



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alumno: María Travel Alarcón

Tutor: María Mercedes Rizo Baeza

**MÁSTER UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

CURSO 2019/2020

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en una ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Tiene una prevalencia entre el 6 y 8% aunque solo un tercio de las personas que lo padecen son diagnosticadas y tratadas de manera correcta.

Objetivos: Disminuir la puntuación de ansiedad en la escala GAD7 y su interferencia en el funcionamiento habitual de la persona en el centro de salud de Santomera (Murcia).

Material y Métodos: El estudio consistirá en un ensayo clínico aleatorizado (ECA), donde el grupo que será asignado al grupo control no recibirá ninguna actuación mientras que el otro grupo recibirá como intervención un programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación. Se medirán las puntuaciones pre y post intervención en ambos grupos con la escala GAD7 y la diferencia en la interferencia en la actividad habitual así como diversas características sociodemográficas de los participantes que pudieran inferir en la puntuación. Para ello se utilizó como prueba de contraste de hipótesis para diferencia de media el test no paramétrico U de Mann-Whitney y como modelo multivariante para controlar las variables confusoras, la regresión múltiple.

Resultados: Esperamos obtener una disminución de al menos cinco puntos en la escala GAD7 de ansiedad generalizada y que esta no interfiera en la actividad normal de la persona.

Palabras clave: Trastornos de ansiedad; Educación en Salud; Terapia por Relajación; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria

Abstract

Generalized anxiety disorder consists of excessive anxiety and worry that occurs for more days than has been absent for a minimum of six months causing clinically significant discomfort or deterioration in social, work or other important areas of functioning. It has a prevalence between 6 and 8% although only one third of the people who suffer from it are diagnosed and treated correctly.

Objectives: To reduce the anxiety score on the GAD7 scale and its interference in the normal functioning of the person in the health center of Santomera (Murcia).

Material and Methods: The study will consist of a randomized clinical trial (RCT), where the group that will be assigned to the control group will not receive any performance while the other group will receive as intervention a psychoeducational program combined with relaxation exercises. The pre and post intervention scores in both groups will be measured with the GAD7 scale and the difference in the interference in habitual activity as well as various sociodemographic characteristics of the participants that could infer in the score. For this, the non-parametric Mann-Whitney U test was used as a hypothesis contrast test for the mean and as a multivariate model to control for confounding variables, multiple regression.

Results: We hope to obtain a decrease of at least five points in the GAD7 scale of generalized anxiety and that this does not interfere with the normal activity of the person.

Keywords: Anxiety Disorders; Health Education; Relaxation Therapy; Primary Health Care; Community Health Nursing

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Antecedentes. Estado actual del tema.....	7
1.2 Justificación.....	10
1.3 Hipótesis.....	11
1.4 Objetivos de la investigación.....	12
2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	12
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
3.1 Diseño del estudio.....	13
3.2 Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos.....	14
3.2.1 Cálculo del tamaño de la muestra.....	15
3.2.2 Método de muestreo.....	15
3.3 Ámbito de estudio y temporalidad.....	16
3.4 Variables a estudio e instrumentos.....	16
3.4.1 Variables sociodemográficas.....	16
3.4.2 Cuestionario GAD7.....	16
3.5 Desarrollo del estudio.....	17
4. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.....	19
5. NORMAS ÉTICAS.....	20
6. EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	21
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
8. ANEXOS.....	25
ANEXO I: CRONOGRAMA.....	25

ANEXO II: CUESTIONARIO GAD7 SOBRE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	26
ANEXO III: ENTREVISTA DE ACCESO AL PROGRAMA.....	28
ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	29
ANEXO V: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO COMBINADO CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.....	31
ANEXO VI: HOJA DE ASISTENCIA.....	36
ANEXO VII: REGISTRO DE LA RELAJACIÓN EN EL GRUPO.....	38
ANEXO VIII: AUTORREGISTRO DE SEGUIMIENTO.....	39
ANEXO IX: HOJA DE EVALUACIÓN DEL ALUMNO.....	40
ANEXO X: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	41

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

DATOS INVESTIGADORA PRINCIPAL

- **Nombre:** María Travel Alarcón
- **Profesión:** Residente de 2º año de Enfermería Familiar y Comunitaria
- **Trabajo:** Centro de Salud de Santomera (Murcia)
- **Contacto: Móvil:** 608 19 60 81
Correo electrónico: maria.travel@goumh.umh.es

INVESTIGADORA COLABORADORA

- **Nombre:** M^a Mercedes Rizo Baeza
- **Profesión:** Enfermera y Profesora en la Universidad de Alicante
- **Contacto:**
Correo electrónico: rizo.baeza@gmail.com
- **Vinculación:** Tutora del Trabajo Fin del Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La realización de un programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación en Atención Primaria, ¿mejora los niveles de ansiedad en pacientes con ansiedad generalizada?

PREGUNTA FORMATO PICO

En pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, ¿la realización de un programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación en Atención Primaria mejora los niveles de ansiedad?

P: Pacientes con diagnóstico P64 de Ansiedad Generalizada en el programa OMI-AP

I: Programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación en Atención Primaria

C: No realizar ninguna intervención

O: Mejorar los niveles de ansiedad

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes. Estado actual del tema

La ansiedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una respuesta emocional natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Esta respuesta puede ser tanto externa como interna, sobre pensamientos, ideas, imágenes,... que se experimentan como amenazantes o peligrosos (1).

Puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que nos advierte acerca de un peligro inminente con el objetivo de que la persona tome las medidas necesarias para reaccionar o enfrentarse a esa situación (2).

La ansiedad en sí misma constituye una respuesta normal ante las situaciones estresantes cotidianas de la vida, por tanto, cierto grado de ansiedad es incluso necesario para el manejo de las exigencias que se nos presentan día a día (3).

Por tanto el objetivo no es suprimirla sino aprender a controlarla, no se trata de vivir sin ansiedad, sino de vivir con menos ansiedad. La ansiedad se convierte en un problema cuando los síntomas son graves y desagradables, se producen con mucha frecuencia y duran mucho tiempo, aparecen en situaciones que no deberían aparecer y nos impiden hacer lo que queremos, por ello sus efectos influyen en como pensamos, hacemos y cómo se siente nuestro cuerpo (4).

