



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**  
**Facultade de Ciencias da Saúde**

**MÁSTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA**  
**ESPECIALIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Curso académico 2015-2016

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Efectividad de una terapia de relajación en  
pacientes con fobia social**

**Laura Valdés Alvarez**

**28 de Julio de 2016**

**Directora del TFM:** Rosa Meijide Faílde.

## **INDICE**

<i>RESUMEN</i> .....	1
1. <i>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</i> .....	4
2. <i>HIPÓTESIS</i> .....	13
3. <i>OBJETIVO</i> .....	13
4. <i>METODOLOGÍA</i> .....	14
4.1.- <i>Ámbito de estudio</i> .....	14
4.2.- <i>Período de estudio</i> .....	14
4.3.- <i>Tipo de estudio</i> .....	14
4.4.- <i>Estrategia de búsqueda bibliográfica</i> .....	14
4.5.- <i>Criterios de inclusión</i> .....	14
4.6.- <i>Criterios de exclusión</i> .....	14
4.7.- <i>Mediciones</i> .....	15
4.8.- <i>Descripción de la intervención</i> .....	16
4.9.- <i>Selección de la muestra</i> .....	16
4.10.- <i>Aleatorización</i> .....	17
4.11.- <i>Justificación del tamaño muestral</i> .....	17
4.12.- <i>Análisis estadístico</i> .....	17
4.14.- <i>Limitaciones del estudio</i> .....	18
5. <i>CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO</i> .....	19
6. <i>APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS</i> .....	20
7. <i>ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</i> .....	20
8. <i>PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS</i> .....	21
9. <i>RECURSOS NECESARIOS</i> .....	21
10. <i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	23
11. <i>ANEXOS</i> .....	26

## *RESUMEN*

La fobia social es una patología mental con gran repercusión para las personas que lo sufren, en todos los aspectos de su vida (social, laboral, etc.). Se acompaña de una ansiedad anticipatoria que provoca sintomatología vegetativa y ocasionalmente evitación del estímulo fóbico.

La terapia de relajación es una intervención enfermera con efectividad demostrada en el tratamiento de otras patologías, por lo que considero que la aplicación de esta terapia en pacientes con fobia social podría resultar exitosa.

Objetivo: determinar la efectividad de una terapia de relajación en pacientes con fobia social.

Metodología: ensayo clínico aleatorizado y controlado, con asignación al grupo casos y controles. Se llevarán a cabo los grupos de relajación, después de realizar la selección de la muestra que cumpla los criterios y una vez finalizada la terapia que consta de cinco sesiones, la efectividad se medirá a través de la escala ansiedad estado-rasgo en pacientes que acudan al centro de salud mental del área V, Gijón (SESPA) y que se administrará antes y después de la intervención.

Palabras clave: efectividad, trastornos fóbicos, enfermería, terapia relajación.

## *RESUMEN*

A fobia social é unha enfermidade mental con gran impacto para as persoas que sofren en todos os aspectos da vida (social, traballo, etc.). El é acompañado por unha ansiedade anticipatoria que causa síntomas vexetativos e, en ocasións, evitación fóbica estímulo.

terapia de relaxación é unha intervención de enfermería con eficacia demostrada no tratamento doutras enfermidades, entón eu considero que a aplicación desta terapia en pacientes con fobia social pode ser exitosa.

Obxectivo: determinar a eficacia da terapia de relaxación en pacientes con fobia social.

Metodoloxía: estudo randomizado, con distribución controlada para ensaio clínico caso-control. grupos de relaxación terá lugar despois da selección da mostra que atenda aos criterios e unha vez que a terapia que consiste en cinco sesións, a eficacia do Estado trazo en pacientes que veñen Medirase a través da escala de ansiedade o centro de saúde mental V, Xixón (SESPA) e será administrada antes da área e despois da intervención.

Palabras clave: eficacia, trastornos fóbicos, enfermería, terapia de relaxación.

## *ABSTRACT*

Social phobia is a mental illness with great impact for people who suffer in all aspects of life (social, labor, etc.). It is accompanied by an anticipatory anxiety that causes vegetative symptoms and occasionally avoidance phobic stimulus.

Relaxation therapy is a nursing intervention with demonstrated effectiveness in the treatment of other diseases, so I consider that the application of this therapy in patients with social phobia could be successful.

Objective: To determine the effectiveness of relaxation therapy in patients with social phobia.

Methodology: randomized controlled trial with allocation to case-control clinical trial. groups of relaxation will take place after the selection of the sample that meets the criteria and once the therapy consisting of five sessions, the effectiveness state-trait in patients who come will be measured through the anxiety scale the mental health center V, Gijón (SESPA) and will be administered before the area and after the intervention.

Keywords: effectiveness, phobic disorders, nursing, therapy relaxation.

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La fobia se define como un temor excesivo y persistente, relacionado con un objeto o situación que objetivamente no sea fuente significativa de peligro.

Marks destaca las cuatro características que permiten definir la fobia y que son: desproporción en relación a la situación que lo crea, no puede ser explicado o razonado, se encuentra fuera del control voluntario y conduce a la evitación de la situación temida <sup>(1)</sup>.

Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un malestar intenso en la persona afectada, que reconoce que esta reacción es excesiva. En cualquier caso, la reacción fóbica provoca una interrupción en el funcionamiento cotidiano normal del sujeto <sup>(2)</sup>.

Se ha descrito el carácter fóbico en función de dos aspectos fundamentales, el constante estado de alerta, para detectar las amenazas que proceden del exterior y especialmente de su propio mundo interior, que el sujeto percibe difuso y la actitud de huida. Se considera que muchos de los rasgos atribuidos a los sujetos fóbicos son más una consecuencia de su estado que un factor causal de éste.

Respecto a la causa, se pone en entredicho el origen genético de las fobias y se evidencia que existen influencias familiares y culturales en la determinación del tipo de fobia. La situación sociocultural interviene en la elección del tema fóbico.

Desde el punto de vista bioquímico se confirma la hiperactivación neurofuncional que subyace en estos pacientes, aunque con distintos gradientes de intensidad.

