

Grupo de habilidades cognitivo-conductuales y de control de la respiración para el manejo de la ansiedad en Atención Primaria

Carolina Ocio Aracama. Enfermera Especialista en Salud Mental.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de ansiedad, Atención Primaria, intervención grupal, técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de relajación.

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia a nivel de Atención Primaria y plantean dificultades a los facultativos, tanto en el diagnóstico como el manejo, por la limitación en el tiempo de consulta, falta de formación etc.

Objetivo: Valorar la efectividad de un programa psicoterapéutico grupal basado en habilidades cognitivo-conductuales y entrenamiento en control de la respiración a nivel de Atención Primaria, en el tratamiento de pacientes con sintomatología ansiosa y/o trastornos de ansiedad leve-moderado, como complemento del tratamiento estándar ofrecido por el MAP, en la reducción de la sintomatología ansiosa y en la mejora de la calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se trata de un **ensayo clínico aleatorio**, con un grupo experimental, que recibirá el tratamiento estándar del MAP y un grupo control, con tratamiento estándar más psicoterapia grupal.

Ámbito y sujetos de estudio: Sujetos que presenten sintomatología ansiosa y/o diagnóstico de trastorno de ansiedad leve/moderado tratados en los Centros de Salud de San Martín y Olárizu, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años ($n = 28$).

Variables: *Dependientes:* **Sintomatología ansiosa** (medida con la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton) y **Calidad de vida relacionada con la salud** (medida con el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud). *Clínicas:* diagnóstico de trastorno de ansiedad (DSM-IV), consumo de psicofármacos. *De ajuste:* Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nº de hijos.

Intervención: Grupo psicoterapéutico cerrado de 7-9 sujetos, dirigido por una enfermera especialista en salud mental, de 11 sesiones con periodicidad semanal, que incluye entrenamiento en control de la respiración y habilidades cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad.

Análisis de datos: Análisis descriptivo de las variables. Se pasarán las escalas (HARS y SF-36) pre y 1 semana y 6 meses post intervención, en ambos grupos (intervención- control) y se compararán los resultados.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida como "una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba *aspectos cognitivos* displacenteros, de tensión y aprensión; *aspectos fisiológicos*, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y *aspectos motores* que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones" (Tobal,1990).

Se puede considerar así que la ansiedad en principio es una función adaptativa al medio circundante. Sin embargo, con el paso del tiempo, y si no reciben el tratamiento adecuado, estos rasgos característicos de ansiedad acaban consolidándose y perpetuándose, conduciendo al desarrollo de las diferentes manifestaciones clínicas de los Trastornos de Ansiedad. Incluso en no pocas ocasiones los Trastornos de Ansiedad son los verdaderos responsables de la aparición y desarrollo de otros trastornos asociados.

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y son junto con los trastornos del estado de ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales.

A nivel internacional los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad se sitúan en un 10,6% y un 16,6% respectivamente (Somers y cols., 2006). En nuestro contexto, la prevalencia-año para los trastornos de ansiedad en la comunidad, se sitúa en un 6,2% y en un 9,3% para la prevalencia-vida (Haro y cols., 2006), llegando a cifras de 21,7%, entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria (Caballero y cols., 1999).

La falta de una pauta común de presentación de los diferentes trastornos de ansiedad, la somatización y la asociación con enfermedades crónicas, así como la limitación del tiempo en las consultas de medicina de familia, son algunas de las razones que dificultan el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria (Sicras y cols., 2008). Además una elevada proporción de médicos de atención primaria considera no poder hacerse cargo de la demanda por problemas emocionales o mentales, encontrando dificultades en el manejo de los pacientes por considerar su formación insuficiente, en primer lugar en el manejo psicoterapéutico (Latorre y cols., 2005).

