos sudorosas	1	2	3	4	5
121208	Boca y garganta secas	1	2	3	4	5
121209	Diarrea	1	2	3	4	5
121210	Micción frecuente	1	2	3	4	5
121211	Cambio en ingesta de alimentos	1	2	3	4	5
121212	Trastornos estomacales	1	2	3	4	5
121213	Inquietud	1	2	3	4	5
121214	Trastornos del sueño	1	2	3	4	5
121215	Falta de memoria y bloqueos	1	2	3	4	5
121216	Errores mentales frecuentes	1	2	3	4	5
121217	Disminución atención a detalles	1	2	3	4	5
121218	Incapacidad para concentrarse en las tareas	1	2	3	4	5
121219	Explosiones de ira	1	2	3	4	5
212220	Irritabilidad	1	2	3	4	5
121221	Depresión	1	2	3	4	5
121222	Ansiedad	1	2	3	4	5
121223	Recelo	1	2	3	4	5
121224	Pensamientos opresivos	1	2	3	4	5
121225	Episodios de flashback	1	2	3	4	5
121226	Disociación	1	2	3	4	5
121227	Conducta compulsiva	1	2	3	4	5
121228	Aumento consumo alcohol	1	2	3	4	5
121229	Aumento consumo fármacos psicotrópicos	1	2	3	4	5
121230	Aumento consumo tabaco	1	2	3	4	5
121231	Absentismo laboral	1	2	3	4	5
121232	Disminución productividad	1	2	3	4	5
121233	Aumento número accidentes	1	2	3	4	5
121234	Cambios en la libido	1	2	3	4	5

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de información para el posible participante

1. **Objetivo:** Llevar a cabo un proyecto de investigación en el que se analizarán los beneficios de la relajación grupal en comparación con la relajación individual para el tratamiento de las fobias específicas incluidas dentro de un programa cognitivo conductual.

2. **Metodología empleada:**
 - Definir con el paciente el objeto y la naturaleza específica de sus miedos.
 - Establecer una lista jerárquica de situaciones que desatan el miedo, desde las más factibles (enfrentarse a imágenes o pensamientos) hasta las más difíciles (afrentar la situación).
 - Aprender una técnica de relajación.
 - Verificar la pertinencia de las informaciones de las que dispone el paciente respecto a sus miedos
 - Hablar de los escenarios de la catástrofe y ponerlos en tela de juicio
 - Exposición, donde el paciente se enfrenta al estímulo temido.

3. **Tratamiento que puede serle administrado, haciendo referencia al placebo si procede:** Toda la terapia va a ser individual, salvo lo relativo a la relajación, que podrá realizarse a nivel grupal o individual. La asignación a la relajación individual o grupal se realizará mediante la elección de una bola de color al azar.

4. **Beneficios derivados del estudio:** Se pretender conocer los beneficios que puede aportar la relajación grupal en comparación con la relajación individual para las personas diagnosticadas de fobia específica.

5. **Incomodidades y riesgos derivados del estudio (número de visitas, pruebas complementarias a que se someterá...).** Asistirá a la terapia cognitivo-conductual de manera individual con el psicólogo, así como a 10 sesiones de relajación con la enfermera del centro de salud mental, que podrán ser individuales o grupales. Se ha decidido que sean 10 sesiones de relajación porque se ha demostrado que los estudios que usaron ocho o menos sesiones fueron pequeños y de calidad metodológica muy baja, lo que limita la confianza en estos resultados.
Será necesario contestar a dos test antes de empezar la relajación, también al acabar las 10 sesiones y le serán realizados los mismos test pasados tres meses desde la intervención.

6. **Posibles acontecimientos adversos:** Tanto la relajación individual como grupal son beneficiosas para disminuir el nivel de ansiedad, con lo que no se contemplan posibles efectos adversos.
7. **Tratamientos alternativos disponibles:** El abordaje que se va a hacer de su problema será mediante una terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado ampliamente sus beneficios en el abordaje de las fobias específicas.
8. **Carácter voluntario de su participación, así como posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación profesional-usuario ni se produzca perjuicio en su tratamiento.**
9. **Personas que tendrán acceso a los datos del voluntario y forma en que se mantendrá la confidencialidad:** Únicamente tendrán acceso a los datos los profesionales implicados en la investigación, que obligados por el secreto profesional han de mantener la confidencialidad de los mismos. Se asignará un número a cada participante desde el 100 al 164 y esta será su única identificación sin que sea posible su reconocimiento.
10. **Modo de compensación económica y tratamiento en caso de daño o lesión por su participación en el ensayo, tal como consta en la Ley de medicamento.** No habrá compensación económica y tampoco se contempla el daño o lesión por su participación en el ensayo.
11. **Investigador responsable del ensayo y de informar al sujeto y contestar a sus dudas y preguntas, y modo de contactar con él en caso de urgencia.** Julián Carretero Román. Para contactar conmigo, hablar con su enfermera del centro de salud mental

¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Julián Carretero Román



Título del ensayo: ¿Es más efectiva la relajación a nivel individual que grupal para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (nombre del investigador):

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha:

Firma del participante:

ANEXO IV: GUÍA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Ponte cómodo. Si lo deseas, cierra los ojos y deja que tu cuerpo se vaya concentrando en las sensaciones que van a venir a continuación...

Comenzaremos por tu brazo derecho. Centra tu atención en el brazo derecho... Aprieta el puño y siente la tensión que se genera en los dedos, en el antebrazo y en todo el brazo... Mantén esa tensión unos segundos, hasta que seas capaz de sentirla bien... Y ahora suelta toda la tensión del puño, suéltala toda y de forma brusca.

Y concéntrate en la sensación de relajación que ocurre en la mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo... Centra tu atención en esa sensación. Una sensación de ligereza o de pesadez, puede que notes incluso un ligero hormigueo o un poco de calor... Eso está bien.

Quizá notes que el brazo se queda blando, flojo, suelto... Eso es la relajación muscular. Permítete sentir esas sensaciones agradables...

Ahora vamos a tensar de nuevo los mismos músculos. Aprieta de nuevo el puño derecho, lo suficiente como para sentir la tensión muscular en el puño, el antebrazo y el brazo derecho... Suelta toda la tensión de nuevo, de forma brusca. Siempre vamos a soltar la tensión de forma brusca, ya que de ese modo podemos aprender antes a distinguir las sensaciones de la tensión de las sensaciones de la relajación... Ahora el brazo, el antebrazo y la mano ya se han relajado. Han quedado blandos, flojos y suaves.

Deja que tu respiración se haga suave y rítmica, sin forzar. El aire circula de forma suave y llega hasta tu abdomen. Trata de respirar con la parte baja de los pulmones, de forma suave y rítmica, sin forzar... Ahora vamos a tensar el puño izquierdo. Ténsalo con fuerza suficiente para notar la tensión en el antebrazo y en todo el brazo izquierdo... Suelta la tensión.

Deja que se relaje la mano, el antebrazo y todo el brazo izquierdo... Concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen: la pesadez, la flojedad, la suavidad... todas estas sensaciones pueden producirse en el brazo y en la mano. Permite que aparezcan estas sensaciones inofensivas y relajantes... Quizá hayas notado que al tensar el puño izquierdo también se tensaban otras zonas de tu cuerpo, incluido el brazo o el puño derecho. Esto es normal, sobre todo al principio.

Pero es importante que prestes atención para que sólo se tense aquella zona del cuerpo que queremos tensar. Es importante que aprendas a mantener relajadas el resto de zonas de tu cuerpo mientras no desees sentir la tensión en esas zonas. Más adelante será muy útil que aprendas a mantener la relajación de ciertos músculos mientras tensas otras zonas de tu cuerpo.

Repetimos de nuevo la tensión en el puño izquierdo...

Y soltamos la tensión...

De nuevo sentimos la relajación en nuestro brazo... El brazo izquierdo se queda suave, blando, flojo, libre de tensión... Y la respiración continúa suave y tranquila, sin forzar. Una respiración abdominal, suave y tranquila, sin forzar.

Ahora vamos a tensar los músculos de la cara. Esto es un poquito más difícil pero con la práctica irá saliendo mejor. Para tensar todos los músculos de la cara ten en cuenta que debes tensar la frente, los párpados, el entrecejo, la nariz, los labios, la mandíbula y la lengua. De momento, vamos a tensar sólo la frente. Para ello, trata de elevar con fuerza las cejas... Elévalas... Y suelta la tensión... Repite de nuevo la tensión en la frente...

Y suelta la tensión... La frente se queda suave y blanda, libre de tensión...

Tensa ahora los párpados. Apriétalos. Siente la tensión suave en los ojos... y suelta la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten...

Tensa de nuevo los párpados... Y suelta la tensión...

Tensa ahora el entrecejo y la nariz, como si pusieras cara de asco... Siente la tensión en el entrecejo y en la nariz... Y suelta la tensión... Nota cómo se relaja esa zona de tu cara. Queda suave y blanda, sin tensión...

Tensa de nuevo el entrecejo y la nariz... Y suelta la tensión...