En cuanto al mantenimiento de las fobias, las conductas de evitación del estímulo fóbico y las de tranquilización, a base de requerir la compañía de un personaje protector para afrontar el peligro, explica la perpetuación de estos temores patológicos <sup>(1)</sup>.

Según datos de la OMS, existen más de 250 tipos de fobias reconocidas y estudiadas. Se calcula que más del 7% de la población mundial padece algún tipo de éstas en su categoría más simple, mientras que el 4% desarrollará una de tipo complejo. Los objetos que las producen son tan variados como los sujetos que las padecen y en algunos casos pueden llegar a ser invalidantes <sup>(3)</sup>.

El curso y pronóstico de las fobias no está definido pues depende de varios factores. Se sabe que estos trastornos se asocian a una mayor morbilidad. En función del grado de conducta fóbica que se presente, así interferirá en el funcionamiento normal de una persona, produciendo alteraciones en el ámbito social, laboral e interpersonal. El curso de la fobia se agravará si coexisten otros trastornos <sup>(4)</sup>.

Las fobias se clasifican en tres grandes grupos: agorafobia (60%), fobia social (8%) y fobia específica (17%); el 15% restante corresponde a fobias de origen externo, como son la nosofobia y las fobias obsesivas.

En este estudio de investigación nos centramos en la fobia social, que según el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades), se encuadra dentro del apartado de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 <sup>(5)</sup>.

En el DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), se han producido una serie de cambios respecto a la versión anterior, especialmente, la modificación del nombre, que pasó de llamarse fobia social a ansiedad social.

Este manual, define la ansiedad social como miedo irracional y persistente a situaciones en las que el sujeto es el centro de atención de otras personas; aparece un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público, por temor a ser observado, a ser humillado o a que estas situaciones resulten embarazosas.

Es frecuente también que aparezca ansiedad anticipatoria (palpitaciones, temblor, sudoración, tartamudeo, etc.), que recuerdan síntomas ya experimentados anteriormente, cuando el individuo se ha enfrentado con este tipo de situaciones o bien cuando intenta evitarlas.

Algunos ejemplos de fobias sociales son el miedo a hablar o actuar en público, a utilizar lavabos públicos, a escribir o a comer en presencia de los demás, entre otras.

El individuo suele ser consciente de que el miedo se debe a que los otros puedan detectar signos de ansiedad (tartamudeo, temblor de manos, etc.) en la situación fóbica. En ocasiones, según el grado de intensidad y frecuencia, el deterioro profesional y social puede llegar a extremos muy graves <sup>(5)</sup>.

Las diferencias respecto a los criterios del DSM-IV-TR son las siguientes:

- a) Se ha eliminado el criterio de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su ansiedad es excesiva o irracional. En vez de esto, la ansiedad debe ser desproporcionada para el peligro o amenaza implicado en la situación y para el contexto sociocultural.
- b) La duración de al menos 6 meses se extiende a todas las edades y no sólo a los menores de 18 años.
- c) Se permite que el miedo, ansiedad o evitación pueda estar relacionado con una condición médica a condición de que sea excesivo.
- d) Desaparece el especificador de fobia social generalizada, el cual es reemplazado por el especificador “sólo actuación” (el miedo está restringido a hablar o actuar en público).
- e) Cuando hay ataques de pánico, se requiere que se ponga como un especificador: trastorno de ansiedad social con ataques de pánico <sup>(6)</sup>.

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en

varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias a su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico <sup>(5)</sup>.

Los sujetos que presentan esta patología no tienen dificultades para realizar las mismas actividades ansiógenas en privado. La evitación de estas situaciones sociales se produce por miedo a ser juzgados por otras personas, lo que suele estar acompañado de una autoimagen negativa y un nivel bajo de autoestima. Estas conductas de evitación pueden ser muy marcadas y provocar un total aislamiento social.

Aunque puede aparecer en la adolescencia, hay estudios que describen la existencia en algunos niños de un patrón constante de inhibición conductual <sup>(4)</sup>.

Sus tasas de prevalencia oscilan entre el 3% y el 13% <sup>(7)</sup>. Aunque prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV-TR <sup>(8)</sup>. Presenta un curso crónico y altas tasas de comorbilidad en los niños/adolescentes que lo padecen, destacando sus efectos en el rendimiento académico, en el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, además de las consecuencias derivadas de la cronicidad de su curso <sup>(7)</sup>.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), las pautas para el diagnóstico son:

- A. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- B. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- C. La situación fóbica es evitada, cuando es posible <sup>(9)</sup>.

Cuando un fóbico se ve expuesto, o anticipa la exposición a un objeto o una situación específica que le produce temor o ansiedad intensa, los síntomas que aparecen con frecuencia son aumento de la frecuencia cardiaca, sudor, sensación de mareo o desmayo, dificultad para respirar, malestar estomacal, temor a perder el control, etc <sup>(10)</sup>.

En 1985 se postuló el modelo cognitivo de la fobia social, el modelo de Beck <sup>(11)</sup>, que postula que la ansiedad fóbica está asociada con una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza que implica determinado objeto o situación, es decir, que no es el objeto, evento o situación lo que el sujeto teme, sino la anticipación de las consecuencias que puede tener la situación <sup>(10)</sup>.

El sujeto habría desarrollado esquemas cognitivos referentes a significados y valores amenazantes sobre el hecho de ser desaprobado, criticado o rechazado por su actuación en una situación social. Esos esquemas se activarían en las situaciones sociales y producirían distorsiones cognitivas como:

A- Visión catastrófica: El sujeto maximiza y abstrae selectivamente de modo anticipatorio el peligro potencial de la situación social (por ejemplo rechazo, crítica) sin tener evidencia para esa predicción.

B- Maximización: El sujeto infravalora u olvida sus estrategias de manejo de las situaciones sociales. También puede infravalorar su capacidad para adquirir determinadas habilidades sociales.