Estamos en una sociedad dónde se priman las soluciones rápidas, lo que favorece la medicalización frente a que se potencien otros abordajes psicoterapéuticos que, además de requerir más tiempo, habilidad y formación por parte del profesional, precisa de una actitud activa del paciente. Así, los pacientes con sintomatología ansiosa son los mayores consumidores de benzodicepinas como fármaco de primera elección. Según el SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y

Comunitaria) entre un 15 y un 20% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención primaria consumen algún psicofármaco, de los que en un 75% son benzodiazepinas (ansiolíticos e hipnóticos) □, observándose en España un crecimiento global en el consumo de estos del 56%, entre los años 1995 y 2002 (García del Pozo y cols., 2004). Además el prolongado tratamiento con Benzodiazepinas no está en concordancia con la recomendación de que no se utilicen en periodos superiores a 3 meses, dado sus efectos adversos, pudiendo inducir una marcada sedación, falta de coordinación psicomotora, fenómeno de rebote, mayor riesgo de sufrir fracturas de cadera y accidentes de tráfico y a su capacidad de producir tolerancia y dependencia. Sin embargo no es infrecuente que el consumo se prolongue durante meses o años.

Sin embargo, si nos limitamos a las técnicas cognitivo-conductuales (TCC), cuya eficacia ha sido sometida a los mismos controles de la metodología científica a los que están sujetos los tratamientos biológicos, podemos pensar que la combinación fármacos/psicoterapia podría optimizar los resultados terapéuticos e incluso abreviarlos. Además, según diversos estudios, los pacientes aceptan positivamente las intervenciones psicológicas (Vega y cols., 1999).

Según diversos estudios de ámbito nacional, hay evidencia de la efectividad de terapias combinadas en los centros de salud que incluyen intervenciones grupales cognitivo-conductuales y de relajación, llevadas a cabo por enfermería (Tello y cols., 1997; Tierno y cols., 2003), en cuanto a la disminución de la sintomatología de ansiedad y mejora de la autoestima.

Otro estudio, evalúa la eficacia de un programa de autoayuda, a través de un manual basado en principios de TCC, en pacientes con ansiedad leve-moderada, guiada por enfermeras en Atención Primaria, en comparación con el tratamiento habitual del médico de familia, viéndose que ambos tenían un coste similar, siendo igualmente efectivos en la disminución de los síntomas de ansiedad, pero los pacientes estaban más satisfechos con la autoayuda guiada (Richards et al., 2003).

Una revisión de Cochrane, examina la efectividad de la TCC para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en comparación con los controles en lista de espera o de atención. Incluyeron 13 estudios con sujetos de la comunidad o pacientes ambulatorios con ansiedad de gravedad leve a moderada. Los análisis mostraron una tasa de respuesta para la remisión de cualquier diagnóstico de ansiedad del 56% para TCC versus el 28,2% para los controles.

Siguiendo con los tratamientos no farmacológicos, en diversos estudios realizados en nuestro país se ha comprobado la eficacia de las técnicas respiratorias para reducir la activación que acompaña a los trastornos de ansiedad. Así mismo los datos parecen demostrar que estas técnicas de relajación poseen una eficacia cuanto menos similar en comparación de otras, más utilizadas en la clínica, como son la relajación muscular y el entrenamiento autógeno (Rosa y cols., 1998). También han demostrado una mayor eficiencia, al ser aprendidas con mayor facilidad y en menor tiempo de entrenamiento (Labrador y cols., 1996).

Según señaló la OMS en su Foro Mundial en pro de la Salud Mental Comunitaria (Ginebra, 30-31 de mayo de 2007) el reto para los países de ingresos bajos consiste en utilizar los entornos de atención primaria de salud que permitan aprovechar recursos de bajo costo localmente disponibles, para que se preste una atención apropiada a quienes padecen trastornos mentales.

Así, basándose en la evidencias expuestas en los apartados anteriores, en este proyecto se propone un programa psicoterapéutico grupal, de habilidades cognitivo-conductuales y entrenamiento en control de la respiración, impartido por una enfermera Especialista en Salud mental, en el ámbito de Atención Primaria, como intervención que complementa el tratamiento de los pacientes con síntomas de ansiedad y/o trastornos de ansiedad leve-moderado, ofrecido por los médicos generalistas, con el fin de suplir las posibles carencias por la falta de tiempo, optimizar el empleo de

ansiolíticos, así como para aportar un abordaje más amplio, que favorezca la recuperación del paciente y su calidad de vida.

MARCO CONCEPTUAL

Si valoramos a pacientes que padecen un determinado trastorno de ansiedad, encontramos diagnósticos de enfermería (según la taxonomía NANDA), que les son comunes.