Tensa ahora la mandíbula y la lengua, apretando los dientes y empujando la lengua contra el paladar.

Siente la tensión en los dientes y los labios... Y suelta la tensión... La lengua queda blanda, floja, sin tensión. Las mandíbulas también se relajan, sueltan toda la tensión...

Tensa de nuevo la mandíbula y la lengua... Y suelta la tensión...

Ahora la cara se ha relajado. También los brazos. Y la respiración es suave, tranquila y profunda. Sin forzar...

A continuación, vamos a relajar el cuello. Para tensarlo puedes intentar tocar con la barbilla el pecho o, si estás acostado, puedes empujar la cabeza contra el colchón. Tensa ahora el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... El cuello queda blando, suave y sin tensión... El cuello se relaja... Tensa de nuevo el cuello.

Siente la tensión... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en la sensación de relajación y bienestar que se va acumulando... La respiración tranquila y suave, los brazos relajados, la cara relajada y ahora también el cuello relajado...

Para tensar los hombros vamos a tirar de ellos hacia atrás, como si intentásemos tocar nuestros hombros entre sí por la espalda. Tensa ahora los hombros...

Siente la tensión... Y suelta la tensión. La espalda parece relajarse... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y suaves... relajados.

Ahora tensaremos de nuevo los hombros, pero esta vez tiraremos de ellos hacia delante, como si quisiéramos juntarlos delante nuestro. Ténsalos ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pecho y la espalda se relajan. Concentra tu atención en las sensaciones que se producen... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en las sensaciones de la relajación: los músculos se aflojan, se quedan sueltos y blandos. Disfruta de esa sensación de relajación que se va produciendo...

Ahora intenta tensar los músculos del abdomen como si quisieras hacer una flexión abdominal. Siente la tensión en todo el abdomen... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y tu

atención se concentra en la relajación y en las sensaciones agradables que se producen... Tensa de nuevo los músculos del abdomen...

Y suelta la tensión... Disfruta de la sensación agradable que sientes al soltar la tensión. Siente cómo los músculos se aflojan y quedan blandos y tranquilos... Ahora vamos a tensar la parte media y baja de la espalda. Para ello trata de arquear la espalda, como si quisieras sacar el abdomen hacia delante. Arquea la espalda ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión...

De nuevo se produce una liberación de tensión que resulta agradable... relajante... Tensa de nuevo la espalda, arqueándola... Y suelta la tensión... Concentra tu atención de nuevo en las sensaciones agradables que se producen al soltar la tensión...

Y la respiración continúa suave y tranquila, relajante y sin forzar... El aire entra y tu cuerpo se relaja... El aire sale y la tensión se va... La respiración continúa suave, profunda y sin forzar. Relajante y agradable. Suave y abdominal...

Ahora vamos a tensar la pierna derecha. Para eso tensa con fuerza la punta del pie hacia delante, como si quisieras pisar el freno de un coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pie se relaja; la pantorrilla y el muslo, también... Concentra tu atención en todos los músculos que han soltado la tensión y nota la diferencia... Tensa de nuevo la punta del pie, con fuerza suficiente para notar la tensión en la pantorrilla y el muslo derecho... Suelta la tensión y concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen...

Y ahora vamos a tensar la pierna izquierda.

Para ello tensa con fuerza la punta del pie izquierdo hacia delante, como si quisieras pisar el embrague del coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... Todos los músculos del muslo, la pantorrilla y el pie se relajan...

Tensa de nuevo el pie. Siente la tensión en toda la pierna... Y suelta la tensión... La pierna se relaja. El pie, la pantorrilla y el muslo se relaja... Sientes una sensación agradable de pesadez, tranquilidad o relajación que recorre tu pierna...

Y todo tu cuerpo se ha relajado... Los brazos... la cara y el cuello... los hombros... el abdomen... la espalda... y las piernas... La respiración se ha hecho tranquila y profunda, suave y sin forzar, abdominal y relajante... Siente el ritmo suave y tranquilo... Siente la paz que te reporta esa respiración tranquila, abdominal y profunda... Siente cómo se renueva tu energía, cómo la tensión abandona tu cuerpo... Siente cómo la tranquilidad y la relajación se hacen más y más agradables... Permítete sentir esas sensaciones agradables. Tienes derecho a sentirte tranquilo y relajado...

Disfruta un rato de estas sensaciones y siente cómo renuevan también tu mente...

Cuando desees levantarte, tan sólo tienes que mover un poco las piernas y los brazos antes de hacerlo.

Levántate de forma suave, pues la relajación ha hecho que todos tus músculos queden blandos y agradablemente flojos, sin tensión.