

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL MANEJO DE LA
ANSIEDAD. ESTUDIO ANALÍTICO CUASIEXPERIMENTAL.**

Alumno: OLID MARTÍNEZ, FRANCISCO.

Tutor: GONZALEZ CHORDA, VÍCTOR MANUEL.

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2020-2021**



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 23 de mayo del 2021

Nombre del tutor/a	Víctor Manuel González Chordá
Nombre del alumno/a	Francisco Olid Martínez
Tipo de actividad	3. Propuesta de intervención: En este supuesto el alumno propone una intervención (clínica o similar) que no se realiza. Tampoco accede a historias clínicas ni datos personales de ningún tipo
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD. ESTUDIO ANALÍTICO CUASIEXPERIMENTAL.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	210521185940
Código de Investigación Responsable	TFM.MPA.VMGC.FOM.210521
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD. ESTUDIO ANALÍTICO CUASIEXPERIMENTAL**. Ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados. Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los



procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



RESUMEN

Las enfermedades que afectan a la salud mental, como parte de la salud en su conjunto, disminuyen de forma significativa la calidad de vida del que la padece. Dentro de los trastornos psiquiátricos, la depresión y la ansiedad se encuentran entre los trastornos de mayor prevalencia, siendo el tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos el de elección, llegando incluso a ser el único para el manejo de los síntomas. En esta línea, se plantea una alternativa al uso excesivo de fármacos, como son las técnicas de relajación, siendo una de las opciones no farmacológicas más empleadas y efectivas. Enfermería tiene las herramientas adecuadas para llevar a cabo este tipo de intervenciones, jugando un papel fundamental en el abordaje de los trastornos de ansiedad desde la atención primaria.

Así, el objetivo general de este proyecto es analizar la efectividad de las técnicas de relajación de forma grupal impartidas por enfermería para el manejo de los trastornos de ansiedad generalizada.

El diseño del estudio es de tipo analítico, prospectivo y cuasi experimental pretest-postest, sin grupo control. En cuanto a la metodología se utilizará como intervención la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y el entrenamiento en respiración. Para evaluar la variable dependiente se hará uso del cuestionario "*State-Trait Anxiety Inventory*" (STAI), versión en castellano, que mide la ansiedad en dos dimensiones: estado y rasgo. Esta se analizará antes y después de la intervención. Además, se incluirá una serie de variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, profesión, consumo de psicofármacos, diagnóstico de enfermedad mental previo, práctica de alguna técnica de relajación previa al grupo, comorbilidades psiquiátricas y antecedentes familiares de patología mental), que actuarán como variables independientes.

Palabras clave: ansiedad, relajación, relajación muscular, atención primaria.

ABSTRACT

Diseases that affect mental health, as part of health as a whole, significantly reduce the quality of life of those who suffer from it. Within psychiatric disorders, depression and anxiety are among the most prevalent disorders, being the drug treatment in most cases the one of choice, even becoming the only one for the management of symptoms. Along these lines, an alternative to the excessive use of drugs is proposed, such as relaxation techniques, being one of the most used and effective non-pharmacological options. Nursing has the appropriate tools to carry out this type of intervention, playing a fundamental role in the approach to anxiety disorders from primary care. Thus, the general objective of this project is to analyze the effectiveness of group relaxation techniques taught by nursing for the management of generalized anxiety disorders. The study design is analytical, prospective and quasi-experimental pretest-posttest, without a control group. Regarding the methodology, the Jacobson's progressive muscle relaxation technique and breathing training will be used as intervention. To evaluate the dependent variable, the "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI) questionnaire, version in Spanish, will be used, which measures anxiety in two dimensions: state and trait. This will be analyzed before and after the intervention. In addition, a series of sociodemographic variables will be included (sex, age, marital status, profession, consumption of psychotropic drugs, diagnosis of previous mental illness, practice of a relaxation technique prior to the group, psychiatric comorbidities and family history of mental illness), which they will act as independent variables.

Keywords: anxiety, relaxation, muscle relaxation, primary care.

ÍNDICE

1. Pregunta de investigación	1
2. Pregunta en formato pico	1
3. Antecedentes y estado actual del tema	1
4. Justificación del estudio	4
5. Hipótesis	4
6. Objetivos de la investigación	5
7. Material y métodos	5
a) Tipo de diseño.	5
b) Población diana y población a estudio.	5
c) Criterios de inclusión y exclusión.	5
d) Calculo del tamaño de la muestra	6
e) Método de muestreo	6
f) Método de recogida de datos.	6
g) Variables. Definición de las variables, categorías, unidades.	6
h) Descripción de la intervención, si la hubiera.	8
i) Descripción del seguimiento, si lo hubiera.	9
j) Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos.	10
k) Programa estadístico a utilizar.	10
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis	11
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica	11
10. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos.	11
11. Posibles problemas éticos. Ley de protección de datos.	12
12. Calendario y programa previsto para el estudio	13

13. Personal que participará en el estudio	13
14. Instalaciones e instrumentación	14
15. Presupuesto	15
16. Bibliografía	16
17. Anexos	19



1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Las terapias de relajación resultan efectivas para el manejo de la ansiedad en atención primaria?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO.