Uno de ellos es que la ansiedad (**NANDA 00146 Ansiedad**) se dispara en situaciones en las cuales no es una reacción adaptativa sino desadaptativa, e incluso perjudicial, porque los lleva a desarrollar limitaciones vitales y a enfermar emocional, psicológica u orgánicamente. Todos tratan de evitar o interrumpir esa emoción mediante la evitación de diferentes situaciones, objetos o pensamientos ansiógenos (**NANDA 00069 Afrontamiento inefectivo**). Así, en la mayoría de los trastornos de ansiedad, el abordaje terapéutico, siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), consiste en enseñarle al consultante a entender su problema (**NIC 5604 Enseñanza: grupo**), a disminuir su nivel de ansiedad general (**NIC 5820 Disminución de la ansiedad, NIC 6040 Terapia de relajación simple**), a modificar sus expectativas catastróficas así como sus pensamientos anticipatorios ansiógenos (**NIC 4700 Reestructuración cognitiva**), a exponerse, enfrentando en forma graduada o masiva, tanto en la imaginación como en la realidad, las situaciones asociadas a cada trastorno de ansiedad en particular y a buscar actuaciones alternativas (**NIC 5230 Aumentar el afrontamiento**).

Para ello nos basaremos en el **Modelo Relacional de Peplau** (1952), para la que el aspecto fundamental de los cuidados es ayudar al cliente a ser consciente de su comportamiento, a analizarlo, a buscar actuaciones alternativas y a aplicarlas en situaciones de la vida cotidiana, es decir ayudarle en el “desarrollo de habilidades”. Todo ello a través de las fases que establece en la relación terapéutica enfermera-paciente: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

□ Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. 2ª Edición. Barcelona: Masson; 2003.

BIBLIOGRAFIA

1. Miguel Tobal J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3) 309-344. Madrid: Alhambra.
2. Sicras A, Blanca M, Navarro R, Pizarro I, Gomez S. *Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud*. Atención Primaria. 2008; 40 (12):603-10.
3. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. *Prevalence and incidence studies of Anxiety Disorders. A systematic review of the literature*. Canadian Journal Psychiatry. 2006; 51:100-113.
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el grupo ESEMeD- España. *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España*. Medicina Clínica (Barc) 2006; 126 (12): 445-451.
5. Caballero Martínez L et al. *Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD*. Atención Primaria. 1999; 23:275-279.
6. Latorre JM, López-Torres J, Montañes J, Parra M. *Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de AP*. Atención Primaria. 2005; 36(2):85-92.

7. *Excesivo consumo de ansiolíticos*. El periódico de la farmacia [Revista en internet] Noviembre 2006 [acceso 24 de diciembre de 2008]; 2 (22) .Disponible en: http://www.elperiodicodelafarmacia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=1028&Itemid=53
8. García del Pozo J, Abajo F, Carvajal A, Montero D, Madurga M, García del Pozo V. *Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002)*. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78(3):379-87.
9. Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. *Manejo clínico de los ansiolíticos*. Semergen. 1998.24(10): 826-83.
10. Antich S, Rodilla V. *Estudio de la utilización de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos desde farmacias comunitarias*. Farmacia de Atención Primaria.2008. 6 (1):11-14.
11. Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. *Trastornos de ansiedad: variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria*. Atención Primaria. 1999; 24(10):569-78.
12. Tello ME, Téllez A, Ruiz A, De Frutos MA, Elcano R. *Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio*. Atención Primaria, 1997; 19:67-71.
13. Tierno M, Cassinello C, Rey E, Maldonado S. *Educación grupal en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad*. Metas Enferm. 2003 feb. 52:6-10.
14. Richards A, M Barkham, J Cahill, et al. *PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care*. Br J Gen Pract. 2003; 53(495):764-70.
15. James A, Soler A, Weatherall R. *Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Rosa AI, Olivares J, Sanchez J. *Efectos diferenciales de las técnicas de relajación sobre la ansiedad: una revisión meta-analítica en España*. Ansiedad y estrés.1998; 4(1):97-110.
17. Labrador JF, De Arce F, Florit A. *Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación: diferencias en medidas psicofisiológicas*. Análisis y modificación de conducta. 1996; 22 (81): 94-114.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS OPERATIVA: Los pacientes que presenten sintomatología ansiosa (EADG \geq 4) y/o diagnóstico de trastorno de ansiedad leve /moderado tratados en los Centros de Salud de Olárizu y San Martín del municipio de Vitoria-Gasteiz, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, si además de recibir el tratamiento estándar (terapia apoyo y/o farmacológico) por su Médico de