De las 32 enfermedades o problemas de salud de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) en 2017 padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico, la ansiedad crónica ocupa el puesto diez de prevalencia autodeclarada en la población no institucionalizada mayor de quince años. Afecta más a mujeres (13%) que a hombres (5,9%), doblándose la diferencia a partir de los 55 años. En hombres, la ansiedad alcanza su máximo entre los 45-64 años, y en mujeres entre los 55 y los 84, disminuyendo su frecuencia a partir de los 85 años.

Un 3,8% de la población refiere que, al menos durante los últimos seis meses, tuvo una limitación (leve o grave) para las actividades de la vida cotidiana debido a un problema de salud mental. Este tipo de limitación afectó al 3,2% de los hombres y al 4,3% de las mujeres. Hasta el grupo de 25 a 34 años no se observan diferencias por sexo, mientras que a partir de ese grupo es más frecuente en mujeres, igualándose en el grupo de 75 a 84 años y volver a establecer diferencias aumentando en las mujeres de 85 y más años.

Respecto al uso de tratamiento farmacológico, el 12,5% de la población de 15 y más años refirió haber consumido tranquilizantes y/o relajantes para dormir en las últimas dos semanas. Nuevamente, los hombres los consumieron con menor frecuencia (8,6%) que las mujeres (16,1%). Fue superior a mayor edad, ya que una de cada cuatro personas de 65 y más años tomó tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (25,9%) siendo las clases sociales menos favorecidas las que consumieron más tranquilizantes (5).

Dentro del grupo de los trastornos de Ansiedad nos centraremos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, definido como “ansiedad y preocupaciones excesivas (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)” y además, al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes y al menos algunos han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses:

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 dormir o para continuar durmiendo).

Para poder establecer este diagnóstico, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (6).

Para el CIE-10, la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente que no está limitada ni predomina en una situación ambiental en particular (ansiedad flotante). Frecuentemente aparecen síntomas diversos de preocupación hacia uno mismo y personas cercanas, junto con presentimientos negativos muy diversos (7).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una prevalencia entre un 6% y un 8% a lo largo de la vida. Este tipo de trastorno es frecuente en personas caucásicas y presenta una prevalencia media de edad sobre los treinta y un año, aunque también puede aparecer en niños y adolescentes. Al igual que con la mayoría de trastornos de ansiedad, las mujeres presentan mayor predisposición a presentar un TAG que los hombres. A pesar de su enorme frecuencia, solo un tercio de las personas que lo padecen, son diagnosticadas y tratadas de manera correcta (8).

Para un trastorno de ansiedad de 12 meses de evolución, se considera un tratamiento adecuado aquel que incluye un tratamiento psicoterápico que incluya como mínimo ocho visitas.

Los motivos que influyen en que este trastorno esté insuficientemente tratado es que no se percibe la necesidad de atención ni por parte del paciente ni del profesional, a lo que se suma la debilidad del sistema estructural y de salud, los costes de tratamiento y el estigma que presentan las personas que experimentan estos trastornos (9)

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) deben aprender a controlar los síntomas que el padecimiento de este trastorno les produce mediante estrategias de afrontamiento de la ansiedad y preocupación excesivas. El tratamiento de los trastornos de ansiedad incluye fármacos y/o intervención psicoeducativa como son las terapias cognitivo-conductuales (4).

Los fármacos de primera línea utilizados para el tratamiento del TAG no son ansiolíticos, sino los nuevos antidepresivos inhibidores de la recaptación de

serotonina (ISRS), aunque debe de adaptarse dependiendo de cada persona y la heterogeneidad de respuesta, tolerancia al tratamiento, así como valorar sus efectos a largo plazo y posibles efectos cognitivos secundarios (10).

Dentro de las terapias psicoeducativas encontramos la terapia cognitivo-conductual (TCC) como referente. Consiste en facilitar la identificación de aquellos pensamientos irracionales que provocan ansiedad y se enfrenta a estos pensamientos automáticos negativos y a las creencias subyacentes disfuncionales mediante uso de tareas conductuales. También puede incluir técnicas de relajación como el control del estímulo, las imágenes relajantes y la relajación con meditación. Existen otras terapias como la psicodinámica o la terapia de apoyo, demostrando ser más eficaz la terapia cognitivo conductual ya que un 46% mostraron respuesta clínica en respuesta al tratamiento en comparación con otras que solo mostraron un 14% (11).

1.2 Justificación

Los trastornos de ansiedad en general, y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en particular, son muy frecuentes en el servicio de Atención Primaria.

Constituyen por sí mismos uno de los principales motivos de consulta relacionándose con gran cantidad de síntomas inespecíficos y dolencias somáticas que no se corresponden con patologías concretas. Estos síntomas crean un malestar cuya causa está normalmente relacionada con desajustes de la persona en la esfera física, afectiva, relacional, laboral o social, dificultando la identificación del problema por el médico que suele divagar en diferentes patologías antes de llegar al diagnóstico definitivo (12).

El TAG se caracteriza por su elevada comorbilidad y alteración en el funcionamiento normal de la persona, teniendo un 90% de probabilidades de ser diagnosticados con otro trastorno de este tipo a lo largo de su vida. Por otro lado, las tasas de remisión son bajas convirtiéndose finalmente en una enfermedad crónica y siendo el coste de esta patología superior a muchos problemas atendidos en Atención Primaria y posicionándose en el primer puesto de los trastornos de ansiedad que mayor coste producen (13).

Las guías recomiendan la psicoterapia breve o las intervenciones educativas como el primer eslabón de tratamiento, por lo que cabe incidir en que esta intervención se realice lo antes posible y en el primer nivel asistencial (14).

Como requisitos para la terapia grupal se necesita que se base en los principios de la TCC, tener un diseño interactivo y fomentar la observación para el aprendizaje, incluyendo presentaciones y manuales de autoayuda y ser llevado a cabo por profesionales entrenados, con una proporción de un terapeuta por cada 12-20 participantes. Generalmente consistirán en seis sesiones semanales, cada una de 2 horas de duración donde los profesionales deberán realizar una supervisión del grupo de alta calidad y revisar que la persona esté involucrada en el tratamiento (15).

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad de abordaje de la Ansiedad en Atención Primaria, aconseja la realización de talleres grupales basados en la relajación y terapias cognitivas aplicables en los centros de salud. La mayoría de estudios consultados concluyen que un enfermero con la adecuada formación y entrenamiento, está capacitado y es el profesional sanitario indicado para impartir estas sesiones en los centros de salud (16).