¿En pacientes con trastorno de ansiedad generalizada resultan efectivas las técnicas de relajación de forma grupal?

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

Las enfermedades que afectan a la salud mental, como parte de la salud en su conjunto, disminuyen de forma significativa la calidad de vida del que la padece. Además, esto provoca un importante coste ya no solo económico sino social, ya sea por su coexistencia y comorbilidad con otras patologías, su frecuencia así como por la discapacidad que en muchas ocasiones genera.

El aumento de la frecuencia de los trastornos mentales va de la mano del aumento en el interés de los gobiernos por incluir medidas que aborden el tema. Además, diversas iniciativas de ámbito internacional, como la inclusión de la promoción de la salud mental dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas 2030, ponen el foco en esta problemática.

En Europa, debido a los altos números de incidencia, la salud mental se ha convertido en uno de los ejes centrales en materia de salud pública ¹. Si nos centramos en los datos de España, una de cada diez personas de más de 15 años, padece un problema de salud mental diagnosticado. Dentro de la patología mental, el 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica, siendo el 9,1% mujeres y 4,3% hombres².

La ansiedad puede ser entendida como una respuesta emocional natural que incluye aquellas reacciones que tenemos ante aquello que consideramos como una amenaza o que pueda tener un resultado negativo o incierto, sin embargo, esta puede llegar a ser inadaptable o patológica cuando es exagerada y aparece ante cualquier estímulo.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) señala que la ansiedad debe considerarse patológica cuando “La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la

actividad”³. Se tendrán en cuenta los criterios diagnósticos según este manual (anexo I).

Los pacientes con alteraciones en la salud mental o conflictos psicosociales, consultan con mucha frecuencia en los distintos servicios sanitarios, siendo la atención primaria, por sus características de accesibilidad, rapidez y continuidad, la que actúa de forma habitual como puerta de entrada al sistema sanitario para el amplio abanico de este tipo de patologías. De forma general, podemos decir que el inicio de este tipo de afecciones suelen atenderse en el primer nivel asistencial. Si nos fijamos en los datos de prevalencia sobre patología mental en los centros de salud, “el problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad, que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria, si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad” la cifra alcanza el 10,4%.. Es un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y 84 años”⁴.

Dentro de los trastornos psiquiátricos, la depresión y la ansiedad se encuentran entre los trastornos de mayor prevalencia⁴, siendo el tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos el de elección, llegando incluso a ser el único para el manejo de los síntomas. Esta opción terapéutica, a pesar de ser una opción eficaz a corto-medio plazo, no podemos obviar los múltiples efectos secundarios y adversos que generan, como en el caso de la dependencia y tolerancia de las benzodiazepinas.

En la actualidad se hace un uso excesivo de fármacos como las benzodiazepinas o antidepresivos, esto se puede comprobar en informes como el elaborado por el ministerio de sanidad sobre prevalencia y consumo de psicofármacos en atención primaria, donde aparece que “el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha retirado al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos, se dispensan 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), cantidad que permite tratar al 20,4 % de la población de 40 años y más con una dosis diaria estándar durante todo el año”⁴.

En esta línea se plantea una alternativa al uso excesivo de fármacos para disminuir la ansiedad, como son las técnicas de relajación, siendo una de las

opciones no farmacológicas más empleadas y efectivas^{5, 6}. Dentro de estas, se utilizará la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson por ser una de las más empleadas y con mayor efectividad^{7, 8, 9, 10}. Además, añadir que la práctica de esta técnica no presenta efectos secundarios indeseables, incluso, pueden utilizarse sin tener que responder a un problema de salud del paciente, siendo útiles simplemente con el propósito de mejorar la calidad de vida o como una actividad placentera¹¹.

Una guía de práctica clínica sobre el manejo de pacientes con ansiedad en atención primaria realiza una serie de recomendaciones específicas con un grado de recomendación B, entre las que se encuentra la realización de técnicas cognitivo-conductuales como la relajación, así como su puesta en práctica mediante talleres grupales. Además, incluye que estos talleres deben tener una duración de al menos 8 sesiones, con una periodicidad semanal¹².