Atención Primaria (MAP), se combina con un programa de intervención grupal basado en habilidades cognitivo-conductuales y entrenamiento en control de la respiración, impartido por una Enfermera Especialista en Salud mental, mejorarán de su sintomatología ansiosa (medida con la Escala de ansiedad de Hamilton), mejorará la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (medida con el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud).

OBJETIVO GENERAL: Determinar la efectividad de una intervención basada en técnicas cognitivo - conductuales de carácter grupal, realizados en un centro de Atención Primaria por una Enfermera Especialista en Salud Mental en el tratamiento de pacientes con sintomatología ansiosa y/o diagnóstico de trastorno de ansiedad leve /moderado, como complemento del tratamiento estándar (ansiolíticos y/o terapia de apoyo) aplicado por el MAP, en la reducción de la ansiedad y aumento de la calidad de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Comparar el cambio producido a la finalización del estudio entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a:

- Sintomatología ansiosa, según la Escala de ansiedad de Hamilton (HARS).
- Calidad de vida relacionada con salud, según el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo **analítico experimental**, para llevarla a cabo se utilizará el **ensayo clínico aleatorio**.

SUJETOS A ESTUDIO

POBLACIÓN A ESTUDIO: Pacientes con sintomatología ansiosa y/o con diagnóstico de trastorno de ansiedad leve-moderado (**población diana**), pertenecientes a los Centros de Salud de San Martín y Olarizu, que abarcan entre ambos a una población de 48.572 habitantes, que acuden a la consulta de su Médico de Atención Primaria, cumpliendo los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**
 - Puntuación en la Subescala de Ansiedad de Goldberg (anexo III) ≥ 4 y/o diagnóstico de trastorno de ansiedad leve o moderado según el DSM-IV que vaya a ser tratado por el MAP.
 - Edad, entre 18 y 65 años.
 - Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio (consentimiento informado).
- **Criterios de exclusión:**
 - Diagnóstico según el DSM-IV de Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica y/o Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
 - Haber sufrido un suceso vital intenso en los últimos 6 meses (para descartar la existencia de un trastorno meramente adaptativo o de un trastorno de estrés postraumático).

- Estar aquejado de otro trastorno psicopatológico u enfermedad orgánica grave.
- Dificultades de comprensión y expresión del español, analfabetos.

MUESTRA: Se estima un tamaño muestral de 14 sujetos en cada grupo (intervención y control), asumiendo un riesgo $\alpha=0,05$ y un poder estadístico del 80% para detectar una diferencia mínima de 8 puntos en el resultado de la Escala de ansiedad de Hamilton, variable principal del estudio y una DE global de 8 (Lobo y cols., 2002). Se ha realizado el ajuste estimando unas posibles pérdidas del 12%. Se irán seleccionando los pacientes a medida que vayan acudiendo a las consultas del MAP, siendo asignados a cada grupo según una secuencia de aleatorización generada previamente por ordenador. Se ocultará tanto a los MAP, como a la enfermera que realizará las valoraciones post-intervención, a qué grupo pertenece cada paciente. De esta manera obtendremos dos grupos: **1) Grupo de intervención:** que recibirán la psicoterapia grupal como complemento a la terapia estándar ofrecida por su MAP y **2) Grupo control:** que recibirán únicamente la terapia estándar ofrecida por su MAP.

INTERVENCIÓN A REALIZAR

La intervención grupal constará de 11 sesiones, impartidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental, con una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos cada una, aplicándose a grupos cerrados de 7-9 personas, planteando dos tipos de abordajes (Anexo):

- 1) Entrenamiento en control de la respiración:** encaminado a dotar al sujeto de una serie de habilidades para reducir o controlar su nivel de activación psicofisiológica. Basado en la “*Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*” de Rodríguez Correa P (2008).
- 2) Habilidades cognitivo-conductuales:** modelo de entrenamiento en habilidades (“*Programa de habilidades cognitivo-conductuales para atención primaria*” de García- Campayo y cols., 2006) (anexo II) para ayudar a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas, generando pensamientos racionales propios.