1.3 Hipótesis

La hipótesis conceptual es que un programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación reduce los síntomas en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Las hipótesis operativas serían que el nivel de ansiedad media de las personas con trastorno de ansiedad generalizada se encontraría en una puntuación entre 10 y 14 en la escala GAD7, que ser mujer, estar parado/a o con ingresos inferiores a 1000 euros por unidad familiar, tener puestos de trabajo de alta responsabilidad y una edad entre 31 y 45 años estaría relacionada con un mayor nivel de ansiedad.

La magnitud del cambio de puntuación conseguida con la intervención sería de disminuir al menos cinco puntos en la escala GAD7 de ansiedad generalizada y que esta no interfiera en la actividad normal de la persona.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo principal

El objetivo principal de nuestro estudio será conocer la efectividad de un programa psicoeducativo combinado con ejercicios de relajación para la reducción de síntomas en el trastorno de ansiedad generalizada.

1.4.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Identificar el nivel de ansiedad medio de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- Establecer las variables sociodemográficas que están mayormente relacionadas con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada.
- Conocer la magnitud del cambio media de ansiedad conseguida con la aplicación de la intervención mediante el cuestionario GAD7.

2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

La mayor parte de los resultados encontrados hacen referencia a intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo en el Centro de Salud Mental, y por tanto dentro de lo que se englobaría como Atención Especializada.

Para llegar a este nivel asistencial, el médico de familia o la enfermera de Atención Primaria mediante este último, habrá tenido que derivar a este paciente a Salud Mental, con el retraso de atención en la primera visita debido a las listas de espera y/o dependiendo de los síntomas que presente el paciente, le habrá prescrito tratamiento farmacológico para intentar paliarlo, sin antes haber realizado ningún tipo de intervención psicoeducativa y debiendo aceptar los efectos secundarios de los fármacos que en estos casos suelen ser elevados y en gran parte requerirán ajuste de la dosis.

Por tanto afirmamos que la realización de intervenciones psicoeducativas junto con ejercicios de relajación en Atención Primaria son prácticamente nulas a pesar de sus beneficios respecto a la atención temprana y la no medicalización de estos trastornos y a pesar de tener desde el año 2008 una Guía de Práctica

Clínica sobre el Abordaje de la Ansiedad en Atención Primaria elaborada con el Ministerio de Sanidad y Consumo (2).

En la Región de Murcia se dispone de un Protocolo de Relajación elaborado por los Centros de Salud Mental que incluye además un abordaje psicoeducativo para realizar en grupo. Consta de ocho sesiones de dos horas de duración cada una con una primera parte de contenido psicoeducativo y otra de diversos ejercicios de relajación, intervención que también podría ser aplicada por los profesionales de enfermería de los centros de salud de la Región previa formación y práctica impartida por los profesionales de Salud Mental que ya la realizan en sus centros.

Sin embargo, este protocolo a pesar de ser bastante útil y que se continúe empleando, es de 2004, está enfocado a Salud Mental y puede incluir a pacientes con cualquier trastorno mental, aparte del trastorno de ansiedad generalizada, que tenga asociado ansiedad dentro de su sintomatología (17).

Por ello, proponemos el Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria, una guía elaborada en 2016 por el Servicio Andaluz de Salud para el primer nivel de atención y orientada específicamente para el Trastorno de Ansiedad Generalizada con baja o nula interacción en el funcionamiento habitual de la persona y en el que basaremos nuestra intervención (18).

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

Estudio piloto experimental, analítico de intervención. El tipo de estudio fue un ECA, Ensayo Clínico Aleatorizado. Con este estudio mediremos el impacto de una intervención psicoeducativa combinada con ejercicios de relajación en la mejora de los niveles de ansiedad comparado con un grupo de pacientes que no recibirá la intervención, grupo control.

La asignación de los sujetos a los diferentes grupos se realizará de manera aleatoria simple donde los dos grupos serán iguales entre sí excepto por la variable intervención, controlando todas aquellas variables de confusión que pudieran influir en el efecto.

Como técnica de enmascaramiento se utilizará el doble ciego donde ni los pacientes ni los investigadores conocerán a qué grupo fueron asignados no pudiendo ser cegado el clínico que realiza el programa psicoeducativo.

3.2 Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos

La población diana serán las personas del Centro de Salud de Santomera con diagnóstico P64 de Ansiedad Generalizada en el programa OMI-AP.

La muestra que será analizada, la población de estudio, se extraerá de esta población de referencia, donde además debían de cumplir los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Para ser incluidos en el estudio, los pacientes cumplirán los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Personas pertenecientes al Centro de Salud de Santomera.
- Haber cumplido los dieciocho años en el inicio del estudio.
- Presentar el diagnóstico según OMI-AP de Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Saber leer y escribir.
- Presentar un nivel cognitivo suficiente para el desarrollo de la intervención.
- Poseer una agilidad motora suficiente.
- Tener una puntuación entre 7 y 14 en la escala GAD7 y una interferencia ninguna o algo en el trabajo o los estudios.
- Disponer de asistir en el horario y durante el tiempo previsto para el grupo.
- Comprender y tener firmado el consentimiento informado y aceptar participar de forma voluntaria.

Criterios de exclusión

- Encontrarse desplazado en el inicio del estudio en otro centro de salud.

- Ser menor de edad.
- Presentar otro trastorno mental asociado.
- Estar institucionalizado.
- Haber sido diagnosticado de deterioro cognitivo.
- Presentar un déficit visual y/o auditivo que le impida seguir la sesión.
- Estar inmovilizado o no tener la capacidad motora suficiente.
- Preveer un desplazamiento del lugar de domicilio en los próximos tres meses.
- Tener una puntuación < 7 o > 14 en el cuestionario GAD7 y una interferencia moderada a grave en el funcionamiento en el trabajo o los estudios.
- No disponer del horario ni tiempo necesario para asistir al grupo.
- No comprender ni firmar voluntariamente el consentimiento informado.

3.2.1 Cálculo del tamaño de muestra

La variable respuesta a obtener es un cambio en la puntuación de la encuesta GAD7 por lo que establecemos que esta variable es cuantitativa discreta.

Para el cálculo del tamaño muestral emplearemos el programa Epidat para el contraste de hipótesis de dos medias bivalente. Partiendo de que las varianzas son iguales, la diferencia de medias a detectar de 5, con una desviación estándar de 2 y un nivel de confianza del 95% obtenemos para una potencia del 99% un tamaño muestral de 14. Al realizar un análisis multivariante, incluimos cinco variables por lo que necesitaremos 70 participantes (35 por cada grupo de estudio). Puesto que aceptamos unas pérdidas de un 20-30%, dicho tamaño se fijará en 84-91, 44 participantes para cada grupo de estudio.