D- Personalización: El sujeto es especialmente sensible a relacionar la conducta de otros, sin evidencia suficiente, con su conducta social percibida como inadecuada <sup>(10)</sup>.

Se pueden distinguir dos tipos de fobia social: fobia social generalizada y fobia social específica o circunscrita. La primera es menos frecuente y consiste en que el individuo manifiesta miedo frente a la mayoría de las situaciones sociales, mientras que la segunda se limita a una situación social concreta. La ansiedad social generalizada se asocia con más frecuencia que la específica con problemas clínicos, presentando una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo <sup>(11)(12)</sup>. Según el DSM-V, cuando hay ansiedad, evitación social y mutismo selectivo, pueden hacerse los dos diagnósticos <sup>(6)(13)</sup>.

La fobia social afecta al sistema conductual, a través de la evitación de las situaciones temidas; afecta también al sistema cognitivo, aparecen dificultades para pensar, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. Existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, concretamente en las reacciones somáticas y autónomas de ansiedad (especialmente las visibles), en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores. Y por último, afecta al sistema somático, que son las reacciones corporales <sup>(6)</sup>.

Como se ha mencionado anteriormente, la fobia social (y todas las fobias en general) se acompañan de un componente ansiógeno en muchas ocasiones invalidante para el propio paciente. La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) define ansiedad como “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica” <sup>(14)</sup>. Se estima que un 22% de la población sufre episodios de ansiedad <sup>(15)</sup>; según la encuesta Nacional Comorbidity Survey, una de cada cuatro personas presenta síntomas de un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, existiendo una prevalencia del doble en las mujeres que en los hombres <sup>(16)</sup>.

Existen dos tipos de ansiedad, según Spielberger:

- La ansiedad rasgo: se define como la predisposición personal a sentirse ansioso en situaciones muy diversas.
- La ansiedad estado: se define como la respuesta de ansiedad ante estímulos amenazantes.

El tratamiento más utilizado para disminuir la ansiedad es el farmacológico, que proporciona un rápido alivio de la sintomatología. Sin embargo, cada vez se recomienda más el uso de terapias de relajación como terapia alternativa a la psicofarmacología <sup>(17)</sup>.

Según señalan la Anxiety Disorders Association of America y la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, el éxito contra la ansiedad está en la combinación de varias estrategias. Se encuentra utilidad en las intervenciones no farmacológicas (terapias de relajación, yoga, técnicas de resolución de problemas, biofeedback, psicoterapia y técnicas cognitivo-conductuales) en el tratamiento de la ansiedad <sup>(18)</sup>.

Las técnicas de relajación reducen los niveles de activación autonómica, reducen la experiencia desagradable de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés y aumenta la motivación a continuar el tratamiento si se practica regularmente <sup>(19)</sup>. Mejora la integridad del sistema inmunológico y aumenta los aspectos positivos respecto de la calidad de vida del paciente <sup>(20)</sup>. Se incluyen la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno y las técnicas respiratorias <sup>(19)</sup>.

En cuanto al tratamiento de esta patología, los tratamientos más investigados y más eficaces son la exposición (especialmente en vivo, pero también imaginal), que puede incluir exposición simulada o ensayos de conducta en la sesión e incluye autoexposición en vivo (AEV) en el entorno natural, la reestructuración cognitiva combinada con exposición y la terapia cognitiva de Clark y Wells. El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2013) recomienda estos dos últimos tipos de terapia <sup>(8)(21)</sup>.

Como ya se ha mencionado, en todas las intervenciones terapéuticas el factor común a intervenir es la ansiedad <sup>(22)</sup>; y dado que el factor principal de la fobia social es la ansiedad, se hace imprescindible la intervención enfermera a través de la terapia de relajación, con el objetivo de que la persona sea capaz de manejar la situación, a través del control de su propia ansiedad gracias al uso de técnicas de la relajación adquiridas.

Por todo ello, las enfermeras de salud mental están en una situación privilegiada de poder participar en la terapia cognitivo conductual mediante la relajación, que será la herramienta que les permita disminuir el nivel de ansiedad cuando las personas establezcan contacto con el estímulo fóbico.

Centrándonos en este proyecto de investigación, tomaremos como referencia varios modelos conceptuales de enfermería, que nos servirán de guía de actuación en la intervención con el paciente.

Los modelos conceptuales de enfermería son patrones de referencia dentro de los cuales se describen los pacientes, su entorno, su estado de salud y las intervenciones de enfermería. El personal de enfermería de salud mental puede potenciar su práctica si sus acciones están basadas en un modelo de asistencia completo, holístico y relevante <sup>(23)</sup>.

Por este motivo tendré en cuenta el modelo interpersonal de Sullivan, donde se recoge la búsqueda de la satisfacción y de la seguridad. Dentro de este mismo modelo, fue Hildegard Peplau (1909-1999) quien publicó en 1952 un libro llamado "Relaciones interpersonales en enfermería". Sus principales objetivos son la satisfacción de las demandas fisiológicas y el crecimiento personal. Su visión es novedosa pues se basa en que la enfermera tiene un conocimiento de sí misma y estimula a los pacientes para crecer y desarrollarse mejorando su potencial de salud.

El modelo interpersonal recoge como objetivos fundamentales la reeducación, la cercanía, identificar el problema y animar a crear estilos de relación más satisfactorios <sup>(24)</sup>.

Otro modelo que adquiere especial relevancia y que tomaré como referencia en este trabajo, es el modelo de Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica, desarrollado por Gail Stuart en la década de 1980. Este modelo está basado en cinco supuestos.

- El primero de los supuestos trata sobre la jerarquía social desde la unidad más simple a la más compleja. Cada nivel es parte del anterior, por lo que el individuo es una parte de la familia, grupo, comunidad, sociedad y biosfera.
- El segundo supuesto asume una aproximación biopsicosocial a la práctica de enfermería en salud mental.
- El tercero diferencia entre salud-enfermedad y adaptación-mala adaptación, atribuyendo la primera a una visión médica y la segunda a una visión enfermera.
- El cuarto supuesto, y el que adquiere más importancia dentro de este trabajo, habla sobre los niveles de prevención y describe cuatro etapas diferentes del tratamiento psiquiátrico: crisis, agudización, mantenimiento y promoción de la salud.
- El quinto supuesto está basado en el empleo del proceso de enfermería y en los estándares de asistencia y práctica profesional <sup>(24)</sup>.