VARIABLES A ESTUDIO

DEPENDIENTES:

- **Sintomatología ansiosa:** Para medir esta variable se utilizará la **Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton (HARS)** (Versión española, Lobo y cols., 2002). Escala heteroaplicada, que consta de 14 ítems, que evalúan los aspectos psíquicos y somáticos de la ansiedad, que se valoran de 0 a 4, según intensidad de los síntomas, con un rango de 0 (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad), evaluando un ítem el ánimo deprimido.
- **Calidad de vida relacionada con la salud:** Para medirla emplearemos el **Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud** (Versión española, Alonso y cols., 1995). Escala autoaplicada que consta de 36 ítems, con opciones de respuesta, entre 2 y 6 (tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia) que conforman 8 dimensiones de salud: Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol emocional, Salud mental, que se

agrupan, en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Tanto las escalas como las medidas sumatorias se transforman en una escala con recorrido de 0 a 100 (peor-mejor estado de salud).

INDEPENDIENTE: Programa de intervención grupal basado en habilidades cognitivo-conductuales y entrenamiento en control de la respiración, en pacientes con sintomatología ansiosa y/o diagnóstico de trastorno de ansiedad leve/ moderado tratados en Atención primaria.

CLÍNICAS: Diagnóstico de trastorno de ansiedad (DSM-IV).

Consumo de psicofármacos: *Tipo:* Ansiolíticos/ Antidepresivos/ Otros; *Fecha de prescripción /Fin de prescripción-abandono (Motivo:* mejoría percibida/ efectos secundarios/ Otros).

DE AJUSTE: Edad, Sexo, Estado civil, Nº de hijos, Nivel de estudios, Situación laboral.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo de todas las variables a estudio, mediante las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y la distribución de frecuencias con sus intervalos de confianza (95%) para las variables categóricas.

Comparación de la media de las diferencias (puntuación HARS y SF-36) en el grupo experimental, entre los momentos M1-M2 y M2-M3, mediante la prueba de T de Student para los datos apareados o la no paramétrica T Wilcoxon, si no se cumplen los criterios de normalidad estadística.

Comparación de la media de las diferencias (HARS y SF-36) entre ambos grupos, experimental y control, en los momentos M2 y M3, mediante la prueba de T de Student para los datos independientes o la prueba no paramétrica U de Mann-Witney, según lo apropiado en cada caso.

DIFICULTADES-LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La concomitancia de otros tratamientos ofertados por el MAP (terapia de apoyo y farmacológico), impide realizar inferencias de causalidad exclusiva atribuible a la intervención de enfermería.

Hay evidencia de que existe una correlación positiva entre la práctica de las técnicas de relajación entre sesiones y la disminución de la ansiedad, y aunque se tienen en cuenta estrategias para propiciarla (autorregistros y la planificación de la práctica diaria), esto no asegura la homogeneidad en dicha práctica por parte de los sujetos a estudio.

La posible contaminación por multitud de circunstancias muy difíciles de evaluar a los que habrían estado expuestos los sujetos, podría conducir a un sesgo en la comparación de los resultados.

Las pérdidas en el seguimiento (no completan la intervención, seguimiento), pudiendo ser que el mismo hecho de no encontrar mejoría en su estado les haga no participar, afectaría a los resultados.

Tamaño de muestra pequeño, por lo que es posible incurrir en un error tipo II, no detectar un efecto que realmente existe, debiendo considerarse el estudio como exploratorio y sus resultados refrendados por estudios más amplios.

CRONOGRAMA

Duración total de la investigación: 20 meses (de septiembre del 2009 a abril del 2011).

- *Preparación del terapeuta y el material:* 2 meses (septiembre y octubre del 2009).
- *Captación de los posibles candidatos a estudio:* 6 meses (del 1 de octubre del 2009 al 30 de marzo del 2010).
- *Intervención:* 6 meses (1º grupo: enero-marzo 2010; 2º grupo: abril-junio 2010).
- *Análisis estadístico de los resultados/ Elaboración de las conclusiones finales/ Redacción del proyecto:* 4 meses (de enero a abril del 2011).