3.2.2 Método de muestreo

A partir de los pacientes con diagnóstico de Ansiedad Generalizada en el programa OMI-AP y que cumplan los criterios de inclusión, se realizará un muestreo aleatorio simple seleccionando a los que pertenecerán al grupo

control y los que estarán en el intervención. La asignación aleatoria se realizará con IBM Statistic SPSS (versión 21.0) por una persona distinta al investigador.

3.3 Ámbito de estudio y temporalidad

El estudio será realizado en el Centro de Salud de Santomera, municipio ubicado en Murcia correspondiente al Área VII, Murcia-Este, del Sistema Murciano de Salud.

Dicho estudio será realizado durante los meses de febrero a julio de 2020, donde la intervención cubriría los meses de abril a junio de 2020 (ANEXO I)

3.4 Variables a estudio e instrumentos

3.4.1 Variables sociodemográficas

Se valorarán la **edad** de los sujetos en franjas de entre 18 y 30 años, entre 31 y 45 años, entre 46 y 60 años y > de 60 años.

Se tendrá en cuenta la variable **sexo** como hombre, mujer o no se especifica.

También incluiremos el **nivel de estudios** como Estudios Primarios, Bachillerato, Formación profesional y Estudios Universitarios (Maestro, Enfermero, Ingeniero...).

Se valorará la **situación sociolaboral** como parado, ingresos inferiores a 500 euros, entre 500 y 1000 euros, entre 1000 y 1500 euros y > de 1500 euros.

3.4.2 Cuestionario GAD7

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD7) es un cuestionario autoadministrado que se utiliza fundamentalmente como herramienta para la detección y medida de la gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La escala hace referencia a los síntomas de las últimas dos semanas aproximadamente y consta de siete ítems de preguntas puntuables entre 0 y 3, donde 0 es nunca, 1 es varios días, 2 es la mitad de los días y 3 cada día.

Se puede obtener una puntuación total máxima de 21, siendo esto el grado de máxima ansiedad y una puntuación de 0 siendo esto una ansiedad nula. La

escala hace referencia a los síntomas de hace dos semanas aproximadamente. Se va a valorar tanto la gravedad como la interferencia en el funcionamiento.

Para evaluar el resultado total del cuestionario se sugieren estas puntuaciones:

Entre 0 y 4	No se aprecia ansiedad
Entre 5 y 9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
Entre 10 y 14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
Entre 15 y 21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

A esta escala se añadirá el grado de interferencia en las actividades diarias de la persona, siendo esto medido mediante la siguiente escala:

Nada (0)	Algo (1)	Mucho (2)	Extremadamente (3)
----------	----------	-----------	--------------------

Para ser incluido en el programa se debe de obtener una puntuación en la escala GAD7 entre 7 y 14 y una interferencia en el funcionamiento entre nada y algo, ya que una puntuación o interferencia superior sería susceptible de un nivel de atención superior (19) (ANEXO II)

3.5 Desarrollo del estudio

1ª FASE: Búsqueda Bibliográfica y de Información

En febrero se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, LILACS, CUIDEN e IME con los descriptores “anxiety” or “stress, psychological” and “psycho-education” and “Primary Health Care”. Se consultaron revisiones sistemáticas en la Cochrane Library y sumarios de evidencia en UpToDate y Guía Salud. Se emplearon como filtros que las publicaciones estuvieran en inglés y español y de los últimos cinco y diez años.

Además se revisó la información disponible tanto en la página de OMS como del Ministerio de Sanidad, con el fin de conocer la información sobre el tema a tratar e identificar el estado de la cuestión.

También se contactaron con expertos en la materia, entre ellos profesionales de salud mental que realizan este tipo de intervenciones en sus centros para que nos orientaran acerca de cómo realizan este tipo de intervenciones.

2ª FASE: Elección del cuestionario que medirá el efecto de la intervención

Mediante la búsqueda bibliográfica anteriormente mencionada, se eligió el cuestionario que más enfocado estaba en el tipo de paciente de nuestro estudio y que mejor podría valorar el efecto de nuestra intervención en el ámbito de Atención Primaria.

También se consultó con expertos de Salud Mental acerca de la efectividad del cuestionario para medir el efecto según su experiencia profesional.

3ª FASE: Selección de los pacientes a los que se aplicará la intervención

Primeramente se seleccionó el Centro de Salud de Santomera para la realización de la intervención donde se pidió permiso al coordinador de enfermería que nos proporcionará una sala donde realizar tanto la selección de los sujetos, como las entrevistas y la intervención.

La selección de los pacientes a los que se aplicará la intervención y los que pertenecerán al grupo control se hará tras un muestreo aleatorio simple con análisis por intención de tratar, a aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión y cuyas características no estén incluidas en los de exclusión.

4ª FASE: Entrevista inicial pre-intervención

Durante el mes de marzo, a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se les realizará una entrevista donde se les explicará el objetivo del estudio, duración,... (ANEXO III) y en caso de aceptación, firmarán el consentimiento informado para la intervención (ANEXO IV). En esta entrevista se pasará la escala GAD-7 junto con la interferencia en la actividad de la persona y las preguntas sobre las variables sociodemográficas.

5ª FASE: Realización de la intervención

Los sujetos que aceptaran su participación y la realización de la intervención desconocerán al grupo al que habrán sido asignados, manteniendo de este modo un doble ciego (de investigador y de pacientes).

Se realizará la intervención en la sala asignada que además de contener un ordenador con proyector para impartir las sesiones mediante PowerPoint, tendrá el espacio suficiente para desarrollar la psicoeducación y realizar los ejercicios de relajación. Constará de ocho sesiones semanales de dos horas de duración, siendo desarrollada los meses de marzo y abril de 2020 (ANEXO V).

Se enfatizará en la importancia de asistir a todas las sesiones, registrándose en la hoja de asistencia (ANEXO VI), y que apliquen los conocimientos y ejercicios de relajación, anotando como se han sentido (ANEXO VII) y mejorado con la práctica (ANEXO VIII).