Según algunos estudios realizados sobre técnicas de enfermería, hay estudios que confirman que el manejo de la ansiedad responde satisfactoriamente a terapia de grupo y relajación, mencionando incluso que la adherencia al tratamiento no farmacológico es mayor que al tratamiento farmacológico. Desde la visión enfermera la ansiedad no es

un diagnóstico de enfermedad, sino de desviación de la salud <sup>(25)</sup>. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo <sup>(26)</sup>.

Los profesionales de salud mental se encuentran en una buena posición para ofrecer entrenamiento en habilidades que permitan al paciente desenvolverse en situaciones complejas para ellos. La enfermera especialista en salud mental, por sus competencias, presenta las capacidades necesarias para identificar y proporcionar una serie de cuidados, marcándose el objetivo de cubrir las necesidades del paciente, informándolo y haciéndole partícipe y responsable de su propio cuidado.

Profundizando en esta línea de investigación, con el objetivo de utilizar la visión de la enfermería para disminuir la ansiedad en pacientes con un diagnóstico de fobia social, se plantea este proyecto de investigación, con la finalidad de determinar si la terapia de relajación en este tipo de pacientes es efectiva.

## 2. HIPÓTESIS

En cuanto a la efectividad de una terapia de relajación en pacientes con fobia social, se establece que la Hipótesis nula ( $H_0$ ) es que la terapia de relajación no disminuye los niveles de ansiedad del paciente con fobia social. Por el contrario, la Hipótesis alternativa ( $H_a$ ) supone que la terapia de relajación en pacientes con fobia social sí disminuye los niveles de ansiedad.

## 3. OBJETIVO

Determinar la efectividad de una terapia de relajación en pacientes con fobia social.

#### 4. METODOLOGÍA

##### **4.1.- Ámbito de estudio**

El estudio se realizará en el Área de gestión clínica de Salud Mental del área V (Gijón) del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

##### **4.2.- Período de estudio**

Desde el 1 de Octubre de 2016 al 1 de Marzo de 2017.

##### **4.3.- Tipo de estudio**

Se realizará un ensayo clínico aleatorizado y controlado, con asignación al azar a un grupo experimental o control. Este tipo de ensayo se incluye dentro de los estudios analíticos experimentales.

##### **4.4.- Estrategia de búsqueda bibliográfica**

La búsqueda se realizará a través de las bases de datos Pubmed, Cinahl, Dialnet y Cochrane.

Se utilizarán para la búsqueda los descriptores de salud (Decs): trastornos fóbicos (phobic disorders), terapia de relajación (relaxation therapy) y efectividad (effectiveness).

##### **4.5.- Criterios de inclusión**

- Pacientes con un diagnóstico médico de fobia social (CIE-10 F40.1).
- Acudir al centro de Salud Mental I del área V entre las fechas señaladas.
- Aceptar la participación en los grupos de relajación.
- Dar consentimiento para participar en la investigación.

##### **4.6.- Criterios de exclusión**

- No aceptar la participación en el estudio.
- Otros trastornos mentales graves según CIE-10.
- Evidencia de patología orgánica o retraso mental.
- Presencia de deterioro cognitivo.

#### **4.7.- Mediciones**

De los participantes en el estudio, se evaluarán una serie de variables al comienzo del estudio, entre las que se encuentran:

Variable principal:

- Nivel de ansiedad

Variables secundarias:

- Datos sociodemográficos
- Antecedentes de otra enfermedad mental (comorbilidad)
- Tratamiento farmacológico actual

Los datos sociodemográficos que se tendrán en cuenta son: la edad, el sexo, el estado civil actual y con quien vive; todos estos datos se recogerán de la historia clínica del paciente (en formato papel y en formato electrónico).

Por otro lado, los antecedentes de otra enfermedad mental se recogerán también de la historia clínica en ambos formatos. Es uno de los principales datos a tener en cuenta, ya que la comorbilidad en este tipo de pacientes es muy frecuente, siendo el resto de trastornos neuróticos, la depresión y los trastornos de personalidad (especialmente histriónico), las patologías mentales que con mayor probabilidad se asocian a las fobias.

La siguiente variable a estudio será el tratamiento farmacológico que el paciente esté tomando en el momento de comienzo del estudio, y como en el caso de las variables anteriores, estos datos se recogerán de la historia clínica, actualmente informatizada, a través del formulario prescripción médica.

La medición de los niveles de ansiedad se llevará a cabo a través de una escala ya diseñada, la escala Ansiedad Estado-Rasgo (Anexo 1), descrita posteriormente en detalle en otro de los apartados.

La medición final se realizará después de que hayan finalizado las 5 sesiones de la terapia de relajación (Anexo 5), y para ello se entregará de nuevo a los participantes la escala Ansiedad Estado-Rasgo, con el objetivo de comparar si han existido variaciones en los niveles de

ansiedad antes y después de la terapia, y poder comparar estos resultados con los del grupo control.

#### **4.8.- Descripción de la intervención**

Intervención del grupo experimental. El grupo experimental recibirá una intervención psicológica (terapia de relajación), que consta de 5 sesiones, con una duración aproximada de 1 h y una periodicidad semanal. Comenzará el 16 de noviembre de 2016 hasta el 14 de diciembre de 2016.

Intervención del grupo control. El grupo control continuará con el mismo tratamiento que estaba recibiendo previo a la participación en el estudio. Después de finalizar la investigación, los participantes del grupo control, si así lo desean, recibirán la intervención del grupo experimental.

La intervención terapéutica que hasta el momento de la intervención recibía el grupo experimental se seguirá manteniendo durante el desarrollo de este estudio. En caso de que el paciente esté siendo tratado por medio de fármacos, en ningún caso se suspenderá este tratamiento. En todo momento, tanto el equipo de psiquiatras como de psicólogos del centro estarán informados de la evolución de los pacientes y de los resultados del estudio.