APLICABILIDAD

La principal aplicación práctica de esta investigación es la de que orientaría a la efectividad de las terapias no farmacológicas como alternativa ofertable al paciente, en el tratamiento de patologías tan prevalentes en atención primaria como es la ansiedad, mostrando unos procedimientos concretos de entrenamiento en control de la respiración y habilidades cognitivo conductuales, estructurados, sencillos y fáciles de aplicar a nivel grupal, con tiempos pautados, objetivos concretos y efectividad descrita, realizados por un profesional formado, como es la enfermera especialista en salud mental.

Así apoyaría la implantación de la figura de la enfermera especialista en salud mental en el primer nivel de atención para complementar la intervención del MAP y mejorar así la calidad asistencial en los trastornos que implican un elevado estado de activación, como son los trastornos de ansiedad y otras patologías acompañadas por sintomatología ansiosa, como pueden ser el trastorno adaptativo, trastorno mixto ansioso-depresivo, esperando favorecer así la recuperación del paciente y su calidad de vida.

Y posiblemente llevar a una reducción en el consumo de ansiolíticos y el riesgo de recaídas, gracias al aprendizaje del sujeto de una serie de habilidades para el manejo de su ansiedad, cuyo efecto a largo plazo se presupone mayor que el del tratamiento farmacológico.

ANEXO: INTERVENCIÓN

Sesión 1: PRESENTACIÓN

<p>Objetivo: Establecer una primera toma de contacto entre los integrantes del grupo y entre estos y el terapeuta, con el fin de facilitar una interrelación de confianza y por otro lado dar a conocer los objetivos, la estructura general de las sesiones y las normas del grupo.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación del terapeuta. ✓ Presentación de cada uno de los integrantes del grupo. ✓ Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento. ✓ Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención. ✓ Explicación de la importancia de su participación activa y de la realización de las tareas para casa. ✓ Reparto del material que se utilizará a lo largo del programa.
<p>Sesión 2: ASPECTOS TEÓRICOS: ANSIEDAD , ESTRÉS Y ACTIVACIÓN</p> <p>Objetivo: Conocer cómo se manifiesta la ansiedad, su función y cuáles son sus componentes: el sistema fisiológico, el sistema cognitivo (ideas, creencias, expectativas) y el sistema conductual y la forma cómo interactúan y se vinculan.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspectos psicoeducativos (Inicio de Sesión 1 del ECR): Ansiedad Estrés y Activación. ✓ Cumplimentación del cuestionario de prácticas a las preguntas referentes a los temas tratados. ✓ Puesta en común y discusión sobre :Ansiedad normal / patológica. Situaciones que la desencadenan. Fases en que se desencadena. Finalidad. Síntomas físicos, cognitivos, conductuales. Como prevenirla y manejarla.
<p>Sesión 3: Sesión 1 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”</p>
<p>Sesión 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción al modelo cognitivo ✓ Sesión 2 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”
<p>Sesión 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 1 del “ Programa de habilidades cognitivo conductuales” ✓ Sesión 2 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”
<p>Sesión 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 2 del “ Programa de habilidades cognitivo conductuales” ✓ Sesión 3 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”
<p>Sesión 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 3 del “ Programa de habilidades cognitivo conductuales” ✓ Sesión 4 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”
<p>Sesión 8: Sesión 4 del “ Programa de habilidades cognitivo conductuales”</p>
<p>Sesión 9: Sesión 5 del “Programa de entrenamiento en control de la respiración”</p>
<p>Sesión 10: Sesión 5 del “ Programa de habilidades cognitivo conductuales”</p>
<p>Sesión 11: RESOLUCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración de los pacientes acerca de su evolución. ✓ Atribución de la mejoría. ✓ Refuerzo por parte del terapeuta. ✓ Dudas o análisis de problemas residuales. ✓ Expectativas futuras, que va a ocurrir cuando finalice la terapia. ✓ Importancia de seguir practicando las técnicas. ✓ Disponibilidad de los terapeutas. ✓ Acordar con cada paciente el día para las visitas de seguimiento para cumplimentación de las escalas. ✓ Agradecer su participación. ✓ Despedida.