6ª FASE: Entrevista post-intervención

La semana posterior a la intervención, se pasará el cuestionario GAD 7 para evaluar el efecto de esta. También se valorará el grado de adherencia al tratamiento mediante la hoja de asistencia y el registro de la práctica de los ejercicios en casa para observar si las diferencias se deben en mayor o menor medida a estos factores (ANEXO IX) y se aprovechará para pasar la encuesta de satisfacción y evaluar la intervención (ANEXO X).

7ª FASE: Análisis de los datos

Durante el mes de junio y julio se analizarán los datos con el paquete estadístico SPSS en su versión 21. La diferencia de los valores de ansiedad generalizada según la escala GAD 7 entre los grupos de estudio, se medirá con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, ya que para que se considere una distribución normal es necesario un mínimo de 30 casos por grupo e incluso con este número de casos no se obtendría. La significación estadística se establece en una $p < 0,05$ y por ello un intervalo de confianza (IC) del 95% entre las diferencias de medias.

Existen variables que podrían interferir en los resultados como la edad, sexo, el nivel sociolaboral y de estudios por lo que se realizará un análisis multivariante mediante regresión múltiple para controlar las variables confusoras.

4. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

La principal limitación que presenta nuestro estudio es que los participantes conocen que se les está realizando una intervención que posteriormente

evaluará con el cuestionario. Esto podría influir a favor o en contra de la forma en la que se realiza la intervención y no tanto en los efectos que tiene.

También influye que con la intervención realizada una vez a la semana no es suficiente para notar los efectos, debe de ser realizada por los participantes diariamente en el domicilio. Se controlará con el registro de práctica en casa, cuyos valores podremos analizar y establecer las veces que se recomienda su práctica además de la intervención.

Otro sesgo es el del voluntario ya que los que participan son los más motivados y los que mayormente cumplirán con la asistencia a las sesiones y la práctica diaria de los ejercicios en casa, sesgo que podemos corregir evaluando por separado a los que practican más en casa respecto a los que lo hacen menos.

Que el paciente esté realizando actividad física u otra actividad que influya en la disminución de los niveles de ansiedad durante el tiempo de la intervención así como que un acontecimiento estresante le ocurra durante este tiempo, son acontecimientos externos que podrían influir en la respuesta al cuestionario. Respecto a los primeros casos, se les informará a los participantes de que no realicen ningún tipo de actividad que pueda modificar los niveles hasta la finalización del estudio, sin embargo, no podemos controlar los acontecimientos estresantes que le ocurren al paciente.

Las pérdidas de sujetos durante el estudio las controlaremos aumentando el tamaño muestral entre un 20-30% que es lo que se estima que se producirá y también controlaremos los factores de confusión que puedan interferir en la respuesta mediante el análisis multivariante de regresión múltiple.

5. NORMAS ÉTICAS

Se tendrá en cuenta los principios bioéticos (beneficiencia, no maleficiencia, autonomía y justicia) durante la elaboración y puesta en marcha del trabajo. Se solicitará el consentimiento informado voluntario, verbal y escrito de las personas que van a participar en el estudio (ANEXO IV). Igualmente las preguntas del cuestionario y su finalidad respetan los principios bioéticos.

En relación con las consideraciones éticas exigibles a toda investigación, todos los participantes deberán leer una carta de consentimiento informado, se recabará información solamente de quienes aceptaran participar y se les informará antes de que firmen dicho consentimiento. Se hará énfasis en el carácter anónimo y voluntario de la participación, así como en la confidencialidad de la información aportada y su tratamiento, según lo expuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Además se valorará dicho protocolo de investigación por el Comité de Investigación Ética del Área VII Murcia-Este (CEIC), no comenzando el estudio hasta que este órgano otorgue su aprobación.

6. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Dentro de los costes materiales incluimos la necesidad de adquirir alfombrillas para que la relajación se realice en posición decúbito supino, así como de un ordenador con acceso a Internet, proyector y todo lo necesario para la presentación PowerPoint con diapositivas del contenido teórico. También se incluirá el soporte papel y bolígrafo para la realización de los cuestionarios como del resumen en formato papel de lo impartido en esa sesión.

Cabe destacar los costes organizativos de incluir esta intervención en el centro de salud, la reestructuración de las agendas de los profesionales implicados además de la disponibilidad de la sala para su desarrollo y por último, el coste humano de las personas implicadas en este proyecto, el esfuerzo de los profesionales en la elaboración y puesta en marcha así como en la asistencia a las citas y sesiones en el caso de los sujetos participantes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Díaz, Esther. Técnicas de relajación del paciente con ansiedad. Interpsiquis [Internet]. 2018 [citado 17 Feb 2020];1:1-8. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [Internet]. 1 st ed. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias; 2008 [citado 17 Feb 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

3. Guerra Santiesteban J.R, Gutiérrez Cruz M, Zavala Plaza M, Singre Álvarez J, Goosdenovich Campoverde D, Romero Frómetall E. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. Rev Cub Inv Biom [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2020];36(2):169-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002017000200021

4. García-Herrera JM, Nogueras Morillas, EV. Guía de Autoayuda: Comprendiendo la Ansiedad [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2011 [actualizado Agosto 2013; citado 17 Feb 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

5. Suárez Cardona, M, De los Santos Ichaso Hernández-Rubio, M, González Yuste, P. Encuesta Nacional de Salud ENSE España 2017. Serie informes monográficos de Salud Mental, Informe 1 [Internet]. Madrid: 2019. [citado 17 Feb 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

6. American Psychiatric Association., et al. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. [Internet] .Editorial Médica Panamericana. 2013. [actualizado Sep 2016; citado 17 Feb 2020]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

7. World Health Organization. Clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. [Internet]. Volumen 1. 10th ed. Editorial Médica Panamericana; 2008. [citado 17 Feb 2020] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

8. Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores. Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive Compulsive Disorders. BMC Psychiatry. [Internet]. 2014 [citado 17

Feb 2020]; 14(1): 21-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120194/>

9. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, Abdulmalik J, Aguilar-Gaxiola S et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the WorldMental Health Surveys in 21 countries. *Depress and Anxiety*. [Internet]. 2018. [citado 17 Feb 2020]. Disponible en: https://www.imim.es/media/upload/pdf//np_castellano_ansietat_editora_17_609_1.pdf

10. Perna G, Alciati A, Riva A, Micieli W, Caldirola D. Long-Term Pharmacological Treatments of Anxiety Disorders: An Updated Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep*. [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2020];18(3):23. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0668-3>.

11. Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [citado 17 Feb 2020]; 9: 378-411. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24018460>

12. Burgos Varo M, Ortiz Fernández M, Muñoz Cobos F, Vega Gutiérrez P, Bordallo Aragón R. Group intervention in anxiety disorders in Primary Health Care: relaxation and cognitive-behavioral techniques. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*. [Internet]. 2006 [citado 17 Feb 2020]; 32 (5):205. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-intervencion-grupal-trastornos-ansiedad-atencion-13089378>

13. García-Campayo J, Caballero F, Perez M, López V. Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Esp Psiquiatr*. [Internet] 2012 [citado 17 Feb 2020]; 40(3):105-113. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ESP/14-77-ESP-105-113-158002.pdf>

14. Casañas Sánchez, R. Evaluación de la efectividad de la Psicoeducación grupal en Depresión Mayor en Atención Primaria. Programa de Doctorado de

Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de Barcelona. [Internet]. 2015 [citado 17 Feb 2020];1: 22-23. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/515a/a13d963902c630f946e0b5b7d0de4e53e177.pdf>

15. National Institute for Health Care Excellence . Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (Clinical guideline [CG113]). NICE Guideline. [Internet]. 2011[actualizado Jul 2019; citado 17 Feb 2020]: 13-15. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

16. Ramírez Sánchez A, Espinosa Calderón C, Herrera Montenegro AF, Espinosa Calderón E, Ramírez Moyano A. Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. Revista Enfer Doc.[Internet]. 2014 [citado 17 Feb 2020];102: 6-12. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-04.pdf>

17. Illán I, Hurtado A, Martín JC. Protocolo de Relajación de Salud Mental. [Internet]. Red de Salud Mental de la Región de Murcia. Murcia: Sistema Murciano de Salud; 2004. [citado 13 Marzo 2020]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=114&idsec=88

18. Aragón Moyano F, Blanca Barba F, Borobio Gomara LD, Crespillo Vílchez D, García-Herrera Pérez-Bryan JM, Huizing E et al. Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2016 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/653/pdf/grupo_afrontamiento_ansiedad_ap_sas_2016_def.pdf

19. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, López Gómez V, Rejas F. Cultural adaption into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes. [Internet]. 2010 [citado 13 Mar 2020]; 8:8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831043/>

ANEXO I: CRONOGRAMA

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS		EJECUCIÓN (meses)					
			Material	Humanos	1	2	3	4	5	6
FASE 1	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	EQUIPO INVESTIGADOR	- Ordenador con acceso a Bases Bibliográficas de calidad - Conocimientos en búsqueda en bases de datos científicas	X						
FASE 2	ELECCIÓN DE CUESTIONARIO	EQUIPO INVESTIGADOR	- Conocimientos en elección de cuestionarios - Profesionales de Salud Mental expertos	X						
FASE 3	SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	EQUIPO INVESTIGADOR	- Conocimientos en programas estadísticos y muestreo - Ordenador y sala para la entrevista y asignación		X					
FASE 4	ENTREVISTA PRE-INTERVENCIÓN	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	- Soporte papel de la entrevista - Conocimientos en entrevista - Consentimiento informado			X				
FASE 5	REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	- Sala con ordenador y proyector - Profesionales que realizan la intervención				X	X		
FASE 6	ENTREVISTA POST-INTERVENCIÓN	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	- Soporte papel de la entrevista							X
FASE 7	ANÁLISIS DE LOS DATOS	EQUIPO INVESTIGADOR	- Conocimientos acerca de análisis de los datos - Ordenador con acceso a programas estadísticos							X

ANEXO II: CUESTIONARIO GAD7 SOBRE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Marque con una cruz según corresponda:

EDAD:

Menos de 18 años

Entre 18 y 30 años

Entre 31 y 45 años

Entre 46 y 60 años

Más de 60 años

SEXO:

Hombre

Mujer

No especifica

NIVEL DE ESTUDIOS:

Estudios Primarios

Bachillerato

Formación Profesional

Estudios Universitarios (Ingeniero/a, Enfermera/o....)

SITUACIÓN SOCIOLABORAL

Parado/a

Ingresos inferiores a 500 euros

Ingresos entre 500-1000 euros

Ingresos entre 1000-1500 euros

Ingresos superiores a 1500 euros

CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD 7)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por los siguientes problemas?	NUNCA	VARIOS DÍAS	MITAD DE LOS DÍAS	CADA DÍA
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o tener los nervios de punta.				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones/la inquietud.				
3. Sentirse muy inquieto/a sobre diferentes cosas.				
4. Tener dificultad para relajarse.				
5. Estar tan inquieto que le resulte difícil estar sentado/a quieto/a.				
6. Enfadarse o irritarse con facilidad.				
7. Estar asustado/a como si fuese a pasar algo terrible.				
PUNTUACIÓN TOTAL				

Fuente: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. JAMA Intern Med. 2006; 166: 1092-1097.

García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, López Gómez V, Rejas F. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD7) scale as a screening tool. Health and Quality of Life Outcomes. 2010;8:8.

Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿ cuánto ha inferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades o con su relación con otras personas?

Nada	Algo	Mucho	Extremadamente

ANEXO III: ENTREVISTA DE ACCESO AL PROGRAMA

DATOS CLÍNICOS

Nº Historia:

Fecha:

Profesional que realiza la entrevista:

Nombre y apellidos:

Teléfono:

Edad:

Médico/a de familia de referencia:

Causa de remisión (Diagnóstico): _____

¿Qué medicación toma actualmente? _____

¿Padece otras enfermedades? _____

¿Desde cuándo padece ansiedad? (Evolución clínica) _____

¿Lo relacionas con alguna causa? _____

¿Qué soluciones sueles usar para controlar la ansiedad? _____

Tratamientos o terapias previas:

Relajación Terapia grupal Otros, especificar:

¿Has sido atendido/a en alguna ocasión por el Servicio de Salud Mental?

EXPLORAR

- a) Expectativas ante el programa de afrontamiento de la ansiedad.
- b) Capacidad de trabajar en grupo.
- c) Compromiso de asistencia y trabajo mínimo en casa.

OBSERVACIONES

Fuente: Adaptación Programa de Psicoeducación en Atención Primaria: entrenamiento de relajación en grupo, del Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO COMBINADO CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

- Travel Alarcón, María. R2 de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Santomera.

INVESTIGADORA COLABORADORA:

- Rizo Baeza, M^a Mercedes. Enfermera y Profesora en la Universidad de Alicante. Tutora del Trabajo Fin del Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria.