#### **4.9.- Selección de la muestra**

Para elegir a los participantes del estudio, se seleccionarán todos los pacientes que de forma consecutiva acudan al centro de salud mental durante el periodo de estudio y cumplan los criterios de inclusión/exclusión. Serán los clínicos los encargados de derivar a los pacientes que pudieran participar en el estudio y cumplan los criterios de inclusión.

#### **4.10.- Aleatorización**

Una vez comprobado el cumplimiento de los criterios de inclusión por parte de los pacientes interesados en participar en la investigación, los pacientes serán aleatoriamente asignados al grupo intervención y al grupo control mediante un programa de ordenador.

#### **4.11.- Justificación del tamaño muestral**

Se determinó el tamaño muestral a incluir en cada uno de los grupos de estudio con el fin de detectar como significativas diferencias en la media de ansiedad, en pacientes que experimentan una mejoría en uno y otro grupo de diferente magnitud. Según datos publicados por JM Haro, et al. en "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados" y por RM Baños en "Fobia Social: Avances en la Psicopatología, la Evaluación y el Tratamiento Psicológico del trastorno de ansiedad social", las intervenciones tradicionalmente utilizadas en pacientes con fobia social como los tratamientos farmacológicos, la exposición y el tratamiento en habilidades sociales alcanzan en estos pacientes una media en los niveles de ansiedad de mejoría de 80 puntos. Asumiendo que con la terapia de relajación se puede mejorar esta media de niveles de ansiedad hasta los 60 puntos, y aceptando un porcentaje de pérdidas del 5%, sería necesario incluir n=43 pacientes en cada grupo de estudio.

#### **4.12.- Análisis estadístico**

Una vez recogidos los datos sobre todas las variables a estudio del grupo casos y del grupo control, se analizarán utilizando el programa R-Commander. Se calculará la media, desviación estándar, frecuencia absoluta y relativa de las variables a estudio de ambos grupos al principio y al final de la investigación.

Se van a utilizar test de datos pareados para analizar las diferencias de niveles de ansiedad antes y después de la intervención (test t de Student de datos pareados o test de rangos con signo de Wilcoxon). Además, se

compararán los niveles de ansiedad finales en el grupo de intervención o el grupo control, mediante el test t de Student o test de Mann-Whitney. Se comprobará el valor media nivel de ansiedad de pacientes que mejoran en uno y otro grupo con el test chi cuadrado. Finalmente, se utilizarán modelos de regresión lineal o logística múltiple para determinar si la terapia es efectiva ajustando por otras covariables de interés.

Una vez analizados los datos se realizará un estudio descriptivo de los resultados obtenidos, para posteriormente comparar la efectividad de la terapia, a través del contraste de hipótesis, con el objetivo de interpretar las diferencias encontradas entre ambos grupos.

Se aportará información sobre el número inicial de participantes, número de pérdidas posteriores (retiradas y abandonos, y su causa), y número de participantes que completan el ensayo en cada grupo.

#### **4.13.- Medición de la efectividad**

El principal objetivo del proyecto es medir la efectividad de la terapia de relajación; para ello, utilizaremos la escala Ansiedad estado-rasgo (anexo 1), que como ya hemos mencionado anteriormente, se trata de una escala ya diseñada, que consta de 40 ítems y combina 2 escalas; la primera de ellas es la escala Ansiedad-Estado consta de 20 ítems y valora la ansiedad en un momento puntual; la segunda escala es Ansiedad-Rasgo, consta de 20 ítems y valora la ansiedad que la persona experimenta en general, en la mayoría de las ocasiones. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80. Cada uno de los ítems puede ser contestado con valores del 1 al 4.

#### **4.14.- Limitaciones del estudio**

Las limitaciones generales que se pueden encontrar en la realización de este proyecto, son la negativa por parte de los pacientes a participar en el estudio, es decir, no alcanzar un nivel de participantes que cubran el total de la muestra. También se puede encontrar la limitación de que algunos pacientes abandonen el programa o la falta de asistencia a las sesiones.

Los sesgos que se pueden producir son los siguientes:

De selección, producidos a la hora de seleccionar a la muestra que participará en la terapia de relajación. Para intentar minimizar el sesgo, se intentará seguir una misma pauta para todos, en la que se realice la invitación a participar, se explique el objetivo del estudio y la manera en que se realizará.

De información, es decir, de la forma en que obtenemos los datos de las diferentes variables; para minimizar este sesgo, la recogida de información se realizará directamente de la historia clínica del paciente y mediante un cuestionario validado con el objetivo de obtener los niveles de ansiedad del paciente.

##### 5. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

	2016			2017	
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elaboración y presentación de la propuesta					
Planificación, selección de la muestra					
Intervención					
Evaluación y recogida de datos					
Análisis e interpretación de datos					
Divulgación					

## 6. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

La realización de esta investigación tiene como finalidad determinar si la terapia de relajación, llevada a cabo desde el ámbito de la enfermería, tendría unos resultados satisfactorios en el tratamiento de las personas que presenten un diagnóstico de fobia social.

Hasta el momento, la terapia de relajación ha sido utilizada como tratamiento en otras patologías mentales, con muy buenos resultados; por lo que si esta investigación confirmara su efectividad en este tipo de pacientes, se podría optimizar esta intervención desde el campo de la enfermería, disminuyendo si fuese el caso el consumo de fármacos.

Si los resultados del estudio confirmasen la hipótesis alternativa, se podría implementar la terapia de relajación dentro de la cartera de servicios del área de gestión clínica de salud mental del área V del SESPA para los pacientes con fobia social.

## 7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto de investigación se llevará a cabo respetando los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación, las normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y por último, se respetará en su totalidad el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Será necesaria la autorización del Comité de Ética para poner en marcha el estudio (Anexo 2).

También será necesaria la obtención del consentimiento informado (Anexo 3) por escrito firmado y del compromiso de confidencialidad (Anexo 4) de los participantes antes de iniciar la intervención.

Se tendrá en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y 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.

Se tendrá en cuenta además la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del

usuario permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación entre otros.

Y por último, Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 y el Decreto 29/2009 de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica.

#### 8. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras el desarrollo del presente proyecto de investigación se pretenden divulgar en revistas científicas de ámbito nacional e internacional, tales como la revista de Psiquiatría y Salud Mental, Presencia, revista enfermería y salud mental, entre otras. También se pretende dar a conocer los resultados de la investigación en jornadas y congresos de interés, tales como el XXXIV Congreso de la ANESM, Jornada asturiana de enfermeras de salud mental-ANESM, Congreso nacional de enfermería de salud mental, entre otros, bien en formato comunicación o póster.

#### 9. RECURSOS NECESARIOS

Recursos humanos que se precisan para la realización del estudio:

- Dos enfermeras Especialistas en Salud Mental con experiencia en grupos.
- Una EIR de Salud Mental como personal colaborador.
- Varios clínicos que colaboren en la selección de los posibles participantes en el programa, aplicando los criterios de inclusión.
- Estadístico

Recursos materiales:

- Sala para la realización de los grupos de relajación.
- Material de oficina: folios, bolígrafos, etc. para la cumplimentación de la escala.
- Material inventariable: colchonetas, mantas, ordenador, etc.
- Consulta de enfermería para la revisión de las historias clínicas.

		<b>COSTE</b>	
		<b>Parcial</b>	<b>Total</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Enfermera (voluntario)		0 €	0 €
Clínicos (voluntario)		0 €	0 €
EIR (voluntario)		0 €	0 €
Estadístico		Jornada parcial 900 €/ mes	900 €
<b>SUBTOTAL</b>			900 €
<b>RECURSOS MATERIALES</b>			
Material de oficina	Paquete de folios	3 € / unidad	15 €
	Bolígrafos	0.20 € / unidad	10 €
	Grapas	0.25 € / unidad	2 €
Material inventariable	Colchonetas	40 € / unidad	Ya disponibles
	Radio cassette		Ya disponible
	Mantas	20 € / unidad	Ya disponibles
	Ordenador		Ya disponible
	Impresora		Ya disponible
	Memoria externa		100 €
	Pen drive		30€
<b>SUBTOTAL</b>			157 €
<b>OTROS GASTOS</b>			
Gastos de telefonía		2 € / paciente	428 €
Traducción artículo			400 €
Pago revistas open Access			1800 €
<b>SUBTOTAL</b>			2628 €
<b>TOTAL GASTOS</b>			3685 €

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2ª edición. Barcelona: Elsevier; 2007.
2. Sadock BJ, Alcott Sadock V. Sinopsis de psiquiatría .10ª edición. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins. WoltersKluwerhealth; 2009 (KAPLAN).
3. Universidad de Los Andes. Entre fobias. Venezuela. Acceso el 22 de Noviembre de 2015. Disponible en: [http://servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd\\_6/entre\\_f/estad.html](http://servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd_6/entre_f/estad.html)
4. Formación continuada Logoss S.L. Entrevista enfermera y trastornos psiquiátricos. 2ª edición. Madrid: Editorial UPV; 2010.
5. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.
6. Bados A. Fobia social [tesis doctoral]. Barcelona: Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Universitat de Barcelona. 2015.
7. Olivares J, Rosa-Alcázar AI, Olivares-Olivares PJ. Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2009; 9 (2): 241-258.
8. Haro JM, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006; 126(12): 445-451.
9. Psicoactiva [sede web]. Barcelona: Guerri Pons M; 2013 [acceso el 24 de Noviembre de 2015]. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Disponible en: [http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10\\_24.htm](http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_24.htm)

10. Red sanar [sede web]. Argentina: Roberto Ré; 2013 [acceso el 30 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.redsanar.org/dr/fobia/Terapias/manual12d.htm>
11. Fornés Vives F, Gómez Salgado J. Principales problemas de Salud Mental e Intervención Enfermera. 1ª edición. Madrid: Enfo Ediciones; 2008.
12. Zubeidat I, Sierra JC, Fernández-Parra A. Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2007; 12(3): 147-162.
13. Sánchez Meca J, Rosa Alcázar AI, Olivares Rodríguez J. El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de psicología*. 2004; 20(1): 55-68.
14. Lunney M, Cavedish R, et al. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 20102011. Madrid: El Sevier; 2010.
15. Cabello Lázaro R, Brugada Mir M, Aparicio Valero C, Mas MD, Vila Doménech J. Experimentar la relajación: una técnica para disminuir la ansiedad. *Rol*. 2007; 25 (2): 38-40.
16. Murphy K. Alivio de la depresión y ansiedad. *El servier* {en línea} 2015 [fecha de acceso 2/12/2015] 27 (2). URL disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7016&articuloid=13132974&revistaid=20](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13132974&revistaid=20).
17. Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*. 2012;26: 39-53.
18. Gale C, Oakley-Browne M. Anxietydisorder. *ClinicalReview. BMJ*. 2000;321: 1204-7.
19. Burgos Varoa ML, Ortiz Fernándezb MD, Muñoz Cobosb F, Vega Gutiérrez B y BordalloAragónd R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de

- relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen*. 2006;32(5):205-10.
20. Buzón Romero M, Garzón Boch C, Barrios Sánchez MJ, Pérez García C. Mejorar el manejo del control de impulsos en pacientes con Anorexia Nerviosa a través de un programa de relajación. *Parainfo digital*. 2012; 15. [Consultado el 24 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/124p.php>
  21. Craske MG et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *J ConsultClinPsychol*. 2014; 82; 1034-1048.
  22. R M Baños, S Quero, C Botella, C Perpiñá. *Fobia Social: Avances en la Psicopatología, la Evaluación y el Tratamiento Psicológico del trastorno de ansiedad social*. 3ª ed. Barcelona: Paidós; 2003.
  23. Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
  24. G W Stuart, M T Laraia. *Enfermería psiquiátrica. Principios y Práctica*. 8ª edición. España: Elsevier; 2006.
  25. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serran A, de Frutos Martín MA, Elcano Alfar R. Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. *Aten Primaria*. 1997; 19(2): 67-71.
  26. Nanda Internacional. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.

## 11. ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA ANSIEDAD ESTADO-RASGO (State –Trait Anxiety Inventory, STAI)

### ***Ansiedad-Estado***

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted 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 presente.

	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

### ***Ansiedad-Rasgo***

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

## ANEXO 2- SOLICITUD DE PERMISO AL COMITÉ DE ÉTICA

Gijón, \_\_\_\_\_ de 201\_

### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

De manera atenta solicito poner en consideración el proyecto de investigación cuya información detallo a continuación, con el fin de que:

1. Se determine si requiere permiso por parte del Comité de Ética en la Investigación
2. Den trámite al permiso en caso de que sea requerido

Datos del proyecto:

Título: “EFECTIVIDAD DE UNA TERAPIA DE RELAJACIÓN EN PACIENTES CON FOBIA SOCIAL”.

Investigadores: \_\_\_\_\_

Atentamente,

(Firma del Investigador responsable)

## ANEXO 3 - CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DE UNA TERAPIA DE RELAJACIÓN EN PACIENTES CON FOBIA SOCIAL

El/la Sr/Sra.....con DNI.....acepta participar de forma voluntaria como sujeto de estudio en dicho programa, habiendo sido informado

previamente de los objetivos, metodología y beneficios/riesgos de la investigación.

Firma del participante

#### ANEXO 4 – COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

##### DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD

D/Dña

\_\_\_\_\_ con  
DNI \_\_\_\_\_, participante en el estudio  
“Efectividad de una terapia de relajación en pacientes con fobia social”, de los Servicios de Salud Mental del área de gestión clínica V, he sido informado de que toda información, confidencias, etc. que pudieran surgir en el desarrollo del estudio está sujeto al secreto compartido y/o profesional, según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como del deber que por mi parte tengo de cumplir dicho secreto, y para que esto conste firmo el presente consentimiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma del participante

#### ANEXO 5 – TERAPIA DE RELAJACIÓN (DESARROLLO DETALLADO DE LAS SESIONES)

## 1ª SESIÓN → RESPIRACIONES TORÁCICAS Y ABDOMINALES

- Antes de comenzar con la terapia de relajación, administraremos la escala Ansiedad estado-rasgo.
- Acostarse sobre la colchoneta.
- Adquirir una postura cómoda.
- Quitar todos los objetos o prendas que aprieten o molesten.
- Explicamos que la sesión tiene como finalidad que el paciente aprenda una técnica de relajación que le ayude a disminuir la ansiedad y que sea capaz de repetir.
- Es una técnica muy concreta. Para comenzar: Colocar los brazos a lo largo del cuerpo, con las palmas de las manos mirando hacia arriba. Postura cómoda, no forzada. Cerrar los ojos.
- Evitaremos la voz en calma, poner música, etc... No se trata de eso. En la primera sesión, se trata de aprender a respirar.
- Vamos a hacer un circuito con la respiración: Colocar una mano sobre el tórax y otra sobre el abdomen → Inspirar por la nariz → Notar cómo se va llenando el tórax y, a continuación, el abdomen → Dejar que el aire salga lentamente, cuando él quiera.
- Inspirar por la nariz para no irritar la parte alta de las vías respiratorias. Así calentamos y humedecemos el aire.
- Familiarizarse con esta forma de respirar. Ir buscando su propio circuito.
- El hecho de que se llene el abdomen indica que estamos aprovechando las bases de los pulmones, llenamos todo el volumen pulmonar.
- Sobre la respiración es sobre lo que se construyen las crisis de ansiedad y la relajación.

- Con la respiración abdominal enlentecemos la respiración; es justo lo contrario a la respiración ansiosa, que es rápida y superficial, haciendo que intercambiamos mal los gases: Ventilamos muy rápido pero no metes oxígeno. Eso es lo que vamos a evitar con este circuito.
- Concentrarse en la respiración.
- Lo bueno de esta respiración es cuando ya surja de forma automática. Es una cuestión de autocontrol.
- Vamos a darle 3 características a la respiración:
  - o Rítmica → Siempre a la misma velocidad (evitar lo que pide la ansiedad).
  - o Lenta → Se consigue mediante la respiración abdominal.
  - o Cómoda → No exagerar la postura. No exagerar inspiraciones ni espiraciones. Se trata de que hagan su propio circuito.
- Dejamos unos minutos de silencio y recordamos que la respiración debe de ser: rítmica, lenta y cómoda.
- Si hay alguna interferencia que le haga perder la concentración, no importa, puesto que en la calle va a pasar continuamente.
- Esta respiración se puede hacer en cualquier lugar y posición. Si ya está metido en plena crisis de ansiedad, no importa, porque la respiración sirve tanto para parar como para disminuir una crisis de ansiedad.
- Si la situación es muy complicada, deben de salir de la escena y hacer 3 - 4 respiraciones profundas.
- Para finalizar, indicamos que realicen dos respiraciones aún más profundas, y al exhalar el aire, pueden ir abriendo los ojos, tomando contacto con la realidad.
- Nos despedimos, recordamos que es necesario que lo repitan en su casa durante al menos cinco minutos al día para ir familiarizándose con este tipo de respiración, aunque no se presenten crisis de ansiedad.

## 2ª SESIÓN → SINCRONIZAR LA RESPIRACIÓN CON EL CUERPO

- Preguntaremos sobre la sesión anterior, expectativas y opiniones.
- Realizamos un breve resumen sobre lo comentado en la sesión anterior.
- Acostarse sobre la colchoneta.
- Adquirir una postura cómoda.
- Quitar todos los objetos o prendas que aprieten o molesten.
- En esta segunda sesión vamos a hacer una sincronización corporal → Sincronizar el cuerpo con la respiración. La ansiedad muchas veces se acumula en forma de tensión, y esta tensión se va a controlar con este tipo de respiración.
- Es muy fácil hacerlo. La condición es hacerlo 5 minutos cada día.
- Coge el ritmo de la respiración tal y como lo definimos en la sesión anterior: Colocar una mano sobre el tórax y otra sobre el abdomen → Inspirar por la nariz → Notar cómo se va llenando el tórax y, a continuación, el abdomen → Dejar que el aire salga lentamente, cuando él quiera.
- Damos un par de minutos para que recuperen el ritmo de la respiración profunda.
- Recordamos que debe de ser un ritmo lento, cómodo y rítmico, sin exagerar.
- Si ya tenemos la respiración cómoda, vamos a sincronizarla con el cuerpo: Cada 3 - 4 inspiraciones, vamos teniendo la sensación de que todo el cuerpo se llena de aire → Se va llenando todo, hasta los dedos de los pies → Al exhalar sentimos que nos vaciamos de aire. Es una sugestión que aumenta el estado de relax muscular y visceral.

- La inspiración no hay que forzarla.
- Hacerlo una vez cada 3 - 4 respiraciones.
- Irán notando que los músculos están cada vez más sueltos.
- Cuando empiezan a soltar el cuerpo, él mismo te va a decir que no está cómodo, te va a pedir una rectificación de las posturas → Eso indica que el cuerpo se está soltando.
- Dejamos un tiempo de silencio en los que lo que tienen que hacer es nada: Dejar la respiración a su ritmo y a nivel corporal como estén a gusto, escuchando el silencio. Sin hacer nada.
- Para finalizar, indicamos que realicen dos respiraciones profundas y muy lentamente vayan abriendo los ojos y tomando contacto con la realidad.
- Recordar que deben practicar en casa para ir incorporando esta técnica a su vida cotidiana y que les sea más sencillo usarla en momento de estrés y ansiedad.

### 3ª SESIÓN → NEUTRALIDAD MENTAL

- Al igual que las anteriores, realizamos un repaso sobre lo aprendido en las sesiones previas.
- Acostarse sobre la colchoneta.
- Adquirir una postura cómoda.
- Quitar todos los objetos o prendas que aprieten o molesten.
- En esta sesión, incluiremos la neutralidad mental, Vamos a intentar relajar la mente. Generar relax mental: hay que dejar que imágenes, recuerdos, preocupaciones... fluyan por la mente (es decir, que entren y salgan) y que fluctúen (es decir, que cambien de tema). No nos fijamos en nada, pero tampoco lo evitamos. Sea agradable o desagradable, nos mantenemos como espectadores, dejando que la película pase. Así, la mente baja en actividad, permitiéndonos un relax mental.

- Si estás muy anclado en determinados pensamientos, si hay mucha hiperactividad mental... deben concentrarse en la respiración durante 2 - 3 ciclos, lo suficiente para hacer un despiste a nivel mental. No deben de evitar el pensamiento, centrarse en la respiración, regularla. No es no pensar, pero tampoco fijarse en nada concreto.
- Comenzamos de nuevo con la respiración abdominal. Dejamos unos minutos para que cojan el ritmo.
- Posteriormente, se incorpora la sincronización con el cuerpo a través de las respiraciones profundas en las que se llena todo el cuerpo de aire, y poco a poco van notando como los músculos se vuelven más pesados.
- Por último y después de dejar unos minutos para que practiquen y se relajen, introducimos la neutralidad mental. En esta ocasión sí acompañaremos la terapia con música tranquila, que facilite la desconexión. Esta última parte es la más complicada, por lo que indicamos que deben de practicar en casa repitiendo esta terapia durante 5 minutos al día.
- Para finalizar, indicamos que realicen dos respiraciones profundas y muy lentamente vayan abriendo los ojos y tomando contacto con la realidad.

4ª SESIÓN → RESPIRACIONES TORÁCICAS Y ABDOMINALES, SINCRONIZAR LA RESPIRACIÓN CON EL CUERPO Y NEUTRALIDAD MENTAL

- En esta 4ª sesión, realizaremos un resumen de las 3 sesiones previas, recordando todos los pasos anteriores.
- Comenzamos con las respiraciones abdominales, dejando un tiempo prudencial para que repitan y vayan relajándose progresivamente.

- Posteriormente incluiremos la sincronización con el cuerpo a través de las respiraciones profundas en las que llenamos completamente el cuerpo de aire y los músculos se van relajando progresivamente, haciéndose cada vez más pesados.
- Y finalmente, introduciremos la neutralidad mental.
- En esta sesión continuamos dando instrucciones a cerca de las diferentes partes que conforman la terapia de relajación, con el objetivo de que afiancen los conocimientos y puedan repetirla en sus casas.
- Dejamos unos minutos a cada uno de los apartados y recordamos la importancia de repetirlo a diario.

#### 5ª SESIÓN → REPASO GENERAL

- La quinta sesión tiene un formato diferente; se realiza en la misma sala pero sin utilizar las colchonetas. En este caso nos sentaremos en las sillas, formando un círculo.
- Esta última sesión tiene como objetivo llevar a cabo la relajación en una postura distinta, para que los pacientes vean que no es necesario estar tumbados y en silencio para relajarse (esto implica que pueden utilizar la técnica aprendida en cualquier situación que les provoque ansiedad y de esta manera, poder controlarla).
- Comenzamos cerrando los ojos, en una postura cómoda y dejamos que vayan cogiendo el ritmo de las respiraciones lentas y profundas.
- Pasar a la segunda fase realizando 3 o 4 inspiraciones completas, para relajar los músculos.
- Tercera fase, neutralidad mental, hacer una detención de pensamientos.

- Dejamos un tiempo para repetir todas estas fases y pasamos a la última parte de la terapia de relajación, en la que resolvemos dudas que hayan podido surgir y recogemos las opiniones de los diferentes participantes en la terapia.
- Finalmente, entregamos la escala Ansiedad estado-rasgo, a través de la cual analizando los resultados vamos a determinar la efectividad de esta terapia.