Según una revisión sistemática que analiza la reducción de la ansiedad mediante diversas técnicas de relajación como son la relajación progresiva de Jacobson, la relajación aplicada, la meditación y el entrenamiento autogénico, mostraron una eficacia consistente y significativa de estas técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad. Además, añaden que la relajación aplicada, la relajación muscular progresiva y la meditación mostraron mayores tamaños del efecto que otras técnicas⁹.

Un resumen de evidencia de Uptodate sobre la psicoterapia para los trastornos de ansiedad generalizada, incluye dentro de las técnicas cognitivo-conductuales, el entrenamiento en relajación, y añade que la relajación muscular progresiva suele ser la técnica de elección, siendo uno de los motivos de su utilización la reducción del exceso de tensión muscular¹³.

La terapia de grupo no es una intervención actual, sino que tiene una larga trayectoria. A comienzos del siglo XX, Joseph Pratt, médico de un sanatorio antituberculoso, fue uno de los pioneros en utilizar grupos de pacientes con el objetivo de ampliar los conocimientos sobre su enfermedad, observando que aquellos que asistían tenían una mejor evolución de su enfermedad. Desde entonces, son diversos los estudios que verifican la eficacia de este tipo de terapias^{14, 15}. Dada la presión asistencial que con frecuencia ocupa las agendas de atención primaria y el tiempo que requiere el entrenamiento en relajación, se

considera un importante apoyo al tratamiento de estos usuarios la implementación de grupos de técnicas de relajación.

En este sentido, el impulso de estas intervenciones, podría considerarse no solo como una forma de ampliar conocimientos y habilidades que puedan tener una acción directa sobre aquellas decisiones que afecten a la salud, sino que se persigue crear oportunidades de aprendizaje para promover posibles cambios de conducta hacia estilos de vida más saludables, favoreciendo la sociabilización con otras personas con características y necesidades similares, así como la expresión de sentimientos^{14,16}.

El profesional de enfermería presenta los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar terapias grupales, quedando esto, respaldado por varias intervenciones de la taxonomía NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería)¹⁷.

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Debido a la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, su impacto y repercusión en la calidad de vida del que la padece, así como el aumento desmesurado en el consumo de psicofármacos, se hace necesario incluir nuevas estrategia para el abordaje de la ansiedad en atención primaria.

La relajación es una estrategia útil para ampliar el abanico de posibilidades terapéuticas para tratar los trastornos de ansiedad, siendo necesaria su implementación en las agendas de los distintos centros de salud, además dadas sus características, hablamos de una opción coste-beneficio de gran interés.

Como se ha dicho anteriormente, enfermería tiene las herramientas adecuadas para llevar a cabo este tipo de intervenciones, jugando un papel fundamental en el abordaje de los trastornos de ansiedad desde la atención primaria.

5. HIPÓTESIS.

La participación en un grupo de relajación reducirá los niveles de ansiedad en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada en atención primaria.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

General

Analizar la efectividad de las técnicas de relajación de forma grupal impartidas por enfermería para el manejo de los trastornos de ansiedad generalizada.

Específico

- Analizar la influencia de las variables incluidas en el estudio sobre el nivel de ansiedad pre y post intervención.

7. MATERIALES Y MÉTODOS.

a) Tipo de diseño.

En cuanto al tipo de diseño, hablamos de un estudio analítico, prospectivo y cuasi experimental pretest-postest, sin grupo control, con el que se quiere observar si las técnicas de relajación impartidas de forma grupal en atención primaria resultan efectivas para el manejo de la ansiedad.

Para la correcta redacción de este estudio se ha empleado la guía de comprobación Consort¹⁸.

b) Población diana y población a estudio.

Se define como población diana a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada de la zona básica de salud de Floridablanca de Murcia.

En cuanto a la población de estudio, serán todos los pacientes que presenten diagnóstico de ansiedad generalizada entre los meses de septiembre y diciembre del 2021.

c) Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al centro de salud de Floridablanca.
- Asistir de forma voluntaria al taller y aceptar las normas del grupo, entre las que se encuentra la puntualidad en cada una de las sesiones.
- Tener 18 años o más.
- Atendiendo a la dimensión de diagnóstico clínico, se planteará la inclusión en el estudio a las personas que presenten trastorno de

ansiedad según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)³.

Criterios de exclusión:

- Patología psiquiátrica aguda descompensada.
- Situaciones vitales de crisis.
- Otros: barreras idiomáticas o aquellas situaciones que puedan dificultar el seguimiento grupal

d) Cálculo del tamaño de la muestra y muestreo

Como técnica de muestreo, se utilizará el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluirá a todos los usuarios que quieran participar con diagnóstico nuevo entre los meses de septiembre de 2021 y diciembre de 2021. Se irán incluyendo hasta completar aforo, que se establecerá en los 40 participantes.

e) Procedimiento de recogida de datos y seguimiento.

Se creará un cuaderno de recogida de datos con todas las variables consideradas en el estudio y se pilotará en una muestra de 5 sujetos para confirmar su correcto funcionamiento. Este cuaderno será administrado a todos los participantes antes del inicio de las sesiones educativas. Con el objetivo de realizar un seguimiento y valorar el efecto de la intervención sobre los participantes en el tiempo, se citará vía telefónica a los participantes que hayan completado el grupo, a los 6 meses, dónde se entregarán ambos cuestionarios STAI A/R, STAI A/E para rellenar de nuevo.

Por otra parte, se administrará un cuestionario de satisfacción una vez finalizadas las sesiones educativas.

f) Variables: Definición de las variables, categorías, unidades.

Variable dependiente

Nivel de ansiedad. Variable cuantitativa discreta. Para la valoración de la variable dependiente se utilizará el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI). El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) es un instrumento de autoevaluación creado con el objetivo de medir la ansiedad en dos dimensiones, ansiedad

estado (A/E) (anexo II) ¹⁹ y ansiedad rasgo (A/R) (anexo III) ¹⁹. Ambos cuestionarios cuentan con 20 ítems, oscilando la puntuación entre 0-60.

Este cuestionario tiene una escala tipo Likert que va de 0 a 3 (0=nada; 1= algo; 2= bastante; 3= mucho en la A/E y 0=nada, 1=a veces, 2= a menudo, 3 siempre para la A/R), en la que la negación de un sentimiento es 0 (nada o casi nunca). En algunos ítems el 3 indica un nivel alto de ansiedad, mientras que otros un nivel bajo, es decir, presenta elementos de escala directa y elementos de escala invertida. La puntuación de los ítems que representan estados considerados como positivos, o dicho de otra manera, que reflejan ausencia de ansiedad, ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 (B) para el cuestionario A/E y los ítems 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 (B) para el de A/R, se restarán al cómputo final, los ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 (A) en el caso del cuestionario de A/E y los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 (A) en el de A/R se sumarán. Se hará uso de las siguientes fórmulas:

$$A/E \quad PD= 30 + (A) - (B) =$$

$$A/R \quad PD= 21 + (A) - (B) =$$

Para establecer el grado de ansiedad, en la tipificación española se ha creído más conveniente transformar las puntuaciones en centiles y en decatipos (escala de 10 puntos), establecidos en la Tabla de baremos (anexo IV) ¹⁹, cuando una puntuación directa no aparezca directamente en la tabla, debe hacerse una interpolación y asignarle un centil o un decatipo comprendido entre los valores inmediatamente inferior y superior registrados. Ambos se utilizarán en la explicación de los resultados. Se considera que a mayor puntuación, mayor estado de ansiedad.

Este cuestionario ha sido validado para población española, con una Alpha de Cronbach (α) 0.90 para A/R y 0.94 para A/E²⁰.

Entendemos como ansiedad estado, aquella que fluctúa en el tiempo, o dicho de otra manera, un estado transitorio en el que el sujeto puede percibirse ansioso o no dependiendo de un momento o situación concreta, dónde esta situación puede ser interpretada como amenazante.

En cuanto a la ansiedad rasgo se define como una cierta predisposición a percibir un gran número de situaciones como amenazantes por parte del

individuo. Las personas que presentan un estado de ansiedad rasgo se caracterizan por presentar unos niveles de ansiedad altos de forma estable. Ambos cuestionarios se rellenarán antes y después de la intervención.

Variables independientes

Variables sociodemográficas.

Sexo (masculino/ femenino), consumo de psicofármacos (sí/ no), práctica de ejercicio físico (sí/ no), práctica de alguna técnica de relajación en el momento actual o previo al grupo (sí/ no), comorbilidades psiquiátricas (sí/ no), y antecedentes familiares de patología mental (sí/ no): variables cualitativas dicotómicas

Estado civil (soltero/a, viudo/a, casado/a, divorciado/a), profesión (autónomo/a, trabajador/a por cuenta ajena, estudiante, otro), Variables cualitativas no dicotómicas.

Edad (expresado en años): variable cuantitativa discreta.

En cuanto a la valoración de las variables sociodemográficas, se utilizará un formulario redactado ad hoc por los investigadores (anexo V).

Nivel de satisfacción

Con el fin de valorar la satisfacción del paciente una vez haya participado en el grupo se pasará una encuesta de satisfacción al finalizar las sesiones educativas (anexo VI).

g) Descripción de la intervención.

El grupo intervención estará formado por pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, que acudan al centro de salud de Floridablanca y reúnan los criterios de inclusión detallados en el apartado c) de este proyecto.

La indicación corresponderá al profesional de referencia y será enfermería quién después de citar al paciente, ofertará la posibilidad de participar en el estudio. Tras la confirmación de la asistencia se anotará en una lista (anexo VII), la información necesaria del usuario para incluirlo al grupo (Nombre y apellidos, teléfono fijo y móvil, número de historia y profesional de referencia). Una vez que el paciente acepte participar se entregarán varios documentos para rellenar: consentimiento informado (anexo VIII), escala STAI pretest y

normas de funcionamiento del grupo (anexo IX), así como la fecha de inicio del grupo.

Las sesiones serán realizadas por el personal de enfermería del centro. Con una duración de 60 minutos aproximadamente, en horario de 11:00 a 12:00h. La duración del taller será de 2 meses, con un total de 8 sesiones.

Se realizarán dos grupos, uno los lunes y otro los miércoles. El número de participantes no excederá de 20 por grupo.

Existen diversas técnicas de relajación, para este estudio se utilizará la relajación muscular progresiva de Jacobson (anexo X) y entrenamiento en respiración. Al comenzar y finalizar todas y cada una de las ocho sesiones, se realizará alrededor de cinco respiraciones diafragmáticas (anexo XI).

Como apoyo al entrenamiento se dará previo a la relajación, educación para la salud sobre diversos aspectos psicoeducativos.

- El estrés y la ansiedad. Causas. Signos y síntomas.
- La relajación. Efectos y beneficios. Técnicas de relajación.
- La respiración para el control de la ansiedad. Hiperventilación.
- Ejercicio físico y alimentación para el control de la ansiedad.
- 20 claves para vivir sin ansiedad.

La duración de las sesiones psicoeducativas no excederá los 30 minutos. Se promoverá en todo momento un ambiente de participación para dinamizar los grupos, así como la expresión de sentimientos y emociones.

De tal forma que el contenido de cada sesión quedará repartida de la siguiente manera:

- Psicoeducación (30 minutos).
- Entrenamiento en respiración (5 minutos).
- Entrenamiento en Relajación muscular progresiva (20 minutos).
- Entrenamiento en respiración (5 minutos).

La intervención se llevará a cabo cumpliendo con las medidas necesarias que requiera la situación epidemiológica de la pandemia de COVID-19 (higiene de manos, uso de mascarilla, distanciamiento social...).

h) Descripción del seguimiento.

Con el objetivo de realizar un seguimiento y valorar el efecto de la intervención sobre los participantes en el tiempo, se citarán a todo aquel usuario que haya

completado el grupo, a los 6 meses, dónde se entregarán ambos cuestionarios STAI A/R, STAI A/E para rellenar de nuevo.

i) Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos.

Los datos recogidos a través de los cuestionarios quedarán registrados en una base de datos, elaborada con el programa informático Microsoft Excel. Seguidamente, realizaremos el análisis descriptivo de los datos

Las variables cualitativas estarán presentadas en valores absolutos (n) y relativos (%) y las cuantitativas expuestas en medidas descriptivas: valores mínimos y máximos, media (\bar{x}) y desviación típica (\pm).

Por otro lado, utilizaremos diferentes gráficas para la representación de los resultados. Las variables cuantitativas aparecerán en diagramas de barras. Las variables cualitativas en diagramas de sectores

Para la comprobación de la normalidad de la distribución de las variables se hará uso de la prueba Kolmogórov -Smirnov. Una vez hecho esto se pasará a la comparación de las relaciones entre nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas, donde utilizaremos la prueba de ANOVA (KRUSKAL WALLIS, en caso de no paramétrico), para variables cualitativas de más de dos categorías y la T-de STUDENT (U de MANN-WHITNEY, si no paramétrico) para variables dicotómicas. Para estudiar las asociaciones entre variables cuantitativas usaremos el coeficiente de Pearson (correlación de Spearman) y el test de Chi cuadrado para variables cualitativas.

La efectividad de la intervención se determinará comparando las puntuaciones pre y postintervención de STAI A/R y SATAL A/E con test de wilcoxon al tratarse de datos apareados.

Valores de $p < 0,05$ serán considerados estadísticamente significativos con intervalo de confianza del 95%.

j) Programa estadístico a utilizar.

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.0.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.

Si atendemos a los datos de prevalencia de trastorno de ansiedad en la población, dónde encontramos ya no solo una alta prevalencia, sino que además se está produciendo un aumento de esta, vemos necesario contar con todos los recursos disponibles a nuestro alcance para tratarlos, es la relajación uno de los tratamientos no farmacológicos con mejores resultados en cuanto a efectividad.

Una vez demostrada la hipótesis se podrán implementar los grupos de relajación en las agendas de los equipos de atención primaria, sobre todo en los equipos de enfermería, dónde se dará un valor añadido a nuestra profesión en la atención a los pacientes con patología mental. Señalar además que disminuirá el consumo de psicofármacos.

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Como estrategia de búsqueda de la bibliografía, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la efectividad de las técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad, utilizando las principales bases de datos (uptodate, Pubmed, SciELO). Según los criterios de selección de los estudios, uno de los aspectos que ha determinado la selección de estos es su calidad metodológica. El otro aspecto es su afinidad, pertinencia y adecuación al tema. En cuanto al idioma, se han seleccionado artículos en español e inglés. No se han considerado los artículos que no están a texto libre o que no se pueden ver a texto completo.

Palabras clave: ansiedad, relajación, relajación muscular, atención primaria.

Keywords: anxiety, Relaxation, Muscle Relaxation, primary care.

10. LIMITACIONES Y POSIBLES SEGOS, Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS.

Posibles pérdidas muestrales superiores a lo estimado.

Sesgo de información como consecuencia del "Efecto Hawthorne" o respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que están siendo estudiados.

Además, los estudios más adecuados para evaluar la efectividad de las intervenciones clínicas son los ensayos clínicos aleatorizados. No obstante, en este proyecto se ha optado por llevar a cabo un estudio cuasiexperimental pre-intervención, al encontrarnos con una muestra limitada.

11. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Previo al inicio del estudio se solicitará la aprobación del mismo por un Comité de Ética e Investigación, con el fin de garantizar que el estudio cumpla los principios éticos básicos.

Todos los participantes serán informados acerca del estudio que se va a realizar así como del carácter privado y confidencial de los resultados que del estudio se obtengan. De acuerdo a la” ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado”²¹. Una vez que los sujetos seleccionados acepten colaborar, se solicitará su consentimiento informado por escrito (anexo VIII).

Toda la información recogida, será tratada de forma confidencial y secreta. El equipo investigador publicará los resultados del estudio una vez obtenidos. Todo esto según lo recogido y expuesto en “la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, que realiza la transposición a nuestra legislación estatal de la Directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos”²².

Así mismo, todas y cada una de las actividades desarrolladas durante la intervención tendrán en cuenta lo plasmado en el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO.

		CRONOGRAMA (mes/año)									
		04/21	05/21	09/21	10/21	11/21	12/21	01/22	02/22	03/22	04/22
Revisión bibliográfica											
Redacción del proyecto											
Obtención de participantes											
Intervención											
Recogida de datos											
Codificación y análisis de los datos											
Resultados/ Conclusiones											

13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.

DISTRIBUCIÓN DE TAREAS	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	Francisco
REDACCIÓN DEL PROYECTO	Francisco / Víctor
OBTENCIÓN DE PARTICIPANTES	Francisco
INTERVENCIÓN	Francisco
RECOGIDA DE DATOS	Francisco
CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	Francisco / Equipo estadístico del FFIS
RESULTADOS/ CONCLUSIONES	Francisco/ Víctor.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN, SI FUERA NECESARIO.

Recursos materiales: el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para Windows para la realización del correcto análisis de los datos.

Para realizar la intervención:

- Sillas.
- Proyector.
- Ordenador.
- Rotafolios.
- Material ofimático (folios, bolígrafo...).
- 20 colchonetas.
- Equipo de música.
- CD de música relajante (música clásica, sonidos del mar, etc.)

Los profesionales encargados de dirigir el taller podrán apoyarse con material informativo para la explicación de los contenidos (vídeos, fotocopias, presentación de PowerPoint, etc.).

Recursos humanos: Enfermero como investigador principal para la recogida de la muestra de estudio, realización de la intervención, análisis, redacción y difusión de la investigación.

Tutor para la supervisión del trabajo científico, análisis de los datos y para la colaboración con el plan de difusión.

Equipo estadístico del FFIS para la colaboración para el correcto análisis de los datos.

Instalación: se hará uso de la sala de educación maternal del centro de salud de Floridablanca para realizar la actividad. Ya que cumple con las siguientes características: insonorizada, posibilidad de luz tenue, control de la temperatura y espacio suficiente para mantener la distancia entre los participantes.

15. PRESUPUESTO.

PRESUPUESTO	
Gastos de Personal	Euros
Enfermero Se necesitará un estadístico para el análisis de los datos.	1800€
SUBTOTAL	1800€
Gastos de Ejecución	
Adquisición de bienes y contratación de servicios (inventariable, fungible y otros gastos) Material inventariable : Ordenador con paquete estadístico SPSS versión 24.0. Ordenador. Colchoneta. 2€ x unidad Equipo de música	200€ 500€ 40€ 50€
SUBTOTAL	790€
TOTAL	2.590€

16. BIBLIOGRAFÍA.

1. European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe;2015.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019
3. American Psychiatric Association. et al. (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. 5a ed. Madrid [etc.]: Editorial MédicaPanamericana.
4. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2020
5. Pagnini, F., Manzoni Gian, M., Castelnuovo, G. y Molinari, E. (2010). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 264-269.
6. Blanco C, Estupiñá FJ, Labrador FJ, FernándezÁrias I, Bernaldo-de-Quirós M.,Gómez L. 2014 El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *An Psicol*; 30(2): 403-11.
7. Hypnotherapy or transcendental meditation versus progressive muscle relaxation exercises in the treatment of children with primary headaches: a multi-centre, pragmatic, randomised clinical study. *European journal of pediatrics*, 178(2), 147–154. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3270-3>
8. Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Oct; 12(5):789-97. <https://cjon.ons.org/cjon/12/5/putting-evidence-practice%C2%AE-evidence-based-interventions-anxiety>
9. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2; 8:41.

<https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-41>

10. Soriano González, Javier (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global* N° 26 abril 2012 Páginas 39-53.
11. Blanco, Carmen, Estupiñá, Francisco J., Labrador, Francisco J., Fernández-Arias, Ignacio, Bernaldo-de-Quirós, Mónica, & Gómez, Laura. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>
12. Grupo de Trabajo de la 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; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10 [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf]
13. Michelle Craske. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. This topic last updated: sep 10, 2013. In: UpToDate, Murray B Stein (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
14. Belloso-Roperó JJ, Díaz-Medina M, López-Moreno T (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*; 35 (128): 759-774. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n128/original4.pdf>
15. Tarí García, Antonio, & Ferrer Dufol, Carmen. (2017). El grupo y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 227-240. Recuperado en 24 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100013&lng=es&tlng=.
16. Arroyo-Guillamón R, Del Palacio-Tamarit S (2011). Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 15: 1-18. <https://www.aacademica.org/rafael.arroyo.guillamon/2.pdf>

17. Bulechek G, Butcher H, Joanne M, et al. Clasificación intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
18. Cobos-Carbo A y Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. Med Clin(Barc). 2011; 137(5):213-215.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de Seisdedos N. 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones SA; 2008.
20. Guillén-Riquelme, A (2014). Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas. Granada: Universidad de Granada,. 254 p. [<http://hdl.handle.net/10481/34045>]
21. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. BOE de 15/11/2002.
22. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE de 02/12/2018.

17. ANEXOS

Anexo I. criterios diagnósticos Trastorno Ansiedad Generalizada DSM-V

A. “Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

- 1) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- 2) Fácilmente fatigado.
- 3) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- 4) Irritabilidad.
- 5) Tensión muscular.
- 6) Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental³.

Anexo II. inventario de Ansiedad Estado (STAI-E).

A/E	PD= 30	+	-	=
A/R	PD= 21	+	-	=

AUTOEVALUACIÓN

Apellidos y nombre.....

Nº historia clínica.....

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15. estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar

Anexo III. Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R)

Instrucciones

A Continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que mejor indique como se SIENTE USTED HABITUALMENTE, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme	0	1	2	3
6. Me siento descansado.	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz.	0	1	2	3
11. Suelo tomarme las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro.	0	1	2	3
14. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho.	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

Anexo IV. Tabla de baremos del cuestionario estado-rasgo STAI.

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	—	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	—	—	15	—	13	—	14	—	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	—	—	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desviación típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desviación típica

Anexo V Cuestionario Variables Sociodemográficas (variable independiente).

A continuación se le van a realizar una serie de preguntas de tipo sociodemográfico que serán utilizadas para sacar conclusiones sobre el estudio en el que participa. Los datos recogidos serán tratados de forma anónima y únicamente serán utilizados para la realización del estudio.

1. Edad:
2. Sexo. Masculino Femenino
3. Estado civil. Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
4. Profesión. Autónomo/a Trabajador/a por cuenta ajena desempleado/a estudiante otra (indíquela): _____
5. Consumo de psicofármacos (antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos).
Sí No
6. Si la respuesta 5 es afirmativa, especifique cual:
7. Práctica de ejercicio físico Sí No
8. Si la respuesta 9 es afirmativa, especifique cual:
9. En la actualidad, ¿padece alguna enfermedad mental, a parte del trastorno de ansiedad generalizada? Sí No
10. Diagnóstico de enfermedad mental previo. Sí No
11. Si la respuesta 10 es afirmativa, especifique cual:
12. Antecedentes familiares de salud mental Sí No
13. Si la respuesta 12 es afirmativa, especifique cual:
14. ¿Practica o ha practicado alguna técnica de relajación? Sí No
15. Si la respuesta 11 es afirmativa, especifique cual:

Anexo VI. Encuesta al participante en la actividad grupal.

Esta encuesta es ANÓNIMA y pretende recoger tú opinión sobre la actividad en la que has participado.

Rodea la opción que consideres más adecuada.

SEXO: HOMBRE MUJER

1- ¿TE HA INTERESADO EL TEMA TRATADO EN EL GRUPO?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

2- ¿CÓMO VALORAS LOS CONOCIMIENTOS IMPARTIDOS POR LOS PROFESIONALES?

Muy inadecuados 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy adecuados

3- ¿TE SERÁN ÚTILES EN TU VIDA COTIDIANA LOS CONOCIMIENTOS QUE HAS

ADQUIRIDO?

Nada útiles 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy útiles

4- ¿TE HAS SENTIDO PARTICIPE EN EL GRUPO?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

5- ¿CONSIDERAS ADECUADA LA DURACIÓN DEL GRUPO?

Muy inadecuados 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy adecuados

6- ¿CUÁL ES TU VALORACIÓN GLOBAL DEL GRUPO?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy buena

7- ¿QUÉ ES LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DEL GRUPO?

8- ¿QUÉ ES LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DEL GRUPO?

9- PROPÓN OTROS TEMAS QUE TE INTERESEN.

10- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS.

Anexo VIII consentimiento informado

Yo (nombre) _____,
con DNI_____ acepto de manera voluntaria que se me
incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado:
*“Intervención grupal para el manejo de la ansiedad. Estudio analítico cuasi
experimental”*, cuyo objetivo es determinar la efectividad de las técnicas de
relajación de forma grupal impartidas en atención primaria.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Nombre y firma



Anexo IX. Normas de funcionamiento.

Asistencia. Cada miembro del grupo tiene su importancia, y así lo tienen que percibir todos sus integrantes. Es importante el compromiso de asistencia en todas las sesiones. En caso de no poder asistir, se deberá comunicar al conductor del grupo para que este lo pueda compartir con el resto del grupo.

Estaría bien que cada participante tuviera una silla reservada (ayuda al participante a saber que lo espera, que cuentan con él, que tiene un espacio reservado).

Confidencialidad. Los pacientes cuentan y dicen muchas cosas, algunas del todo confidenciales y personales. Tienen que saber y tener claro que toda esta información generada no saldrá de la sala de grupos.

Puntualidad. Tanto la hora de empezar como la de acabar la sesión tienen que ser conocidas y respetadas por todo el mundo.

Respeto y tolerancia. Cuando diferentes personas que coinciden en una situación de grupo tienen opiniones y/o puntos de vista distintos, deberán ser escuchadas y aceptadas con respeto.

Otras normas básicas de funcionamiento. Son normas básicas de cualquier grupo: no marcharse antes de tiempo, apagar los teléfonos móviles, no contestar o dejarlos en silencio, no comer...

Anexo X Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson

Sentarse en una silla confortable, sería ideal que tuviese reposabrazos. También puede hacerse acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3..." Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc. que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

1. Manos. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. Bíceps y tríceps. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. Hombros. Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
4. Cuello (lateral). Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. Cuello (hacia adelante). Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. Boca (extender y retraer). Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.

7. Boca (apertura). Abre la boca cuanto sea posible; cuidado en este punto para no bloquear la mandíbula y relajar.
8. Lengua (paladar y base). Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
9. Ojos. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
10. Respiración. Respira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espira y respira normalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espira un poco más; respira y espira normalmente durante 15 segundos.
11. Espalda. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
12. Glúteos. Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
13. Muslos. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
14. Estómago. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
15. Pies. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
16. Dedos. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

Anexo XI Entrenamiento en respiración.

Colocar una mano en el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano en la parte superior del tórax. Inhalar aire profundamente a través de la nariz de manera que el abdomen se mueva hacia a fuera en contra de la mano. Mantener la otra mano en el pecho que tiene que permanecer lo más quieto posible. Después exhalar despacio el aire por la boca poniendo los labios fruncidos, apretar el abdomen suavemente en forma ascendente y hacia el centro con la mano. Exhala al menos el doble del tiempo que se ha utilizado en inhalar (de forma práctica se puede contar 1 al inhalar el aire y contar 1-2-3, mentalmente, al exhalarlo acompañado de palabras tranquilizadoras como CALMA O RELAX.

Concentrarse en mantener el pecho quieto de manera que sea el diafragma el que haga el trabajo de respirar, y no el pecho y los músculos del cuello.

Se debe iniciar la sesión de relajación practicando la respiración abdominal. Una vez que se ha aprendido la técnica ya no es necesario poner las manos en el abdomen y en el pecho.