D. _____

con DNI _____, he leído y entiendo la información al paciente de este estudio. Las investigadoras han respondido a todas mis preguntas sobre el estudio. He tenido tiempo suficiente para considerar mi participación en este estudio y soy consciente de que la participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Sé que puedo tomar la decisión de abandonar mi participación:

- Cuando yo quiera.
- Sin tener que dar ninguna explicación.
- Sin que afecte a mi cuidado.

Entiendo y acepto que mis datos se recogerán a partir de las encuestas realizadas durante la intervención utilizada por los investigadores del estudio o por cualquier otra parte designada que esté involucrada en el estudio (médicos, autoridades reguladoras, comités de ética). Se mantendrá la confidencialidad de los datos facilitados y no se utilizarán en las publicaciones mi nombre ni otras características identificativas.

Autorizo a los investigadores y a la institución facilitar la información imprescindible sobre mí que sea necesaria para realizar el presente estudio.

He hablado con:..... (Nombre y Apellidos del investigador) Doy libremente mi consentimiento a participar en este estudio.

Nombre del Paciente

Firma del paciente

Fecha



ANEXO V: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO COMBINADO CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

1º SESIÓN: TOMA DE CONTACTO

En la primera sesión se procederá a la presentación del clínico con los pacientes y entre estos entre sí. Se les explicará el objetivo del programa así como las normas del buen funcionamiento del grupo (puntualidad, confidencialidad, ...) y de la importancia de asistir al menos al 80% de las sesiones para que se considere efectiva la intervención.

Se les recordará que el programa dura ocho sesiones de dos horas cada una y que se dividirá en las siguientes partes:

- 30 minutos: puesta en común de las experiencias personales ocurridas durante la semana.
- 45 minutos: psicoeducación sobre la ansiedad (parte teórica).
- 10 minutos: introducción y descripción de la práctica de relajación a realizar en cada sesión.
- 25 minutos: entrenamiento práctico de la relajación.
- 10 minutos: comentar la experiencia de la sesión.

Además se darán unas recomendaciones acerca de cómo debe ser el lugar para realizar la relajación en casa, luz, que se haga con ropa cómoda y siempre a la misma hora aproximadamente debiendo desarrollar preferiblemente a media mañana, media tarde o un rato antes de las comidas. También se explicará cómo deberá ser la posición del cuerpo en el desarrollo del ejercicio y la actitud personal ya que es una técnica que requiere unas normas básicas que se adquieren tras aprendizaje.

En esta sesión se realizará una toma de contacto con la relajación donde se practicará una relajación basada en la respiración lenta y controlada donde se tendrá consciencia de cada parte de nuestro cuerpo y se irá relajando progresivamente. Se priorizará tras esta sesión que busquen el tiempo y el

espacio adecuado para la realización de la relajación antes de que realicen esta técnica correctamente ya que se repasará en posteriores sesiones.

La duración de las sesiones realizadas en casa deben ir alargándose progresivamente hasta la media hora y posteriormente adaptar el tiempo dedicado a ello según cada persona.

2ª SESIÓN: ESTRÉS Y ANSIEDAD

En esta sesión se seguirá la estructura mencionada anteriormente, primeramente se comentarán experiencias personales ocurridas durante la semana, se revisará qué tal ha ido la práctica en casa y si ya han encontrado el tiempo y lugar para su práctica.

Como contenido psicoeducativo se darán nociones acerca de qué es el estrés, cuáles son los síntomas que produce así como que cierto nivel de estrés es positivo para reaccionar ante ciertas situaciones que nos acontecen. Finalmente se explicará la fisiología del estrés y la relación entre ansiedad y estrés.

Posteriormente se realizará la parte práctica de relajación mediante respiración profunda que consistirá en relajar todos los músculos de golpe mediante se suelta el aire con la respiración, se comentará como se han sentido durante el ejercicio y se mandará como tarea para casa la realización de este ejercicio y/o la relajación mediante la respiración lenta y centrada en cada parte de nuestro cuerpo, aprendida en la sesión anterior.

3ª SESIÓN: ANSIEDAD

Esta sesión se inicia igualmente con una ronda de preguntas acerca de la práctica de los ejercicios realizados en casa.

El contenido psicoeducativo a impartir en esta sesión estará relacionado con la ansiedad, sus componentes (fisiológico, psicológico y conductual), los factores etiológicos que la podrían producir y sus síntomas (somáticos, cognitivos y conductuales). Se diferenciará entre ansiedad de estado y de rasgo o personalidad así como la metáfora del reloj donde lo principal sería identificar la causa, situada en el centro del reloj, para conseguir el control.

En esta sesión se comienza con el Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson (ERP) en la cara, cuello y nuca donde la duración de la tensión de cada parte debe de ser de entre 5 y 10 segundos y la relajación entre 15 y 20 segundos.

Es necesario concentrarse primero en la tensión como algo desagradable y después, en la relajación que se produce como algo agradable.

Finalmente se comentó entre los asistentes como se habían sentido respecto a esta nueva técnica y se les insistió en su práctica en casa durante la siguiente semana.

4ª SESIÓN: FUENTES DE ANSIEDAD I: CONDUCTAS Y PENSAMIENTOS

En esta sesión, tras la ronda de preguntas acerca de la práctica del Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson en casa, se realizó la intervención psicoeducativa, que en este caso se hablaría de las conductas y tipos de pensamientos que tendrían las personas con trastorno de ansiedad (sobregeneralización, personalización, razonamiento emocional,...), los pensamientos positivos y negativos y estrategias y ejercicios para su control.

En la parte práctica, se realizará el Entrenamiento de Relajación Progresiva pero en este caso incluirá la relajación en hombros, brazos, manos, tórax, estómago y espalda.

También se incluirá en esta sesión la posibilidad de imaginarnos estar en un lugar que nos resulte agradable así como de que si aparece una idea o sensación que distrae la atención del ejercicio, no debemos pelearnos con nosotros ni con ella, simplemente dejarla pasar. Finalmente se indicará el repaso de lo aprendido en casa.

5ª SESIÓN: FUENTES DE ANSIEDAD II: AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD

El contenido psicoeducativo de esta sesión, parte de la autopercepción y de cómo nuestra conducta está determinada en gran parte por el concepto que tenemos de nosotros mismos y que ejerce, por tanto, una importante función en la ansiedad personal y en su control. Por ello se incide en la autoestima y en la

capacidad de adaptación a los cambios que posee cada persona así como en la sobrecarga respecto a las exigencias que podemos satisfacer.

También se hará referencia a la asertividad y los estilos de comunicación (pasivo, agresivo y asertivo) con las que reaccionamos con el objetivo de darnos claves/técnicas para ser más asertivos y por tanto responder de mejor manera a las demandas que se nos ofrecen.

En la parte práctica se volverá a tratar el Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson aunque en este caso se sumarán la práctica en caderas, nalgas, piernas y pies.

6ª SESIÓN: LA RESPIRACIÓN

En esta sesión tras la ronda de preguntas y compartir experiencias respecto a la práctica de la relajación en casa, se impartirá la respiración como contenido psicoeducativo. En ella se explicaran sus elementos y fisiología, los tipos de respiración que existen (torácica y diafragmática) y los síntomas con los que actúa.

En la parte práctica se realizarán dos tipos de ejercicios: primeramente una respiración natural profunda, donde mediante la respiración diafragmática lenta se inspirará lentamente llenando todas las partes de los pulmones de aire y se espirará de igual modo, la otra parte consistirá en la realización del Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson incluyendo la relajación de todas las partes aprendidas a lo largo de las sesiones. Finalmente se animará a la práctica de estos ejercicios en casa.

7ª SESIÓN: RELAJACIÓN

En esta sesión se tratará en la parte psicoeducativa de la relajación muscular progresiva, qué es y sus beneficios. También se tratarán otras formas de descanso como la de sustituir una actividad por otra y el sueño profundo.

En la parte práctica se realizará nuevamente el Entrenamiento de Relajación Progresiva pero en este caso NO TENSAREMOS, simplemente iremos relajando lentamente las zonas por las que vayamos pasando según lo

aprendido en sesiones anteriores. Posteriormente se pedirá a los asistentes que intenten esta nueva forma de relajación más avanzada.

8ª SESIÓN: REPASO Y CIERRE

En esta última sesión se comentarán las impresiones acerca del programa y se resolverán dudas. Además se pasará el cuestionario GAD7 final para evaluar la magnitud del cambio y la encuesta de satisfacción.

Para cerrar el programa se realizará el Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson SIN TENSIÓN y se agradecerá a los asistentes su participación.



ANEXO VI: HOJA DE ASISTENCIA

Fecha de primera sesión:

Fecha de última sesión:

NOMBRES Y APELLIDOS	SESIONES							
	1	2	3	4	5	6	7	8

Nº de asistentes por sesión								

Fuente: Programa de Psicoeducación en Atención Primaria: entrenamiento de relajación en grupo, del Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga.



ANEXO VII: REGISTRO DE LA RELAJACIÓN EN EL GRUPO

NOMBRE:

SESIÓN:

FECHA:

Por favor, valore en una escala del 0 al 10 según lo alcanzado en esta sesión

1. Grado de relajación alcanzado

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

2. Grado de concentración en los ejercicios

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

3. Dominio de la técnica

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

4. Confianza en su utilidad

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Fuente: Adaptación del Protocolo de Relajación de Salud Mental de la Región de Murcia.

ANEXO VIII: AUTORREGISTRO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE:

FECHA:

1. ¿Con que frecuencia has practicado la relajación en la última semana?

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

2. Al practicar la relajación ¿estás consiguiendo relajarte?

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

3. ¿Cuánta ansiedad has experimentado esta última semana?

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

4. ¿Te sientes capaz de controlar la ansiedad?

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

5. ¿Qué medicación has tomado esta última semana?

Medicamento	Dosis

Fuente: Adaptación del programa de entrenamiento en técnicas de relajación. Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir. UGC de Salud Mental Virgen del Rocío.

ANEXO IX: HOJA DE EVALUACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE:

Nº DE HISTORIA:

TRATAMIENTOS SIMULTÁNEOS:

ASISTENCIA A LAS SESIONES:

1 2 3 4 5 6 7 8

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES:

SESIÓN	GRADO DE RELAJACIÓN	GRADO DE CONCENTRACIÓN	DOMINIO	GRADO DE CONFIANZA
1ª				
2ª				
3ª				
4ª				
5ª				
6ª				
7ª				
8ª				

FRECUENCIA DE PRÁCTICA EN CASA

SESIÓN	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Frecuencia								

CUESTIONARIO GAD 7

Puntuación	
ANTES	
DESPUÉS	

Fuente: Adaptación del Protocolo de Relajación de Salud Mental de la Región de Murcia.

ANEXO X: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

GRUPO DE AFRONTAMIENTO DE LA ANSIEDAD

¡Enhorabuena por llegar a la última sesión!

Algunos habéis conseguido relajaros y aprendido a hacerlo. Vuestro objetivo se rá

MANTENER esta práctica en la vida diaria. Hay quienes no han conseguido de l todo aplicar la técnica que aquí se ha practicado: ¡no os desaniméis!, si seg uís llevándola a cabo en vuestra casa, muy pronto formará parte de vosotros y de vuestra vida.

Aunque todos, si miráis hacia atrás, **HABÉIS MEJORADO MUCHO.**

Este cuestionario tiene como objetivo mejorar el desarrollo de los grupos de relajación.

Por ese motivo os rogamos vuestra colaboración respondiendo a unas sencillas preguntas. El cuestionario es completamente anónimo.

1. ¿Ha satisfecho tus expectativas lo realizado en el grupo?

2. Según tu opinión, ¿qué se podría mejorar?

3. ¿Consideras que es útil y suficiente el material aportado? Si no es así, ¿qué otro material incluirías?

4. ¿El lenguaje utilizado en las sesiones ha sido comprensible?

5. ¿Te has sentido comprendido/a?

6. Según tu opinión ¿qué te ha resultado más útil?

7. Considera que el lugar en el que se han realizado las reuniones era:

Marca con una X la opción que corresponda.

Poco	Adecuado	Muy adecuado

¿Por qué motivo? Justifica tu respuesta

8. La duración de este programa te ha parecido:

Marca con una X la opción que corresponda.

Corta	Adecuada	Larga

9. Por último, señala tu grado de satisfacción con el Grupo:

Marca con una X la opción que corresponda.

1	2	3	4	5
Nada satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

MUCHAS GRACIAS

Fuente: Adaptación Programa de Psicoeducación en Atención Primaria: Entrenamiento de Relajación en grupo, del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga